



ISSN 0216-0773

# MEDIA DERMATO-VENEREOLOGICA INDONESIANA

EDITORIAL: Epidemiologi kanker kulit

Tumor kulit ganas di Manado

Tumor kulit jinak di Manado

Profil karsinoma sel basal primer di Palembang

Eksisi Nevus Sebaceus dengan penutupan Flap A-T

Penyakit Fox-Fordyce

Laser pada lesi hiperpigmentasi

Infeksi mikrobakterium atipikal

MDVI

Vol.38

No.2

Hal:61-111

Jakarta  
April 2011

ISSN 0216-0773

## PROFIL KARSINOMA SEL BASAL PRIMER DI RSUP M. HOESIN PALEMBANG

Yulia Farida Yahya, Sandra Krishnaputri, Tri Harianti, Theresia L Toruan\*,  
Yusuf Fantoni\*\*, Bahrum Indawan Kasim\*\*\*

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

### ABSTRAK

Karsinoma sel basal (KSB) merupakan karsinoma kulit nonmelanoma (KKNM) menyerang terutama ras Kaukasian, jarang ditemukan di Asia, demikian pula di Indonesia. Sampai saat ini belum ada data lengkap bagaimana profil KSB di Palembang.

Penelitian dilakukan secara deskriptif, data diambil dari rekam medis pasien KSB primer yang berobat atau di rujuk ke poliklinik rawat jalan IKKK- RSUP M Hoesin sejak Januari 2005 – Desember 2007. Hasil biopsi di konfirmasi di Bagian Patologi FK - RSUP M Hoesin Palembang. Dilakukan analisis chi-square berdasarkan jenis kelamin, usia, ukuran lesi, lokasi, tipe KSB berdasarkan gambaran klinis, dan histopatologis ( $p < 0,05$ )

Pada penelitian ini didapatkan 48 kasus KSB primer (0,30%) dari 15845 kunjungan pasien baru, terdiri atas laki-laki 18 (35,4%) dan perempuan 30 (64,6%). Perbandingan laki-laki dan perempuan adalah 1: 1,8; usia pasien antara 32-88 tahun, laki-laki usia termuda 35 tahun, tertua 75 tahun, perempuan usia termuda 32 tahun, tertua 88 tahun. Lokasi lesi terbanyak di regio (R) bukalis sebanyak 20 (35,4%), diikuti berturut-turut R ala nasi 10 (20,8%), hidung ( pangkal dan puncak hidung) dan R palpebra masing-masing sebanyak 6 (12,5%), di R parietal 5 (10,4%) dan R frontalis 1(2,2%). Gambaran klinis terbanyak tipe nodular sebanyak 32 (67,5%) diikuti tipe pigmented 16 (33,3%) dan ukuran lesi terbanyak T1 42 ((87,5%) diikuti T2 6 (12,5%). Gambaran histopatologis terbanyak tipe nodular 32 (66,6%) diikuti tipe pigmented 13 (27%), tipe metatipikal 2 (4,2%), dan tipe infiltratif 1(2,2%).

Kesimpulan penelitian ini ialah tidak terdapat perbedaan secara signifikan KSB, pada laki-laki dan perempuan; distribusi lesi terbanyak di regio bukalis; ukuran lesi terbanyak T1 diikuti T2; gambaran klinis terbanyak tipe nodular diikuti tipe pigmented. Perlu penelitian lebih lanjut untuk melihat profil KSB di Indonesia (MDVI 2011; 38/2:78-83)

**Kata kunci :** Karakteristik karsinoma sel basal, analisis epidemiologi

### ABSTRACT

Basal cell carcinoma (BCC) is a predominant non melanoma skin cancer (NMSC) in Caucacia populations, Asia is uncommon, in Indonesia BCC is not frequently seen. The profile BCC in Palembang have not been analyzed before.

A discriptive study of BCC profile using the medical records of 48 cases primary BCC was eligible in outpatient clinic General Hospital M Hoesin Palembang since January 2005 – December 2007. Chi-square analyzed the gender, age distribution, site and size of the lesions, clinical appearance and histopathologic features ( $p < 0,05$ ).

In this study we found total primary BCC was 48(0,30%) among 15845 new outpatients. Male:female ratio was 1:1,8, the youngest age of male patients was 35 years, oldest 75 years, the youngest age of female patients was 32 years, oldest 88 years; the size of the lesions was T1 42 (87,5%) and T2 6 (12,5%). The site of predilection was mostly noticed on the cheeks 20 (35,4%), respectively followed ala nasi 10 (20,8%), nose and lower eyelid 6 (12,5%). The clinical appearance showed predominantly nodular type 32 (67,5%), followed by pigmented type 16 (33,3%). The histopathological pattern showed nodular type 32 (66,6%), pigmented type 13 (27%), metatypical type 2 (4,2%), and infiltrative type 1 (2,2%)

There was no significant different male : female ratio (1:1,8); distribution of lesions was most common on the cheeks. Size of the lesions was mostly T1 followed by T2, clinical appearance was nodular type followed pigmented type; however we need to study further about the characteristics of BCC in Indonesia. (MDVI 2011; 38/2:78-83)

**Keywords:** basal cell carcinoma, characteristics, epidemiology analysis

## PENDAHULUAN

Karsinoma sel basal (KSB) merupakan kanker kulit nonmelanoma (KKNM) yang paling banyak ditemukan di dunia, dengan kisaran 75% dari seluruh KKNM. Karsinoma sel basal terutama terdapat pada ras Kaukasian, menyerang terutama pada lanjut usia (Lansia), dengan jumlah rasio laki-laki lebih banyak dari pada perempuan 2:1,1 sedangkan di Malaysia dan Singapura, rasio laki-laki dibandingkan dengan perempuan hampir sama.<sup>2,3</sup> Meskipun insidens KSB di dunia setiap tahun selalu meningkat, namun di Asia insidens KSB masih rendah, seperti terlihat insidens di Jepang (0,131%), Korea (0,048%), dan Taiwan (0,015%).<sup>4</sup> Penelitian retrospektif di Bagian Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin (IKKK) – RSUP M. Hoesin Palembang, didapatkan adanya peningkatan insidens KSB primer. Penelitian Toruan dkk. (2000), mendapatkan 20 kasus (0,042%),<sup>5</sup> sedangkan Yahya dkk. (2008) mendapatkan 47 pasien (0,11%).<sup>6</sup> Diagnosis standar KSB menurut klasifikasi WHO adalah berdasarkan gambaran histopatologis menurut *growth pattern* yang disesuaikan dengan gambaran klinis, bertujuan untuk menentukan jenis pengobatan dan prognosis. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa banyak perbedaan antara kedua gambaran tersebut.<sup>7</sup>

### Tujuan

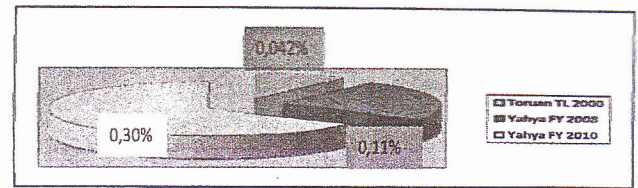
Untuk melihat profil KSB primer berdasarkan jenis kelamin, usia, ukuran, dan lokasi lesi, serta kesesuaian antara gambaran histopatologis dan gambaran klinis

### Pasien dan Metode

Penelitian diskriptif dengan mengambil data rekam medis pasien KSB primer yang berobat atau dirujuk ke poliklinik rawat jalan IKKK - RSUP M Hoesin Palembang sejak Januari 2005 hingga Desember 2007. Diagnosis klinis dikonfirmasi dengan pemeriksaan histopatologis di Bagian Patologi Fakultas Kedokteran Universitas Sriwidjaja/RSUP M. Hoesin Palembang. Dilakukan analisis *chi-square* jenis kelamin, usia, ukuran tumor, lokasi lesi dan sub tipe KSB berdasarkan gambaran klinis dan histopatologis ( $p < 0,05$ ).

### Hasil

Insidens KSB di Palembang setiap tahun menunjukkan peningkatan bermakna. Toruan tahun 2000 melaporkan insidens KSB primer tahun 1999 adalah sebesar 0,042%,<sup>5</sup> dan Yulia tahun 2008 sebesar 0,11%.<sup>6</sup> Pada penelitian ini insidens KSB primer meningkat hanya dalam 3 tahun menjadi 48 pasien (0,30%).



Gambar 1. Insidens KSB di RS. M. Hoesin Palembang (thn 1995-1999); 2000-2004; 2005-2007)

Pada penelitian ini ditemukan pasien KSB primer sebanyak 48 pasien (0,30%) dari 15845 kunjungan pasien baru, dengan rincian pasien laki-laki 18 orang (37,5%) dan perempuan 30 orang (62,5%), serta perbandingan laki-laki dan perempuan adalah 1 : 1,8.

Hasil penelitian ini menunjukkan subyek penelitian pasien laki-laki berusia antara 35 – 75 tahun dan, pasien perempuan berusia antara 32 – 85 tahun. Kelompok usia terbanyak berturut-turut 61 – 70 tahun sebanyak 14 orang (30,9%), 41 – 50 tahun dan 51 – 60 tahun masing-masing sebanyak 11 orang (23,6%), 31-40 tahun sebanyak 9 orang (11,7%), kelompok usia 71- 80 tahun sebanyak 2 orang (7,2%), dan 81 – 90 tahun sebanyak 1 (2,7%). Sebaran pasien KSB berdasarkan kelompok usia ditampilkan pada tabel 1.

Tabel 1. Distribusi pasien KSB primer berdasarkan kelompok usia di RSUP dr. M. Hoesin Palembang, Januari 2005 – Desember 2007

Kelompok usia (tahun)	Jenis kelamin		Jumlah
	Laki-laki	Perempuan	
20-30	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
31-40	2 (4,2%)	7 (14,5%)	9 (18,7%)
41-50	3 (6,3%)	8 (16,6%)	11 (22,9%)
51-60	5 (10,4%)	6 (12,5%)	11 (22,9%)
61-70	6 (12,5%)	8 (16,6%)	14 (29,1%)
71-80	2 (4,2%)	0 (0%)	2 (4,2%)
81-90	0 (0%)	1 (2,2%)	1 (2,2%)
>91	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Jumlah	18 (37,5%)	30 (62,5%)	48 (100%)

### Distribusi pasien KSB primer berdasarkan ukuran lesi

Kriteria KSB berdasarkan diameter lesi menurut klasifikasi Bagelund (2007),<sup>8</sup> yaitu T1 dengan diameter lesi < 2 cm, T2 dengan diameter lesi 2,1 - 5 cm dan T3 dengan diameter lesi > 5,1 cm. Pada penelitian ini diameter lesi terbanyak adalah T1 sebanyak 42 ((87,5%), dan T2 6 lesi (12,5%). Sebaran pasien KSB berdasarkan diameter lesi ditampilkan pada tabel 2.

Tabel 2. Distribusi pasien KSB primer berdasarkan ukuran lesi di RSUP dr. M. Hoesin Palembang Januari 2005 – Desember 2007

Diameter lesi KSB	Laki-laki	Perempuan	Jumlah
T1	16 (33,3%)	26 (54,2%)	42 (87,5%)
T2	2 (4,2%)	4 (8,3%)	6 (12,5%)
T3	0 (0%)	0 (0%)	0 (%)
Jumlah	18(37,5%)	30(62,5%)	48 (100%)

### Distribusi pasien KSB primer berdasarkan lokasi lesi KSB

Distribusi pasien KSB berdasarkan letak anatomi di wajah menurut kriteria Goh (2004)<sup>3</sup> dibagi menjadi regio nostril/hidung (pangkal & puncak hidung), regio ala nasi, palpebra, bukalis dektra dan sinistra, frontalis, parietal, dan mandibula. Hasil penelitian ini menunjukkan lokasi lesi terbanyak adalah pada regio bukalis sebanyak 20 lesi (35,4%), diikuti berturut-turut regio ala nasi sebanyak 10 (20,8%), nostril (pangkal & puncak hidung) 6 lesi (12,5%), palpebra 6 lesi (12,5%), parietal 5 lesi (10,4%), dan regio frontalis sebanyak 1 lesi (2,2%).

Sebaran pasien KSB berdasarkan lokasi lesi ditampilkan pada tabel 3.

Tabel 3. Distribusi pasien KSB primer berdasarkan lokasi lesi KSB di RSUP dr. M. Hoesin Palembang Januari 2005 – Desember 2007

Lokasi lesi KSB	Jenis kelamin		Jumlah
	Laki-laki	Perempuan	
R nostril(hidung)	4(8,3%)	2(4,2%)	6(12,5%)
R alae nasi	3 (6,3%)	7(14,5%)	10 (20,8%)
R bukalis	10 (20,8%)	10(20,8%)	20(41,6%)
R palpebra inf	0(0%)	6(12,5%)	6(12,5%)
R parietal	0(0%)	5( 10,4%)	5( 10,4%)
R frontalis	1(2,2%)	0(0%)	1 (2,2%)
R mandibula	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Jumlah	18 (42,7%)	30 (57,3%)	48(100%)

Keterangan R= regio

### Distribusi pasien KSB berdasarkan tipe gambaran klinis KSB

Gambaran klinis KSB menurut kriteria WHO<sup>9</sup> terdiri atas KSB tipe nodularis, termasuk tipe nodular-kistik/nodular, tipe nodular-ulseratif (*ulcus rodent*) dan KSB tipe *pigmented*, tipe superfisial, tipe infiltrat, tipe morfea, dan KSB tipe metatipikal. Hasil penelitian ini menunjukkan KSB primer berdasarkan tipe gambaran klinis terbanyak adalah tipe nodular sebanyak 32 (67,5%) terdiri atas tipe nodular 24 (46,7%), tipe nodular-ulseratif 7 (14,6%), tipe nodular-kistik 1(2,2%); diikuti tipe *pigmented* sebanyak 16 (33,3%). Sebaran pasien KSB berdasarkan tipe gambaran klinis KSB ditampilkan pada tabel 4.

Tabel 4. Distribusi pasien KSB berdasarkan tipe gambaran klinis KSB di RSUP dr. M. Hoesin Palembang, Januari 2005 – Desember 2007

Gambaran klinis sub tipe KSB	Jenis kelamin		Jumlah
	Laki-laki	Perempuan	
Nodular	9 (18,7%)	15 (28,0%)	24 (46,7%)
Nodular kistik	0 (0%)	1 (2,2%)	1 (2,2%)
Nodular ulseratif	2 (4,2%)	5 (10,4%)	7 (14,6%)
Pigmented	7 (14,6%)	9 (18,7%)	16 (33,3%)
Superfisial	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Infiltrat	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Morfea	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Jumlah	18 (42,7%)	30 (57,3%)	48 (100%)

Klasifikasi KSB berdasarkan gambaran klinis berdasarkan kriteria WHO

### Distribusi pasien KSB berdasarkan gambaran histopatologi

Menurut WHO gambaran histopatologis KSB<sup>7</sup> dibagi atas sub-tipe KSB tipe nodular, terdiri atas tipe adenoid/tipe solid /tipe kistik; KSB tipe superfisial; KSB tipe infiltratif; KSB tipe morfea; KSB tipe lain-lain, yaitu KSB tipe *pigmented*, KSB tipe mikronodular, KSB tipe fibroepitelial dari Pinkus, KSB tipe basoskuamosa (tipe metatipikal).

Penelitian ini menunjukkan KSB berdasarkan gambaran histopatologis sub tipe terbanyak tipe nodular sebanyak 31 (64,5%), tipe *pigmented* 14 (29,1%), tipe metatipikal 2(4,2%) dan tipe infiltratif 1 (2,2%). Sebaran pasien KSB berdasarkan tipe gambaran histopatologi ditampilkan pada tabel 5.

Tabel 5. Gambaran histopatologis KSB menurut WHO di RSUP dr. M. Hoesin Palembang Januari 2005 – Desember 2007

Gambaran histopatologi sub tipe KSB	Jenis kelamin		Jumlah
	Laki-laki	Perempuan	
Nodular	13 (27,2%)	18 (37,3%)	31 (64,5%)
Superfisial	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Infiltratif	0 (0%)	1 (2,2%)	1 (2,2%)
Morfea	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Pigmented	5 (10,4%)	9 (18,7%)	14 (29,1%)
Metatipikal	0 (0%)	2 (4,2%)	2 (4,2%)
Jumlah	18 (42,7%)	30 (57,3%)	48(100%)

### Penelitian metaanalisis pasien KSB berdasarkan gambaran histopatologi

Pada penelitian ini dilakukan metaanalisis sub tipe KSB berdasarkan gambaran histopatologis dengan menganalisis empat penelitian di Asia yaitu Malaysia, Singapura, Mesir, dan Indonesia, khususnya Palembang dan 2 penelitian pada ras Kaukasian yaitu di Perancis dan Australia. Gambaran metaanalisis ditampilkan pada tabel 6.

Tabel 6. Gambaran metaanalisis subtype KSB berdasarkan gambaran histopatologi

Sub tipe KSB	Orang Asia			Orang Kaukasian		
	Tan Singapura (2006) <sup>21</sup> n = 30	Yap Malaysia (2010) <sup>10</sup> n = 64	Mouhmod Mesir <sup>15</sup> (2006) n=22	Yahya Palembang Indonesia (2010) n=48	Raasch Australia(2006) <sup>11</sup> n=3729	Scrivener Perancis (2002) <sup>12</sup> n=1347
Nodular	21(80,0%)	61 (95,3%)	9(41,0%)	31(66,5%)	3067(45,9%)	78,7%
Superfisialis	1(5,5%)	3(4,7%)	1(4,5%)	0 (0%)	1729(25,9%)	15,1%
Infiltratif	2(6,7%)	-	-	1 (2,2%)	1067(16,0%)	6,2%
Morfea	4(0,5%)	-	-	0 (0%)	-	-
Pigmented	24(72,9%)	11 (18,0%)	6(27,3%)	14 (29,1%)	66(1,7%)	-
Metatipikal	0 (0%)	-	1(4,5%)	2(4,2%)	94(1,4%)	-

## DISKUSI

Pada penelitian ini insidens KSB primer di Palembang setiap tahun menunjukkan peningkatan secara signifikan ( $p < 0,05$ ). Laporan insiden KSB primer sebelumnya oleh Goh tahun 1999 adalah sebesar 0,042%,<sup>5</sup> dan Yahya tahun 2008 sebesar 0,11%.<sup>6</sup> Hanya dalam kurun waktu 3 tahun terjadi peningkatan insidens KSB sebanyak 48 pasien (0,30%). Peningkatan insidens KSB ini masih lebih tinggi dibandingkan di beberapa negara Asia, misalnya Jepang (0,131%), Korea 0,048%, dan Taiwan 0,015%,<sup>4</sup> tetapi lebih rendah dibandingkan dengan orang Kaukasian kisaran 75%.<sup>19</sup> Penelitian epidemiologi sebelumnya di Brazil (2006), mendapatkan pasien KSB (n=202) pada orang Kaukasian sebanyak 1103 (51%), orang *Mulatos* sebanyak 7 (3,5%), dan orang Asia sebanyak 2 (1%).<sup>14</sup> masih perlu penelitian lebih lanjut hubungan peningkatan insidens KSB dengan peranan faktor risiko ekstrinsik seperti pajanan sinar matahari atau bahan karsinogen, polusi, dll.

Hasil penelitian ini didapatkan hasil yaitu pasien laki-laki berusia antara 35–75 tahun, dan perempuan berusia antara 32–85 tahun. Rerata usia laki-laki 57 tahun, perempuan 53,23 tahun, dan rerata keseluruhan 54,65 tahun dengan usia termuda 32 dan tertua 88. Hampir tidak terdapat perbedaan antara laki-laki dan perempuan dengan perbandingan antara laki-laki dengan perempuan adalah 1:1,8. Penelitian ini berbeda dengan penelitian Goh (2006) di Singapura yang mendapatkan rerata usia pasien KSB 70,9 tahun; kelompok usia terbanyak 81 – 90 tahun sebanyak 45 orang (27,1%).<sup>3</sup> Sedangkan di Malaysia, Yap (2010) mendapatkan rerata usia KSB adalah 60,9 tahun dengan rasio laki-laki : perempuan 1:05.<sup>2</sup> Di Turki, Tiftikcioglu (2006) mendapatkan rerata usia pasien KSB 60,4 tahun dengan rasio laki-laki : perempuan 9:10.<sup>13</sup> Di Brazil, Bariani (2006) mendapatkan pasien KSB berusia antara 60 – 80 tahun, rerata usia 60,9 tahun, dengan rasio laki-laki : perempuan 1: 1,09.<sup>12</sup> Di Perancis, Scrivener (2002) mendapatkan rerata usia 65 tahun dengan rasio laki-laki : perempuan 1: 1,2.<sup>14</sup>

Pada penelitian ini ditemukan diameter lesi terbanyak adalah T1 (< 2cm) sebanyak 42 lesi (87,5%), dan T2 (2,1–5cm) sebanyak 6 lesi (12,5%). Hasil penelitian ini tidak berbeda jauh dengan hasil penelitian Goh (2006) di Singapura; rerata diameter lesi terbanyak adalah (T1) kisaran 1,2 cm. Hasil penelitian Yap (2010) di Malaysia mendapatkan diameter lesi terbanyak 1,44cm,<sup>2</sup> Chen di Taiwan diameter lesi terbanyak <2cm (0,8X1 cm).<sup>4</sup> Mahmoud (2006) di Mesir diameter lesi terbanyak < 2 cm (0,5 – 1 cm).<sup>15</sup> Di Turki Tiftikcioglu (2006) mendapatkan ukuran lesi terbanyak adalah < 2 cm.<sup>13</sup> Penelitian KSB pada ras Kaukasian di USA (n=1131) oleh Batra (2002) mendapatkan diameter lesi terbanyak  $\geq 1$  cm,<sup>16</sup> Di Brazil Bariani (2006) mendapatkan diameter lesi terbanyak 0,6 – 1,5 cm pada 149 dari 253 lesi (58,9%), diikuti 0 – 0,5 cm dari 77 lesi (30,4%), dan > 1,5 cm dari 27 lesi (10,7%).<sup>14</sup>

Berdasarkan lokasi lesi KSB paling banyak ditemukan di wajah dibandingkan di trunkus maupun ekstremitas, baik pada orang Asia, yaitu Singapura, Sarawak Malaysia, Turki maupun Qatar,<sup>2,3,13,15</sup> demikian pula pada ras Kaukasian di Australia, Italia, dan Inggris.<sup>11,17,18</sup> Hasil penelitian tersebut menunjukkan terdapat perbedaan lokasi KSB di wajah antara orang Asia dan ras Kaukasian. Pada penelitian ini menunjukkan lokasi KSB di wajah terbanyak di regio bukalis 20 lesi (41,6%) diikuti alae nasi (20,8%), regio nostril (hidung) dan palpebra inferior masing-masing sebanyak 6 lesi (12,5%), regio temporalis 5 lesi (10,4) dan 1 lesi (2,2%) di regio frontalis. Pada penelitiannya di Singapura Goh (2006) mendapatkan lokasi terbanyak adalah di regio nostril (hidung) 45 lesi, diikuti regio bukalis 22 lesi, lipatan nasolabial 18 lesi.<sup>3</sup> Di Turki, Tiftikcioglu (2006) mendapatkan lokasi KSB terbanyak adalah di regio nostril (hidung) 66 lesi (30,6%), diikuti regio bukalis 57 lesi (26,5%), dan frontotemporal 31 (14,3%).<sup>13</sup> Chen dkk. di Taiwan (2006) mendapatkan lokasi terbanyak di regio nostril (23,7%), diikuti regio ala nasi 42 (11,9%), dan bukalis 40 (11,2%).<sup>4</sup> Di Queensland, Australia, Richmond-Sinclair dkk. (2009) melakukan penelitian pada 131 KSB, mendapatkan lesi terbanyak di regio hidung (110 lesi),

diikuti regio bukalis 64 dan frontalis 61 lesi.<sup>19</sup> Di Jerman, pada penelitian Heckmann dkk. (2002), dari 2974 KSB didapatkan lesi terbanyak di regio nasalis 1373 diikuti regio orbital 386 lesi dan regio aurikular 269 lesi, sedangkan di regio bukalis hanya 141 lesi.<sup>20</sup> Rerata lokasi KSB baik orang Asia maupun ras Kaukasia terbanyak adalah di regio nostril. Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian sebelumnya yaitu KSB terbanyak di regio bukalis.

Menurut Gloster (2006) gambaran klinis KSB orang Asia banyak ditemukan subtype nodular dengan gambaran klinis terutama tipe nodular dengan berbagai variasi berupa nodul, modul-kistik, nodul-ulseratif atau nodul-pigmented.<sup>9</sup> Beberapa penelitian di Asia, Singapura mendapatkan gambaran klinis KSB terbanyak adalah tipe nodular pigmented 22 lesi (91,7%).<sup>21</sup> Hasil penelitian di Qatar, KSB tipe nodular menunjukkan gambaran pigmented pada 13 pasien, hampir sebagian besar tipe nodular disertai ulseratif.<sup>22</sup> Menurut Crowson (2006) gambaran klinis berupa nodular-ulseratif menunjukkan KSB tipe agresif.<sup>25</sup> Di Malaysia terbanyak adalah tipe nodular sebanyak 95,3%, secara histopatologis menunjukkan tipe pigmented, diikuti tipe superfisial sebesar 4,7%. Penelitian di Iran, Hajheydar (2008) mendapatkan terbanyak tipe nodular 90 lesi (48%).<sup>23</sup> Di Mesir, Mahmoud (2006) mendapatkan gambaran klinis terbanyak tipe nodular-ulseratif 15 lesi (68,3%).<sup>15</sup> Turki, Tiftikcioglu (2006), terbanyak tipe nodular-ulseratif 181 lesi (83,3%).<sup>13</sup> Pada penelitian ini ditemukan terbanyak adalah tipe nodular, terdiri atas tipe nodular sebanyak 24 lesi (46,7%), nodular pigmented sebanyak 16 lesi (33,3%), diikuti nodular-ulseratif sebanyak 7 lesi (14,6%), dan nodular kistik sebanyak 1 lesi (2,2%). Sampai saat ini tipe pigmented masih menjadi kontroversi sebagian peneliti menggolongkan dalam tipe KSB agresif, dan sebagian lain menggolongkan dalam tipe KSB non-agresif.<sup>24</sup> Menurut kepustakaan, secara klinis tipe pigmented lebih sering ditemukan pada orang Asia baik pada Jepang maupun Cina Hongkong, yaitu 75% dan 60,1%, berbeda dengan ras Kaukasian hanya ditemukan kisaran <10%. Terdapat hubungan KSB tipe pigmented dengan prognosis dan modalitas pengobatan.<sup>4</sup> Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa setelah pengobatan dengan modalitas photodynamic therapy (PDT), KSB pigmented menunjukkan respons dan prognosis buruk dibandingkan dengan KSB subtype nodular, nodular-ulseratif atau tipe superfisial

Menurut Saldanha (2003) berdasarkan gambaran histopatologis KSB primer menunjukkan terbanyak ditemukan tipe nodular sebanyak 31 (66,6%), diikuti berturut-turut tipe pigmented sebanyak 13 (27%), tipe metatipikal sebanyak 2 (4,2%), tipe infiltrat sebanyak 1 (2,2%).

Penelitian pada populasi Asia, di Singapura dapat diuraikan sebagai berikut, berdasarkan gambaran klinis KSB menunjukkan terbanyak tipe nodular, dan pemeriksaan histopatologi menunjukkan gambaran tipe pigmented,<sup>21</sup> sedangkan di Taiwan ditemukan paling banyak KSB tipe solid/ nodular 332 (86,5%).<sup>4</sup> Di Mesir didapatkan tipe

nodular-ulseratif 15 lesi (68,3%), terdiri dari tipe solid 9 lesi (41,0%) dan tipe solid-pigmented 6 lesi (27,3%).<sup>15</sup> Di Qatar didapatkan terbanyak tipe nodular 39 lesi (59,1%), diikuti tipe infiltrat 14 lesi (21,2%), tipe superfisial 6 lesi (9,1%), tipe morfea 2 lesi (3%), fibroepitelial 1 lesi (1,5%).<sup>22</sup> Penelitian pada ras Kaukasian yaitu di Italia didapatkan terbanyak tipe nodular 46 (51,7%) diikuti tipe superfisial 24 (27%).<sup>18</sup> Penelitian ini sama dengan hasil penelitian di Inggris yaitu terbanyak tipe nodular diikuti tipe superfisial dan tidak ditemukan tipe pigmented.<sup>17</sup> Di Australia terbanyak adalah tipe nodular 3767 (48,1%), diikuti tipe superfisial 2052 (26,2%), dan tipe infiltrat 1114 (14,2%); meskipun insidensinya sangat kecil ditemukan tipe pigmented 131 (1,7%), mungkin berhubungan dengan subjek KSB yang menyerang pada orang Asia.<sup>11</sup> Penelitian Tan pada 24 KSB secara klinis didapatkan 22 pasien (91,7%) menunjukkan KSB pigmented, dan 2 pasien tipe non-pigmented. Secara histopatologis pada 24 pasien KSB menunjukkan kolonisasi melanosit dengan distribusi dan bentuk tipe melanosit yang berbeda-beda, yaitu distribusi fokal atau dibagian sentral tumor, sedangkan bentuk melanosit yang ditemukan terdiri atas tipe dendritik atau tipe bulat.<sup>21</sup> Hasil penelitian Chen (2006) menunjukkan bahwa dari 332 (86,5%) pasien KSB tipe nodular dan KSB tipe superfisial 30 (7,8%), terdapat tipe pigmented 69,4% pada KSB tipe nodular dan 34,5% pada KSB tipe superfisial.<sup>4</sup> Dengan demikian perlu penelitian lebih lanjut untuk melihat hubungan gambaran pigmented dengan tipe KSB agresif atau KSB non agresif.

Pada penelitian ini perlu dilakukan observasi lebih lanjut pada 2 pasien KSB tipe metatipikal. Menurut kepustakaan, tipe metatipikal digolongkan dalam KSB paling agresif, yaitu mempunyai karakteristik invasif ke sekitar lesi sampai bagian bawah kulit, resisten dengan terapi standar, mudah rekuren, dapat bermetastasis, dan menunjukkan prognosis buruk.<sup>24</sup> Pada penelitian ini masih terdapat hubungan secara signifikan antara gambaran klinis dengan gambaran histopatologis ( $p < 0,05$ ), sehingga pada pasien ini perlu observasi yang ketat untuk melihat perkembangan dan agresifitasnya menjadi KSB agresif

Pada penelitian ini dilakukan metaanalisis sub tipe KSB berdasarkan gambaran histopatologis, yaitu 4 penelitian pada orang Asia yaitu Singapura, Malaysia, Mesir, Palembang (Indonesia) dan 2 penelitian ras Kaukasian, yaitu Perancis dan Australia (tabel 6), menunjukkan hampir tidak ada perbedaan sub tipe KSB pada orang Asia dan orang Kaukasian. Kedua ras tersebut menunjukkan terbanyak tipe nodular; hanya pada orang Asia didapatkan pada setiap gambaran klinis KSB subtype nodular menunjukkan gambaran tipe pigmented baik secara klinis maupun histopatologi seperti dilaporkan Tan (2008) di Singapura,<sup>21</sup> Yap (2010) di Malaysia,<sup>2</sup> Mouhmod (2006) di Mesir,<sup>15</sup> Chen (2006) di Taiwan<sup>4</sup> dan penelitian ini Yahya (2010) Palembang, Indonesia. Sedangkan pada ras Kaukasian terbanyak tipe nodular, diikuti tipe superfisial, dan tipe

infiltratif, tanpa menunjukkan gambaran *pigmented*; hanya penelitian di Australia ditemukan gambaran *pigmented* dengan kisaran 1,7%.<sup>11,12</sup> Berdasarkan metaanalisis ini tampak perbedaan subtype KSB baik secara klinis maupun histopatologis pada orang Asia dan ras Kaukasian. Sampai saat ini belum ada standar diagnostik KSB berdasarkan klasifikasi kliniko-histopatologis, karena penelitian pada orang Asia menunjukkan gambaran klinis maupun gambaran histopatologis KSB menunjukkan tipe *pigmented* masih perlu penelitian lebih lanjut.

Berbagai penelitian pada ras Kaukasian menunjukkan adanya faktor risiko intrinsik yang berperan sebagai progenitor KSB, antara lain peningkatan ekspresi dan mutasi gen baik gen tumor supresor, protoonkogen, misalnya p53, *patches* (PTCH), *Smoothed* (SMO), *sonic hedgehog* (Shh), *Glioma-1* (Gli-1), serta protein antiapoptotik misalnya bcl-2.<sup>25</sup>

Belum diketahui faktor risiko intrinsik yang berperan sebagai progenitor KSB pada orang Asia. Perlu dibuat modifikasi klasifikasi KSB yang lebih spesifik berdasarkan Ras Asia untuk menjembatani perbedaan ini berdasarkan faktor biologik molekuler sebagai faktor intrinsik yang berperan pada perkembangan KSB, sehingga dapat dikembangkan klasifikasi KSB berdasarkan ras Asia sebagai dasar dalam menegakkan diagnosis

## KESIMPULAN

Ada peningkatan secara signifikan insidens KSB di Palembang sejak tahun 2000. Berdasarkan jenis kelamin tidak ada perbedaan laki-laki dan perempuan. Usia termuda laki-laki 35 tahun dan tertua 75 tahun; usia termuda perempuan 32 tahun dan tertua 88 tahun. Rerata usia laki-laki 57 tahun, perempuan 53 tahun, rerata keseluruhan 54,65 tahun. Ukuran lesi terbanyak T1 42 orang. Lokasi terbanyak di regio bukalis. Gambaran klinis tersering tipe nodular, diikuti tipe *pigmented* 16 orang. Berdasarkan metaanalisis gambaran histopatologis, terbanyak KSB tipe nodular pada orang Asia maupun ras Kaukasian, diikuti tipe *pigmented* pada orang Asia, dan tipe superfisial pada orang Kaukasian. Perlu penelitian lebih lanjut profil KSB pada orang Indonesia di berbagai pusat pendidikan dan peranan biologi molekuler sebagai faktor risiko intrinsik KSB dan perlu pengembangan klasifikasi KSB berdasarkan ras Asia.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Tilli CMIJ, Van Steensel MAM, Krekels GAM. Molecular aetiology and pathogenesis of basal cell carcinoma. *Br J Dermatol*. 2005; 152: 11087-1124.
2. Yap FBB. Clinical characteristics of basal cell carcinoma in a tertiary hospital in Sarawak, Malaysia. *Int J Dermatol*. 2010; 48: 176-9.
3. Goh BK, Ang P, Wu YJ. Characteristics of basal cell carcinoma amongs Asians in Singapura and comparison between completely and incomplete excised tumors. *Int J Dermatol*. 2006; 45: 561-4.
4. Chen CC, Chen CL. Clinical and histopathologic findings of superficial basal cell carcinoma: A comparison with other basal cell carcinoma subtypes. *J Chin Med Assoc*. 2006; 69(8): 364-71.
5. Toruan TL, Maisal D. Basalioma pada wajah di Bagian Penyakit Kulit dan Kelamin FK Unsri Dr M Hoesin Palembang 1995-1999. Kumpulan Makalah lengkap PIT V Perdoski, Semarang, 2000, 132-5.
6. Yahya YF, Toruan TL. *Insidens Non Melanoma Skin Cancer periode 2000-2004 di RSUP M Hoesin Palembang*. Kumpulan Makalah Lengkap KONAS XII Perdoski, Palembang, 2008.
7. Saldanha G, Fletcher A, Slater DN. Basal cell carcinoma: a dermatopathological and molecular biological update. *Br J Dermatol*. 2003; 148: 195-202.
8. Bogelund FS, Philipsen PA, Gniadecki R. Factors affecting the recurrence rate of basal cell carcinoma. *Acta Derm Venereol*. 2007; 87: 330-4.
9. Gloster HM, Neal K. Skin cancer in skin color. *J Am Acad Dermatol*. 2006; 55: 741-60.
10. Yap FBB. Clinical characteristics of basal cell carcinoma in a tertiary hospital in Sarawak, Malaysia. *Int J Dermatol*. 2010; 49: 175-9
11. Raasch BA, Buettner PG, Garbe C. Basal cell carcinoma histological classification and body-site distribution. *Br J Dermatol*. 2006; 155: 401-7
12. Scrivener Y, Grosshans E, Cribier B. Variations of basal cell carcinomas according to gender, age, location and histopathological subtype. *Br J Dermatol*. 2002; 147: 41-7
13. Tiftikcioglu YO, Karaaslan O, Aksoy HM. Basal cell carcinoma in Turkey. *J Dermatol*. 2006; 2: 91-5.
14. Bariani RL, Nahas FX, Barbosa MJB. Basal cell carcinoma: an updated epidemiological and therapeutically profile. Of an urban population. *Acta Cirúrgica Brasileira*. 2006; 21 (2): 66-73
15. Mahmoud SF, sanad EM, Ageena Hala A, Study of non-melanoma skin cancer in Benha District, Qalyubiyah Governorate, Egypt Egyptian. *Dermatology Online Journal*. 2006,2 (1): 12, 1-8
16. Batra RS, Kelley LC. Predictors of extensive subclinical spread in nonmelanoma skin cancer treated with Mohs Micrographic Surgery. *Arch Dermatol*. 2002; 138: 1043-51
17. Lovatte TJ, Lear JT, Bastrilles J. Associations between ultraviolet radiation, basal cell carcinoma site and histology, host characteristics, and rate of development of further tumors. *J Am Acad Dermatol*. 2005; 52: 468-73.
18. Betti R, Radaelli G, Mussino F. Anatomic location and histopathologic subtype of basal cell carcinoma in adults then 40 or 90 and older: any difference? *Am Dermatol Surg*. 2009; 35 :201-6
19. Richmond-Sinclair NM, Pandeya N, Ware RS. Incidence of basal cell carcinoma multiplicity and detailed anatomic distribution: Longitudinal study of an Australia population. *J Invest Dermatol*. 2009; 129: 323-8.
20. Heckmann M, Zogelmeler F, Konz B. Frequency of facial basal cell carcinoma does not correkate with site-specific UV exposure. *Arch Dermatol*. 2002; 138: 1494-7.
21. Tan WP, Tan WH, Ee HL. Melanization in basal cell carcinomas: Microscopic characterization of clinically pigmented and non-pigmented tumours. *Aust J Dermatol*. 2008; 49: 202-6.
22. Mahmoud SF, Azadeh B. Basal cell carcinoma in Qatar. *Int J Dermatol*. 1996, 35 (10), 704-6.
23. Hajheydari Z, Golpour M, Ghasemi M. A clinicalpathologic review of skin cancers in Sari. *Int J Epidemiol*. 2009; 1; 1- 6.
24. Walling HW, Fosko SW, Geraminejad PA. Aggressive basal cell carcinoma: Presentation, pathogenesis, and management. *Cancer and Metastasis Rev*. 2004; 23: 489-402.
25. Crowson AN. Basal cell carcinoma: biology, morphology and clinical implication. *Modern Pathology*. 2006; 19: S127-S47.