



Buku Program dan Abstrak



KONAS XIV PERDOSKI

**BANDUNG
26-29
AGUSTUS
2014
THE TRANS
LUXURY HOTEL**

**Penyelenggara:
PP PERDOSKI
PERDOSKI Cabang Bandung**



**INTEGRITAS DAN EKSISTENSI PERDOSKI DALAM MEMENUHI
KEBUTUHAN KESEHATAN MASYARAKAT YANG BERKUALITAS
MELALUI DIAGNOSTIK TERKINI DAN TERAPI INOVATIF**

PERBEDAAN GAMBARAN DERMOSKOPI & HISTOPATOLOGI DENGAN GAMBARAN KLINIS TUMOR PIGMENTED

Yulia Farida Yahya, Vita Silvana, Silvi Suhardi, Olivia Citra Utami, Hairina Intan
Bagian/Departemen Ilmu Kesehatan Kulit & Kelamin
Fakultas Keokteran Universitas Sriwijaya/RSUP Dr. Moh. Hoesin Palembang
email: yulia_f_yahya@yahoo.com

Abstrak

Pendahuluan:

Akhir-akhir ini gambaran klinis tumor *pigmented* sering ditemukan pada orang lanjut usia, yang sering sulit dibedakan apakah tumor *benigna* atau tumor *maligna*, sehingga untuk diagnosis pasti perlu skrining dengan pemeriksaan dermoskopi dan di konfirmasi dengan pemeriksaaa histopatologi. Dilaporkan 2 kasus tumor *pigmented* dengan gambaran klinis menunjukkan tumor *benigna* dan tumor *maligna*.

Kasus:

Kasus 1. Seorang laki2 usia 57 tahun datang ke Poliklinik IKKK RSUP M Hoesin dengan bercak hitam meninggi di pelipis kiri makin membesar sebesar uang logam sejak 3 tahun yang lalu. Pemeriksaan dermatologikus, regio temporalis *sinistra*: tampak plak, hitam, ireguler, ukuran 1,2 cm x 3 cm, permukaan tidak rata, verukous, soliter. Pemeriksaan dermoskopik menunjukkan gambaran *milia like cyst*, pemeriksaan histopatologi menunjukkan KSB tipe campuran. Tindakan dilakukan bedah listrik dengan hasil memuaskan.

Kasus 2. Seorang perempuan usia 58 tahun datang ke Poliklinik IKKK RSUP M Hoesin dengan bintil hitam di pipi kanan makin membesar sejak 20 tahun yang lalu. Pemeriksaan dermatologikus, regio zigomatikus *dextra*: nodul hitam, ukuran 1,5 X1,2 cm, soliter, permukaan kasar. Pemeriksaan dermoskopik,menunjukkan gambaran *brain like appearance*, histopatologi menunjukkan keratosis seborhoik, tindakan dilakukan eksisi simpel dengan hasil memuaskan.

Pembahasan:

Dalam menegakkan diagnosis tumor *pigmented* diperlukan skrining pemeriksaan dermoskopi, hanya bila skrining dermoskopi meragukan perlu dikonfirmasi dengan pemeriksaan histopatologi. Diperlukan konsesus bersama klasifikasi dermoskopi tumor *pigmented* pada orang kulit berwarna.

Kata kunci: tumor *pigmented benign & maligna*, dermoskopi, histopatologi

PERBEDAAN GAMBARAN DERMOSKOPI & HISTOPATOLOGI DENGAN GAMBARAN KLINIS LESI KULIT BERPIGMENT

Yulia Farida Yahya, Vita Silvana, Silvi Suhardi, Olivia Citra Utami, Hairina Intan
Bagian/Departemen Ilmu Kesehatan Kulit & Kelamin
Fakultas Keokteran Universitas Sriwijaya/RSUP Dr. Moh. Hoesin Palembang
email: yulia_f_yahya@yahoo.com

Pendahuluan:

Akhir-akhir ini gambaran klinis lesi kulit berpigmen (LKP) di wajah sering ditemukan pada orang lanjut usia, yang sering sulit dibedakan apakah tumor *benigna* atau tumor *maligna*¹ (Argenziano 2003) sehingga untuk diagnosis pasti perlu skrining dengan pemeriksaan dermoskopi dan di konfirmasi dengan pemeriksaaa histopatologi^{2,3} (kittler, Micalli G). Dilaporkan 2 kasus tumor *pigmented* dengan gambaran klinis menunjukkan tumor *benigna* dan tumor *maligna*.

Kasus

Kasus 1. Laki-laki usia 57 tahun, keluhan utama bercak hitam meninggi di pelipis kiri yang semakin bertambah besar sejak 6 bulan yang lalu, disertai gatal

Riwayat perjalanan penyakit kisaran 3 tahun yang lalu, muncul bercak hitam seukuran ujung jarum pentul di pelipis kiri. Bercak tidak disertai gatal ataupun nyeri. Pasien tidak berobat.

Kisaran 2 tahun yang lalu, bercak hitam di pelipis kiri bertambah besar dan meninggi, seukuran biji jagung. Kisaran 1 tahun yang lalu, bercak hitam meninggi di pelipis kiri bertambah besar, seukuran uang logam 50 rupiah. Bercak hitam disertai gatal.

Kisaran 6 bulan yang lalu, bercak hitam meninggi di pelipis kiri bertambah besar, seukuran uang logam 100 rupiah. Bercak hitam disertai gatal. Pasien akhirnya berobat ke RSUPMH.

Pemeriksaan dermatologikus Regio temporalis sinistra: Plak pigmented, skuama halus, permukaan verukus, ukuran 1,2 cm x 3 cm, soliter, tepi ireguler



Gambar 2. Regio temporalis sinistra: tampak plak pigmented, skuama halus krusta permukaan verukosa

Pemeriksaan Dermaskopi nonpolarisasi (Dermlite fluid device (3 Gen, San Juan Capistrano, CA))

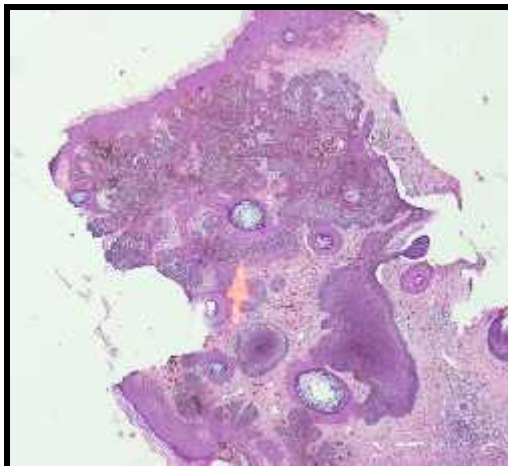


Gambar 3a. Gambaran klinis pada regio temporalis dekstra: plak hitam, permukaan verukosa, tepi lesi iregular, soliter.

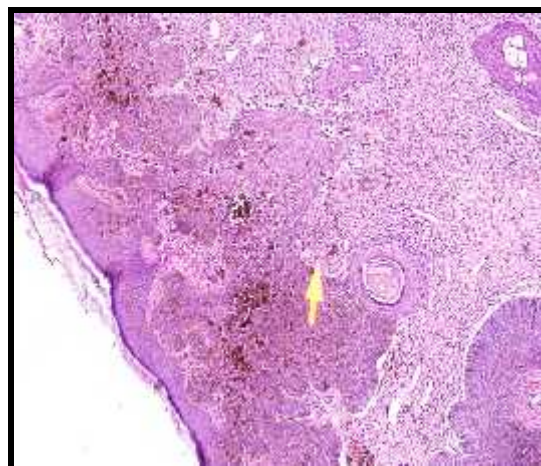
Gambar 3b. Gambaran dermoskopik: A: simetris; B: berbatas tegas, iregular; C: hitam ; D: *moth eaten border* *Fingerprint like structures.*

Menggunakan metode skoring ABCD secara total menunjukkan nilai 6,8, gambaran LKP maligna

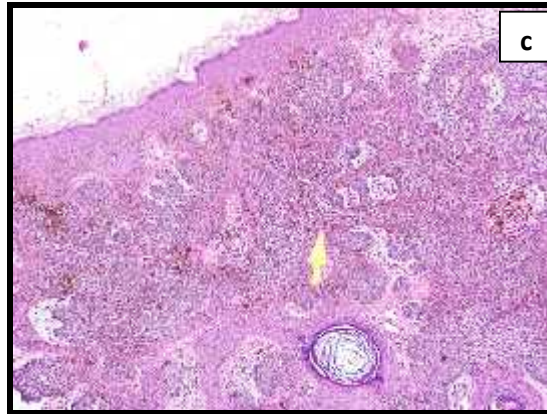
Pemeriksaan Histopatologi



a



b



Gambar 5. Pemeriksaan histopatologi dari biopsi di regio temporalis sinistra: **a)** pembesaran 40X: tampak epidermis dilapisi epitel skuamosa kompleks berkeratin, sebagian dengan keratosis, dijumpai pigmen melanin ekstraseluler; **b)** pembesaran 100x: pada bagian dermis tampak massa tumor membentuk struktur superfisial, dijumpai *slit like retraction*, tampak pigmen melanin intra dan ekstra seluler; **c)** pembesaran 100x: tampak massa tumor membentuk struktur nodular-nodular dengan sel-sel basaloid tersusun tidak teratur pada bagian sentral dan palisading pada bagian perifer.

Diagnosis banding : 1. keratosis seboroik pigmented
 2. Lentigo senilis (flap keratosis seboroik)
 3. lentigo maligna
 4. Karsinoma sel basal pigmented

Kesan: Karsinoma sel basal tipe nodular pigmented

Kasus 2. Perempuan usia 58 tahun dengan keluhan utama timbul bintil hitam di pipi kanan yang makin membesar

Riwayat perjalanan penyakit: Kisaran tahun 38 thn yang lalu, bintil coklat sebesar ujung jarum pentul, permukaan halus, mudah digerakkan. Kisaran 20 tahun yang lalu, bintil coklat tersebut bertambah besar seukuran biji jagung, berwarna hitam, permukaan kasar, tidak melekat erat pada kulit dibawahnya. Riwayat sering terkena sinar matahari disangkal nyeri disangkal, mudah berdarah disangkal, terkadang terasa gatal, sering digaruk hingga lecet. Pasien berobat ke poli IKKK RSUPMH

Pemeriksaan fisik. Status generalikus. Keadaan umum : Baik

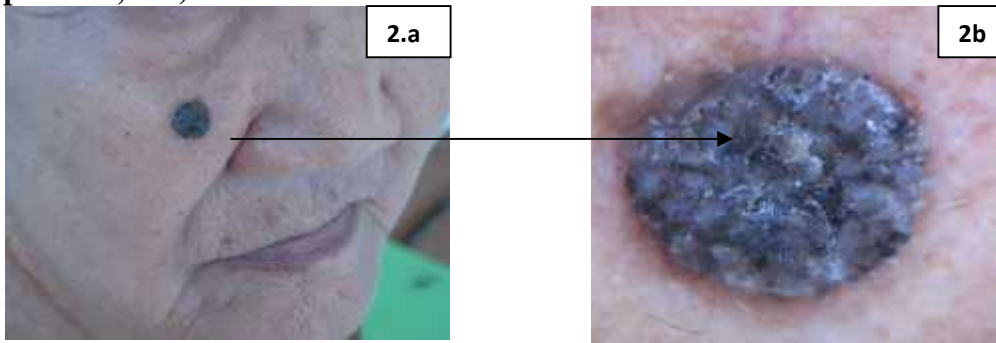
a. Status dermatologikus

Regio zygomaticus dextra: nodul pigmented, skuama, permukaan kasar, lentikular, soliter



Gambar 1. Regio Zygomaticus dextra: nodul pigmented, permukaan verukus, lentikular, soliter

b. Pemeriksaan Dermoskopi nonpolarisasi (Dermlite fluid device (3 Gen, San Juan Capistrano, CA))



Gambar 2a. gambaran klinis Regio zygomaticus dextra: Nodul pigmented, permukaan verukus, lentikuler, soliter,

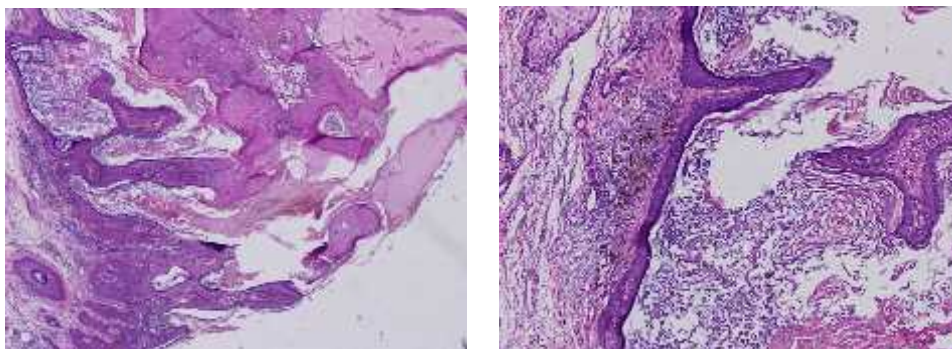
Gambar 2b. Gambaran dermoskopik: A: simetris; B: berbatas tegas; C: Hitam, putih; D: *brain like appearance*

Menggunakan metode skoring ABCD secara total menunjukkan nilai 2, gambaran LKP beningna

c. Pemeriksaan Histopatologi

Mikroskopis:

Sediaan dari region maksilaris dekstra dengan kulit epidermis dilapisi epitel squamous komplek berkeratin yang mengalami hyperkeratosis, parakeratosis, akanthosis, papilomatosis, dijumpai keratin plague, squamous eddies yang meluas ke bagian dermis dengan jaringan ikat fibrokolagenoedem, bersebuk padat sel-sel radang limfosit, sel plasma, dijumpai pigmen melanin. Masih dijumpai glandula sebaceous, glandula eksrin, pembuluh darah dilatasi, lumen berisi RBC. Tidak dijumpai tanda-tanda ganas pada sediaan ini. Kesan: Keratosis seborrhoic type pigmented pada region maksilaris.



Gambar 3a. pembesaran 40X

- Diagnosis banding :
1. Keratosis seboroik pigmented
 2. Nevus melanositik kongenital
 3. Lentigo senilis

Kesan: keratosis seboroik pigmented

Diskusi

Dermoskopi (*epiluminescence microscopy, dermatoscopy, skin-surfacemicroscopy, incident light microscopy*) adalah tehnik pemeriksaan diagnostik secara invivo, non invasive² (Kittler) berupa sinar optik halogen dengan pembesaran (*magnifying*) 10X dengan fokus

100X /lapangan pandang⁴ (Soyer HP) menggunakan sinar homogen untuk melihat secara jelas gambaran struktur morfologi kulit di bawah permukaan kulit tidak terlihat dengan jelas dengan kasat mata^{1,5} (Argenziano G 2003, Salerni G 2013). Dermaskopi akan meningkatkan akurasi diagnostik lesi kulit berpigmen (LKP) kisaran 50 -85%, selain itu juga akurasi diagnostik DS dipengaruhi pengalaman, terlatih dalam menggunakan alat tersebut^{3,6}. (Micalli G, 2008, Robert 2008) Akurasi diagnostik meningkat dengan mengikuti prosedur dengan mengikuti langkah –langkah DS yang telah ditetapkan *Consensus Net Meeting on Dermoscopy* berdasarkan struktur, pola, warna, lesi simetris atau tidak simetris pada lesi melanositik dan lesi nonmelanositik¹.(Argenziano G, 2003). Alat DS yang digunakan pada pemeriksaan LKP ini adalah DS polarisasi menggunakan sinar *cross polarized* yang tidak memerlukan aplikasi cairan pada LKP, kulit lebih translusen, dengan pembesaran optik 10-100X, struktur dibawah epidermis terlihat dengan jelas, dengan DS polarisasi memberikan visualisasi lebih baik terutama warna melanin, pembuluh darah dan eritem^{7,8} (Engasser HC, 2008, Braun 2005)

Menurut *Consensus Net Meeting on Dermoscopy*, prosedur yang telah ditentukan terdiri 2 langkah yaitu langkah pertama menentukan LKP termasuk non melanositik atau melanositik, langkah kedua menentukan LKP membedakan lesi melanoma dengan lesi non melanositik beningna dengan menggunakan 4 algoritme diagnostik yang berbeda- beda antara lain metode modifikasi analisis pola lesi (ceklis 3 point), metode dermoskopi ABCD.metode Menzies, metode *7 point checklist*, terdapat kekurangan dan kelebihan metode yang digunakan^{1,8} (Argenziano 2003, Braun 2005)

Pada kasus pertama laki-laki usia 57 tahun, prosedur pemeriksaan DS langkah pertama menunjukkan bahwa LKP merupakan lesi melanositik, dilanjutkan prosedur langkah kedua menggunakan metode ABCD menunjukkan LKP di kategorikan ganas. Dengan mengkalkulasi total skore dermoskopi 6,8. Menurut teori skoring sistim ABCD dibagi atas 3 kategori jinak, ragu-ragu, ganas dengan rentang skore.<4,75 beningna, 4,75-5,45 ragu-ragu, >5,45 malignansi⁹ (Malvey, 2006).

Pada kasus pertama LKP pada laki-laki usia 58 tahun, dengan gambaran klinis tampak lesi dengan warna hitam yang dominan dengan lokasi di wajah (lokasi terpapar sinar matahari) Gambaran klinis tampak pada regio temporalis dekstra: plak hitam, permukaan verukosa, tepi lesi iregular, soliter. Diagnosis banding keratosis seboroik pigmented, keratosis seboroik flap (lentigen solar), *lentigo ink spot*, lentigen malignan, karsinoma sel basal pigmented. Pemeriksaan dermoskopi (DS), struktur DS menunjukkan *fingerprint-like structures* dan *moth eaten border*, merupakan gambaran karakteristik keratosis seboroik flap dan lentigen solar. Kriteria lain dengan DS tampak LKP tipikal hitam yang dominan, pigmen menebal pada seluruh lesi LKP menunjukkan gambaran *lentigo ink spot*. Menurut Altamura pada penelitian retrospektif diagnostik DS pada KSB pigmented secara signifikan meningkat kisaran 40,6%¹⁰ (Altamura 2010), dengan pemeriksaan DS tampak pola dan struktur KSB yang secara signifikan meningkat pada KSB pigmented berupa telangiektasis *arborizing*, globul biru/abu abu multiple, sarang atau kumpulan tumor ovoid, ulser, area menyerupai daun / leaflike, *spoke-wheel areas*.), pada kasus ini gambar DS pada LKP ini tidak sesuai dengan pola dan struktur KSB pigmented, oleh karena itu perlu konfirmasi dengan pemeriksaan patologi. Menurut Stolz (2002) gambaran patologi lentigo senilis tampak jumlah melanosit meningkatnya sepanjang dermo-epidermal junction, tampak folikel pigmented

asimetris, pada rete ridges membentuk struktur grup sirkuler menyerupai kelompok anggur bersama dengan pseudokista bertanduk. Meningkatnya pigment disebabkan meningkatnya melanin pada epidermis dan stratum korneum, terdapat melanofag pada papila dermis dan interpapilar *ridges* yang mengalami elongasi^{11,12} (Stolz 2002, Braun 2002). Gambaran patologi pada kasus ini menunjukkan massa tumor membentuk struktur nodular dengan sel-sel basaloid tersusun tidak teratur pada bagian sentral dan palisading pada bagian perifer yang menunjukkan gambaran karsinoma sel basal tipe pigmented. Secara patologi tidak dijumpai gambaran khas lentigo malignan. Gambaran histopatologi pada kasus ini tidak sesuai dengan gambaran klinis dan gambaran DS. pada kasus ini gambaran klinis menunjukkan *lentigen ink spot*, de dengan pemeriksaan DS menunjukkan gambaran yang menyerupai KS, lentigen malignan yaitu adanya gambaran *moth eaten border*. Menurut teori dalam perkembangan LKP dapat mengalami transformasi menjadi malignan^{13,14} (Carli 2007, Iwasaki 2012). Dengan perbedaan ini perlu dilakukan penelitian lebih lanjut validitas pola dan struktur DS pada KS flap, lentigen senilis/solaris, lentigen malignan^{12, 15} (Braun 2002, Akay 2010)

Kasus kedua Pada kasus pertama perempuan usia 58 tahun, prosedur pemeriksaan DS langkah pertama menunjukkan bahwa LKP merupakan lesi non melanositik. Pada lesi non melanositik prosedur langkah kedua tidak dilakukan, pemeriksaan DS pada lesi non melanositik melihat stuktur, pola DS. Menurut *Consensus net meeting on Dermoscopy* (2003) menetapkan gambaran spesifik DS pada keratosis seboroik (KS) berupa *milia-like cysts, comedo-like opening (crypts, pseudofillicular openings), fissures & ridges* (“brain-like” atau “cerebriform” appearance), *fingerprint-like structure, moth-eaten border, hairpin blood vessels* (“Typical”), *network-like structure, sharp demarcation*^{12,16} (Soye 2000, Braun 2003). Struktur dan pola DS menunjukkan gambaran *milia-like cyst* (MLC) terutama banyak dijumpai pada KS dan juga dapat dijumpai pada nevi melanositik kongenital. Menurut teori terdapat 2 tipe MLC yaitu *cloudy MLC* ukuran MLC > 1/3 mm, *starry MLC* < 1/3 mm. *Cloudy MLC* menunjukkan tanda benigna dibanding *starry MLC*¹⁷ (Strcklin 2011). Pola dan struktur DS ini tidak dijumpai pada melanoma malignan.^{18, 19} (Zalaudek I, Abanlioglu), Pada kasus kedua pemeriksaan DS menunjukkan struktur dan pola DS berupa gambaran MLC dengan gambaran MLC *cloudy* lebih dominan, gambaran ini menunjukkan gambaran khas KS yang menunjukkan gambaran beningna. Gambaran DS sesuai dengan gambaran patologi berupa epidermis dilapisi epitel squamous kompleks berkeratin yang mengalami hiperkeratosis, parakeratosis, akanthosis, papilomatosis, dijumpai keratin plague, squamous eddies yang meluas ke bagian dermis dengan jaringan ikat fibrokolagenoedem, bersebuk padat sel-sel radang limfosit, sel plasma, dijumpai pigmen melanin. Masih dijumpai glandula sebaceous, glandula eksrin, pembuluh darah dilatasi, lumen berisi RBC. Tidak dijumpai tanda-tanda ganas pada sediaan ini. Kesan: Keratosis seborrhoic type pigmented pada region maksilaris.

Meskipun hampir terdapat kesamaan gambaran DS dan histopatologi, perlu mendapat perhatian bahwa ada keterbatasan dalam menentukan kesamaan kedua metode ini yaitu metode DS pemeriksaan dilakukan melalui lapangan pandang secara horizontal, sedangkan ahli patologi lapangan pandang hanya parsial/fokal dari setiap bagian lesi yang berbeda, disamping itu ahli DS dan ahli patologi hanya mengetahui dari spesialis bedah bagian lesi yang diangkat, kecocokan bagian dari lesi sebelumnya dilakukan pemeriksaan DS dan pemeriksaan patologi^{12, 20} (Braun 2003, Cascajo 1996)

Kesimpulan : Dalam menegakkan diagnosis tumor *pigmented* diperlukan skrining pemeriksaan dermoskopi, hanya bila skrining dermoskopi meragukan perlu dikonfirmasi dengan pemeriksaan histopatologi. Diperlukan konsesus bersama klasifikasi dermoskopi tumor pigmented pada orang kulit berwarna.

Daftar Pustaka

1. Argenziano, G, Peter Soyer HP, Chimenti S, Talamini R. Dermoscopy of pigmented skin lesions: Results of a consensus meeting via the Internet. *J Am Acad Dermatol* 2003;48:679-93
2. Kittler H, H Pehamberger H, K Wolff K, and M Binde M. Accuracy of dermoscopy *Lancet Oncol* 2002; 3: 159–65
3. Micalli G et al. Dermoscopy for skin cancer in Schwartz RA skin cancer recognition & management 2ed, Massachusetts Blackwell Publish 2008, pp 200-219
4. Soye HP, Giuseppe Argenziano G, Chimenti S, Ruocco V, Dermoscopy of Pigmented Skin Lesions in Argenziano G, Soyer HP, De Giorgio V, Piccolo D, Carli P edit in *Interactive Atlas of Dermoscopy*. Edra MedPub and New Media 2000, 2 -25
5. Salerni G, Tera T, Puig S, Malvehy J I, Zalaudek I, Argenziano G, Kittler H . Meta-analysis of digital dermoscopy follow-up o fmelanocytic skin lesions: a study on behalf of the International Dermoscopy Society. *JEADV* 2013, 27, 805–814
6. Robert J, Friedman RJ, Gutkowitz-Krusin D; Farber MJ. The Diagnostic Performance of Expert Dermoscopists vs a Computer-Vision System on Small-Diameter Melanomas. *Arch Dermatol*. 2008;144(4):476-482
7. Engasser HC, Warshaw EM. Dermatoscopy use by US dermatologists: A cross-sectional survey. *J Am Acad Dermatol* 2010;63:412-19
8. Braun RP, . Rabinovitz HS, Oliviero M, Kopf AW, Saurat JH. Dermoscopy of pigmented skin lesions. *J Am Acad Dermatol* 2005;52:109-21
9. Malvehy J, Puig S, Braun RP, Marhoob AA, Kopf AW. *Handbook of Dermoscopy*. London, Taylor&Francis, 2006
10. Altamura D, Menzies SW, Argenziano G, Zalaudek I, Soyer HP, Sera F, Peris K. Deamtoscopy af basal cell carcinoma: Morphology variability of global and lcal features and accuracy of diagnosis. *JAAD* 2010; 62: 67-75
11. Stolz W, Schiiffner R, Burgdorf WHC. Dermatoscopy for Facial Pigmented Skin Lesions. *Clinics in Dermatol* 2002;20:276–278
12. Braun RP, Rabinovitz HS, Krischer J, Kreusch J. Dermoscopy of pigmented seborroic keratosis: a Morphological study. *Arch Dermatol* 2002; 38: 1556-1560
13. Carli P, Salvini C. Lentigines Including Lentigo Simplex, Reticulated Lentigo and Actinic Lentigo in Soyer HP G, Argenziano G, Hofmann-Wellenhof R, Johr RH in color Atlas of melanocytic lesions of the skin, Berlin Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2007
14. Iwasaki JK, Srivastava D, Moy RL, Lin HJ, Kouba DJ. The molecular genetics underlying basal cell carcinoma pathogenesis and links to targeted therapeutics. *J Am Acad Dermatol* 2012;66:e167-78

15. Akay BN, Kocyigit P, Heper AO, Erdem E. Dermatoscopy of flat pigmented facial lesions: diagnostic challenge between pigmented actinic keratosis and lentigo maligna. *Br J Dermatol* 2010; 163: 1212–1217
16. Braun RP, Kaya G, Masouye I, Krischer J, Saurat JH. Histopathologic Correlation in Dermoscopy. *Arch Dermatol*. 2003;139:349-351
17. Striclin SM, Stoeker WV, Oliviero MC, Rabinovitz HS, Mahajan SK. Cluay and starry milia-like cysts: how well do they distinguish seborrheic keratosis from malignant melanomas? *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2011; 25(10): 1222-1224
18. Zalaudek I, Kittler H, Marghoob AA, Balato A, Blum A. Time Required for a Complete Skin Examination with and without Dermoscopy. A Prospective, Randomized Multicenter Study. *Arch Dermatol*. 2008;144(4):509-513
19. Abanlioglu Onan D, Sahin S, Gokoz O, Erkin G, Cakir B, Elcin G, *et al*. Correlation between the dermatoscopic and histopathological features of pigmented basal cell carcinoma. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2010.
20. Cascajo CD, Reichel M, Sánchez JL. Malignant neoplasms associated with seborrheic keratoses. An analysis of 54 cases. *Am J Dermatopathol*. 1996;18(3):278-82