

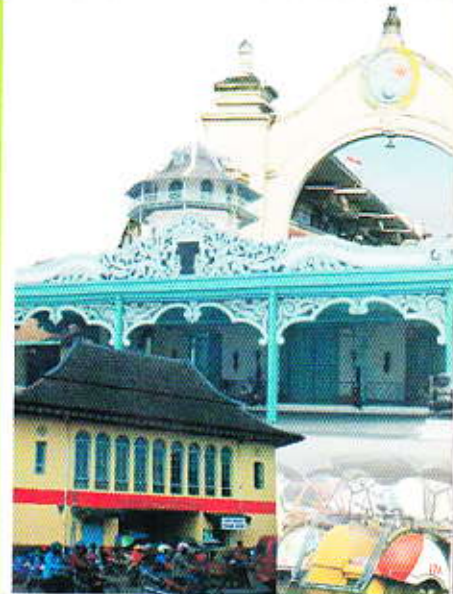


Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin Indonesia

PERTEMUAN ILMIAH TAHUNAN XII  
**PERDOSKI**

*"Skin Tumor, Cosmetic and Aesthetical Approaches"*

Solo, 21 - 23 Juni 2012



BUKU MAKALAH LENGKAP I





27/9 2012  
Reny

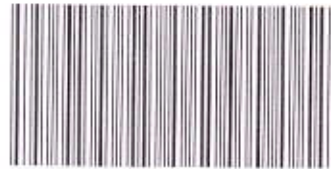
**Buku Makalah Lengkap I PIT XII PERDOSKI 2012**

Penerbit: PT. ITA Surakarta

Cetakan Pertama - 2012

Anggota IKAPI : No 089 / JTE

ISBN :



9 799791 035810

Dicetak di Rajawali Offset Surakarta

Editor : Indah Julianto  
Prasetyadi Mawardi ( dkk )



## KEBERHASILAN PENGOBATAN KARSINOMA SEL BASAL DENGAN *FULL-THICKNESS SKIN GRAFT*

Ayu Parameswari, Winawati Eka Putri, Astrid Rizky,  
Yulia Farida Yahya, Theresia L Toruan

Bagian/Departemen Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin FK Universitas Sriwijaya,  
RSUP dr. Mohammad Hoesin Palembang

### ABSTRAK

**Latar belakang:** Karsinoma sel basal (KSB) merupakan kanker kulit non melanoma (KKNM) yang paling banyak dijumpai. Banyak terdapat di lokasi yang terpajan sinar matahari terutama wajah, terbanyak di hidung. Pengobatan standar dengan bedah eksisi seperti simple excision, flap, skin graft. Dilaporkan satu kasus pada laki-laki dengan KSB di puncak hidung, dilakukan tindakan eksisi full thickness skin graft (FTSG).

**Kasus:** Laki-laki, 69 tahun datang ke divisi Tumor/Bedah Kulit unit rawat jalan kulit dan kelamin RSUP M Hoesin Palembang dengan keluhan utama benjolan hitam di puncak hidung. Kisaran 10 tahun timbul bintil merah sebesar biji pentul di puncak hidung. Kisaran 1 tahun benjolan membesar sampai seukuran uang logam 100 rupiah, mudah berdarah. Status dermatologikus: nodul hiperpigmentasi, transhisen, erosi, krusta hitam kecoklatan, tepi ireguler; permukaan tidak rata, tidak mudah digerakkan, nyeri tekan. Diagnosis banding KSB tipe pigmented, melanoma nodular. Pemeriksaan dermoskopi menyokong keganasan kulit. Pemeriksaan histopatologi menyokong KSB tipe nodular-pigmented. Pengobatan dengan FTSG, hasil memuaskan.

**Diskusi:** KSB lokasi sulit, seperti di puncak hidung, dengan tindakan eksisi FTSG merupakan tindakan yang umum dilakukan, memberikan hasil memuaskan secara kosmetik.

**Kata kunci:** KSB, full thickness skin graft

### ABSTRACT

**Background:** Basal cell carcinoma (BCC) is the most common non melanoma skin cancer (NMSC). Most frequently on sun-exposed area, especially face, particularly on nose. The standard treatment is excisional surgery such as simple excision, flap, skin graft. We report one case, a man with BCC on his tip of nose, excision surgery with full thickness skin graft (FTSG) was done.

**Case:** A 69 years old man visited to tumor-dermatosurgery division of dermatovenereology outpatient clinic M.Hoesin General Hospital with chief complain of black-colored tumor on his tip of nose. Since 10 years ago on his tip of nose appeared erythema pinhead papule, itchy. Since 1 year ago, lesion become enlarged as coin 100 rupiah and easily to bleed. Dermatological examination showed nodule hyperpigmented, erosion, surface brownish black crust, translucent, irregular margin, rough surface, immobile, pain +. Dermoscopy examination support a malignancy tumor. Histopathological finding support nodular-pigmented type BCC. Full thickness skin graft gave an excellent result.

**Discussion:** Basal cell carcinoma on difficult location, such as tip of nose, with FTSG excision is a common treatment which gave a cosmetically excellent result.

**Keywords:** BCC, full thickness skin graft





## PENDAHULUAN

Karsinoma sel basal merupakan neoplasma ganas sel *nonkeratinizing* berasal dari lapisan basal epidermis.<sup>1</sup> Keganasan kulit ini jarang metastasis dan menyebabkan kematian, namun demikian dapat menyebabkan morbiditas signifikan bila tidak didiagnosis dan ditangani secara tepat. Karsinoma sel basal paling banyak ditemukan yaitu sekitar 75-80% jumlah *nonmelanoma skin cancer* (NMSC). Karsinoma sel basal paling banyak menyerang laki-laki daripada perempuan baik pada individu berkulit terang maupun pada berkulit gelap.<sup>2</sup> Bagian dari kepala yang sangat rentan terhadap KSB meliputi hidung, skalp, kelopak mata, telinga, dan bibir.<sup>1</sup>

Manifestasi klinis berupa papul berwarna merah atau merah muda, dengan tepi meninggi, dan membesar secara lambat. Teleangiectasis merupakan gambaran yang menonjol dari permukaan tumor.<sup>1</sup> Terdapat lima macam KSB yaitu KSB tipe nodular, KSB tipe *pigmented*, KSB tipe superfisial, KSB tipe morfea (*sclerosing*), dan *Fibroepithelioma of Pinkus* (FEP).<sup>1</sup>

Pengobatan KSB meliputi bedah eksisi, *Mohs micrographic surgery*, kuretase dan elektrodeseikasi, *cryosurgery*, dan terapi radiasi.<sup>1</sup> Defek bedah ditutup dengan penutupan pimer, *flap*, *graft*, atau penyembuhan per sekunder. *Graft* untuk rekonstruksi jaringan lunak dibagi menjadi empat macam yaitu FTSG, *split thickness skin graft* (STSG), *composite graft*, dan *free cartilage graft*.<sup>2</sup>

Laporan kasus ini melaporkan pengobatan KSB pada ujung hidung dengan bedah eksisi dan FTSG pada laki-laki usia 69 tahun.

## KASUS

Pasien laki-laki berusia 69 tahun datang ke divisi Tumor/Bedah Kulit unit rawat jalan kulit dan kelamin RSUP M Hoesin Palembang pada tanggal 2 November 2011 dengan keluhan utama benjolan hitam di puncak hidung. Pasien juga mengeluh benjolan mudah berdarah.

Dari anamnesis didapatkan pasien mengeluh kisanan 10 tahun yang lalu timbul bintil merah sebesar biji pentul di puncak hidung. Kisanan 1 tahun yang lalu benjolan membesar sampai seukuran uang logam 100 rupiah, dan mudah berdarah. Benjolan tidak terasa nyeri. Pasien tidak pernah berobat sebelumnya.

Status generalikus dalam batas normal. Status dermatologikus: nodul hiperpigmentasi, translusen, erosi, krusta hitam kecoklatan, tepi ireguler, permukaan tidak rata, tidak mudah digerakkan, nyeri tekan. Pada pemeriksaan dermoskopi didapatkan nilai 5,7 yang menyokong keganasan kulit. Diagnosis banding KSB tipe *pigmented*, melanoma nodular. Pemeriksaan histopatologi menyokong KSB tipe *nodular-pigmented*. Pengobatan dengan FTSG, hasil memuaskan.

Pasien didiagnosis KSB dengan lokasi sulit di hidung. Pasien dilakukan tindakan bedah eksisi dengan FTSG di OK Graha Spesialis pada tanggal 30 November 2011. Daerah donor diambil dari kulit regio colli sinistra. Setelah tindakan, pasien dirawat inap di RSMH selama tiga hari. Terapi sistemik diberikan tablet asam mefenamat 3x500 mg/hari/po bila nyeri, tablet ciprofloxacin 2x500 mg/hari/po, dan tablet eritromisin 4x500 mg/hari/po selama 7 hari. Lesi kulit yang ditutup oleh kassa hipafix ditetesi dengan larutan NaCl 0,9% tiap dua jam.

Pada hari ke-3 pasien diperbolehkan pulang, dengan melanjutkan terapi yang sudah diberikan yaitu tablet asam mefenamat 3x500 mg/hari/po bila nyeri, tablet ciprofloxacin 2x500 mg/hari/po, tablet eritromisin 4x500 mg/hari/po serta larutan NaCl 0,9% tiap dua jam di atas lesi yang ditutup kassa hipafix.

## DISKUSI

Karsinoma sel basal merupakan KKNM yang paling sering ditemukan.<sup>1</sup> Keganasan kulit ini paling banyak ditemukan pada area terpajan sinar matahari yaitu kepala dan leher.<sup>1,2,3</sup> Persentase lesi paling tinggi ditemukan di hidung (20,9%) diikuti oleh area lain di wajah (17,7%).<sup>1</sup> Laki-laki lebih sering terkena dibandingkan perempuan dan insiden KSB meningkat antara 20-80% dan meningkat dengan bertambahnya usia.<sup>2,4</sup> Pasien ini adalah seorang laki-laki usia 69 tahun dengan lesi KSB di hidung.

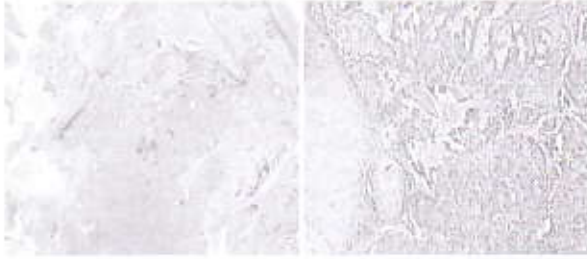
Manifestasi klinis KSB berupa skuama dengan erosi atau ulserasi, dikelilingi eritem dengan teleangiectasis, dan pertumbuhan yang lambat.<sup>1</sup> Teleangiectasis merupakan gambaran yang menonjol dari permukaan tumor.<sup>1</sup> Manifestasi lain adalah ditemukannya gambaran translusen. Terdapat lima macam KSB yaitu KSB tipe nodular, KSB tipe *pigmented*, KSB tipe superfisial, KSB tipe morfea (*sclerosing*), dan *Fibroepithelioma of Pinkus* (FEP).<sup>1</sup> Karsinoma sel basal tipe nodular merupakan bentuk KSB yang paling sering ditemukan.<sup>1,2,3,7</sup> Dari anamnesis didapatkan pasien mengeluh kisanan 10 tahun yang lalu timbul bintil merah sebesar biji pentul di puncak hidung. Kisanan 1 tahun yang lalu benjolan membesar sampai seukuran uang logam 100 rupiah, dan mudah berdarah. Status dermatologikus: nodul hiperpigmentasi, translusen, erosi, krusta hitam kecoklatan, tepi ireguler, permukaan tidak rata, tidak mudah digerakkan, nyeri tekan.

Dermoskopi merupakan suatu teknik non invasif menggunakan cairan atau minyak pada lesi untuk membantu diagnosis lesi melanositik dan non melanositik. Bila termasuk dalam lesi melanositik, maka lesi dinilai termasuk dalam risiko rendah, intermediate, atau tinggi dengan menggunakan metode Menzies atau kriteria ABCD.<sup>8</sup> Biopsi kulit juga dilakukan untuk membantu diagnosis KSB.<sup>1,3,7</sup> Studi oleh Sexton dkk memeriksa frekuensi macam gambaran histologi KSB yang paling sering ditemukan. Presentasi paling sering adalah *mixed*-yang berarti terdapat lebih dari satu subtype. Tipe *mixed* yang paling sering berupa *nodular-micronodular* (21,8%).<sup>9</sup> Pada pemeriksaan dermoskopi pasien ini menggunakan kriteria ABCD dan didapatkan nilai 5,7 yang menyokong risiko tinggi keganasan kulit. Pemeriksaan histopatologi lesi pasien ini menyokong KSB tipe *mixed (nodular-pigmented)*.

Maize menentukan penanganan KSB memiliki empat tujuan yaitu eradikasi kanker komplik, perlindungan jaringan sehat, pengembalian fungsi normal, dan hasil kosmetik yang baik.<sup>1</sup> Pengobatan KSB meliputi bedah eksisi, *Mohs micrographic surgery*, kuretase dan elektrodeseikasi, *cryosurgery*, dan terapi radiasi. Terapi laser dan fotodinamik belum digunakan sebagai terapi utama, namun dapat memberikan hasil yang menjanjikan.<sup>1</sup> Tindakan bedah merupakan standar pengobatan untuk KKNM. Defek bedah ditutup dengan penutupan primer, *flap*, *graft*, atau penyembuhan per sekunder. Pada bedah kulit, *graft* paling banyak digunakan untuk menutup defek setelah pengangkatan keganasan kulit. *Graft* dibagi menjadi empat macam yaitu FTSG, *split thickness skin graft*, *composite graft*, dan *free cartilage graft*.<sup>2</sup> *Full thickness skin graft* terutama berguna untuk defek di ujung hidung, ala nasi, dinding nasal lateral, kelopak mata bawah, dan telinga. Jenis *skin graft* ini memberikan hasil baik secara kosmetik.<sup>10</sup> Pasien ini dilakukan pengobatan KSB dengan tindakan bedah eksisi yang ditutup dengan FTSG. Hasil memuaskan didapatkan secara kosmetik.



**Pemeriksaan histopatologi**



Epitel skuamosa kompleks berkeratin, dermis tampak massa tumor terdiri dari sel-sel basaloid, membentuk struktur solid dan adenoid dengan bagian perifer tersusun palisading, inti pleomorfik, kromatin kasar, mitosis dapat dijumpai, sitoplasma eosinofilik sebagian jernih, di antaranya tampak banyak pigmen melanin, folikel rambut, kelenjar sebacea, stroma jaringan ikat fibrokollagen beserbuk padat limfoplasmatik dan perdarahan luas.

Kesan: Basal cell carcinoma, mixed tipe



Gambar 1.2. Rugo apex nasalis dekstra: nodul, erosi disertai jaringan nekrotik, warna hitam kecoklatan, tepi ireguler, permukaan tidak rata, tidak mudah digerakkan dari dasar, nyeri tekan



Kandah ABCD	Nilo
Asimetri	1 (asimetri pada 1 sisi)
Border	4 (4 segmen melewati batas)
Color	4 (hitam, abu, merah, coklat)
Differential structure	4 (jar pigmen, dots, global, daerah structureless)

Penilaian:  $(1,3 \times 1) + (0,1 \times 4) = (0,5 \times 4) + (0,5 \times 4) = 1,3 + 0,4 + 2 = 5,7 \rightarrow$  Ganas

TANGGAL	Diambil reseksi	FOTO
30 November 2011		
21 Desember 2011		
3 Desember 2011		
6 Desember 2011		
13 Desember 2011		
7 Januari 2012		
9 Januari 2012		

14 Januari  
2012



18 Januari  
2012



22 Januari  
2012



## DAFTAR PUSTAKA

1. Carucci JA, Leffell DJ. Basal Cell carcinoma. In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ, editors. Fitzpatrick's Dermatology In General Medicine. 7<sup>th</sup> ed. New York: McGraw Hill; 2008. p.1036-42
2. Rigel DS, Cockerell CJ, Carucci J, Wharton J. Actinic keratosis, basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rappini RP, Schaver JV, editors. Dermatology. 2<sup>nd</sup> ed. Edinburg: Mosby; 2008.
3. Nouri K, Ballard CJ, Patel AR, Brasie RA. Basal cell carcinoma. In: Nouri K, editor. Skin cancer. 1<sup>st</sup> ed. New York: Mc Graw Hill Company; 2008. p.61-85
4. Colgan MB, Cappel MA, Pittelkow MR, Fujii K, Terhorst D, Stockfleth E. Non-melanoma skin cancer: keratinocytic tumors. In: Dummer R, Pittelkow MR, Iwatsuki K, Green A, Elvan NM, editors. Skin cancer- A world wide perspective. Springer: New York; 2011. p.89-120
5. Patel MJ, Williford PM, Schumack S. Basal cell carcinoma in situ. In: Stockfleth E, Rosen T, Shumack S, editors. Managing skin cancer. Springer: New York; 2010. p.37-49
6. Schwartz RA. Basal cell carcinoma. In: Schwartz RA, editor. Skin cancer recognition and management. 2<sup>nd</sup> ed. New Jersey: Blackwell Company; 2008. p.87-104
7. Rubin AI, Chen EH, Grande DJ, Ratner D. Basal cell carcinoma. In: Roenigk R.K, Ratz J.L, Jr. Roenigk H.H, editors. Roenigk's dermatologic surgery Current techniques in procedural dermatology. 3<sup>rd</sup> ed. Informa Healthcare USA Inc: USA. 2007. p. 343-51
8. Johr RH, Stolz W. Dermoscopy An Illustrated Self assessment guide. New York: McGraw Hill; 2010
9. Prado R, et al. Nonmelanoma skin cancer chemoprevention. Dermatol surg. 37: 1566-78
10. Macfarlane DF. Techniques in skin grafting. In: Macfarlane DF, editors. Skin cancer managements. Springer: New York; 2010. p.179-90