

PENUTUPAN DEFEK PASCA EKSISI MENGGUNAKAN *RHOMBOID FLAP* PADA KARSINOMA SEL BASAL

Dina Febriani, Ammarilis Murastami, Danu Yulianto, Wibisono Nugraha, Fatimah Fitriani, Bobby Febrianto, Achmad Satya Negara, Winda Wijayanti, Irene Ardiani

Bagian/SMF Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin, Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret / RSUD Dr. Moewardi Surakarta, Indonesia

Email: dr.dinafebriani18@gmail.com, ammarilis.spkk@staff.uns.ac.id,

danuyulianto@yahoo.com, wibi_nugraha88@yahoo.com,

fatimahfitrianiidv@gmail.com, bobbyf100289@gmail.com,

achmadsatya@gmail.com, winda_wijayanti@yahoo.com, ireneardiani@yahoo.com

Abstrak

Latar belakang: Karsinoma sel basal (KSB) adalah jenis kanker kulit yang berkembang dari sel-sel basal non keratin di epidermis. Eksisi bedah dengan pengangkatan lesi lengkap, dicapai baik dengan margin keamanan atau dengan kontrol mikrografik dianggap sebagai pengobatan yang paling efektif untuk KSB.

Flap kulit dilakukan bila penutupan primer tidak memungkinkan untuk menutup defek kulit akibat eksisi tumor *flap* transposisi banyak digunakan karena dapat menghasilkan tampilan kosmetik yang baik. Kombinasi terapi tersebut diharapkan memberikan angka kepuasan tinggi terhadap pasien dan komplikasi yang minimal.

Kasus: Seorang perempuan, usia 69 tahun, datang ke Poli Kulit dan Kelamin RS UNS Surakarta dengan keluhan muncul benjolan kering di dahi kiri sejak 8 bulan yang lalu. Benjolan dirasa semakin melebar dan terasa gatal serta didapatnya nyeri.

Ketika benjolan digaruk akan berdarah. Pada hasil pemeriksaan fisik pada regio temporal tampak plak hiperpigmentasi berbatas tegas dengan ukuran 1,5 x 3 cm. Dari hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik pasien didiagnosis dengan Karsinoma sel basal.

Diskusi: Manajemen terapi karsinoma sel besar didasarkan pada pedoman terapi untuk karsinoma sel basal subtipe histologi agresif. Eksisi adalah salah satu terapi pilihan untuk kasus ini. Tujuan manajemen terapi suatu tumor adalah mengangkat seluruh tumor dengan hasil kosmetik yang dapat diterima. Penutupan luka bedah yang luas dapat disertai dengan transposisi *flap*. Transposisi *flap* adalah salah satu dari desain random pattern *flap* yang kompleks. Teknik yang sering dilakukan adalah *Rhomboid flap*. *Rhomboid flap* merupakan tehnik *flap* yang sangat populer untuk dapat menutup banyak defek dengan penyembuhan yang efektif serta tampilan yang baik secara kosmetik. Pengamatan dan penilaian hasil tindakan kombinasi eksisi dan transposisi *flap* akan dilakukan berkala secara subjektif dan objektif pada bulan ke-3, 6 dan 12 paska operasi

Kata Kunci: Karsinoma Sel Basal, Eksisi, Transposisi *flap*, *Rhomboid Flap*

Abstract

Background: Basal cell carcinoma (BCC) is a type of skin cancer that develops from non-keratinized basal cells in the epidermis. Surgical excision with complete lesion therapy, accomplished either by margin or by micrographic control is considered the most effective treatment for BCC. Skin Flaps are performed when primary closure is not possible to cover skin defects due to tumor excision. The transposition Flap is widely used because it provides a good cosmetic appearance. The combination therapy is expected to provide a high rate of patient satisfaction and minimal

complications. Case: A woman, aged 69 years, came to the Dermatology and Venereology Clinic, RS UNS Surakarta with complaints of dry lumps appearing on the left forehead for 8 months ago. The lump feels wider and feels itchy and painful. When the lump is scratched it will bleed. On physical examination, the temporal region showed a well-defined hyperpigmented plaque with a size of 1 x 3 cm. From the history and physical examination, the patient was diagnosed with Basal Cell Carcinoma. Discussion: Therapeutic management of basal cell carcinoma based on therapeutic guidelines for aggressive histologic subtype of basal cell carcinoma. Excision is the treatment of choice in this case. The goal of therapeutic management of a tumor is to remove the tumor with acceptable cosmetic results. Closure of extensive surgical wounds may be accompanied by a transposition Flap. The transposition Flap is one of the complex random pattern Flap designs. The technique that is often used is the Rhomboid Flap. Rhomboid Flap is a very popular Flap technique to cover many defects with effective healing and good appearance and the results of the combined excision and objective Flap action will be carried out periodically and objectively on the 3rd, 6th, and 12th postoperatively.

Keyword: Basal cell carcinoma, Excision, Transposition Flap, Rhomboid Flap

Pendahuluan

Kulit adalah organ terluar tubuh manusia yang melindunginya dari lingkungan. Kulit, sebagai organ penting dan vital, mencerminkan kesehatan manusia dan sangat kompleks, elastis dan sensitif.¹ Karsinoma sel basal (KSB) adalah jenis kanker kulit yang berkembang dari sel-sel basal non keratin di epidermis.² Basalioma, epitel sel basal, ulkus Rodent, ulkus Jacob dan tumor *Komprecher* merupakan nama lain dari KSB.¹ Karsinoma sel basal dapat menyebabkan kerusakan jaringan lokal yang signifikan, yang mengakibatkan kerusakan dan infiltrasi ke dalam struktur vital di bawahnya jika tidak ditangani. Paparan sinar matahari berulang, terapi radiasi, riwayat keluarga KSB yang positif, immunosupresi dan kulit yang cerah (Fitzpatrick tipe kulit I atau II) merupakan faktor risiko terjadinya KSB.³ Karsinoma sel basal agresif secara lokal, dapat menyerang kulit dan struktur yang berdekatan.⁴

Karsinoma sel basal merupakan kanker kulit yang paling umum terjadi dengan urutan pertama di seluruh dunia. Pria umumnya memiliki tingkat KSB yang lebih tinggi daripada wanita. Karsinoma sel basal lebih sering terjadi di lokasi geografis dengan paparan UV yang lebih besar. Selama 30 tahun terakhir, tingkat insiden diperkirakan telah meningkat antara 20% dan 80%. Angka kejadian KSB juga meningkat seiring bertambahnya usia, dengan rentang usia diagnosis rata-rata 68 tahun.²

Pilihan terapi ditentukan oleh usia dan jenis kelamin pasien, serta lokasi, ukuran dan jenis lesi. Semua pasien dengan suspek KSB harus menjalani biopsi untuk memastikan diagnosis dan menentukan subtipe histologis. Tujuan utama tatalaksana KSB adalah untuk mengangkat tumor sepenuhnya untuk mencegah kekambuhan, memperbaiki gangguan fungsional yang disebabkan oleh tumor dan memberikan hasil kosmetik terbaik kepada pasien, terutama karena sebagian besar KSB berlokasi pada daerah wajah. Karsinoma sel basal biasanya diobati dengan pembedahan, tetapi beberapa jenis KSB dapat diobati secara medis atau dengan terapi radiasi. *Mohs micrographic surgery* (MMS), eksisi bedah standar, *elektrodesikasi dengan kuretase* (EDC), radiasi, terapi fotodinamik, bedah beku dan terapi topikal.^{5,6} *Food and Drug Administration* (FDA) telah menyetujui krim *topikal 5-fluorouracil* (5-FU) dan *Imiquimod* 5 persen untuk mengobati KSB superfisial. Kerugiannya adalah bahwa konfirmasi histologis dari pembersihan tumor tidak secara lengkap apabila hanya dengan terapi topikal.^{7,8}

Eksisi bedah dengan pengangkatan lesi lengkap, dicapai baik dengan margin keamanan atau dengan kontrol mikrografik dianggap sebagai pengobatan yang paling efektif untuk KSB.⁹ Pedoman *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) mengkategorikan KSB sebagai risiko rendah dan tinggi, berdasarkan subtype histologis, ukuran dan risiko kekambuhan. Untuk tumor risiko rendah yang terdefinisi dengan baik, NCCN merekomendasikan margin perifer 4 mm untuk mencapai tingkat eksisi lengkap 95% sedangkan, untuk lesi berisiko tinggi, disarankan margin perifer 4 hingga 6 mm.¹⁰ Pedoman *European Dermatology Forum* (EDF) tentang margin eksisi bedah KSB merekomendasikan margin perifer 3 hingga 4 mm untuk KSB risiko rendah, dan margin perifer 5 hingga 10 mm untuk KSB risiko tinggi.¹¹ Perawatan KSB yang memadai dianggap sebagai reseksi lengkap dengan margin yang jelas. Perluasan mikroskopis tumor dapat terjadi di luar batas klinis. Perawatan bedah pada KSB bertujuan untuk mengangkat tumor yang terlihat secara klinis dan perluasan mikroskopisnya ke dalam kulit yang tampak normal di sekitarnya. Eliminasi tumor beserta perluasan mikroskopisnya ke dalam kulit dicapai dengan eksisi tumor bersama dengan margin kulit normal secara klinis. Jaringan adiposa subdermal resisten terhadap penyebaran sehingga penting untuk melakukan eksisi KSB ke tingkat jaringan adiposa subdermal.⁹

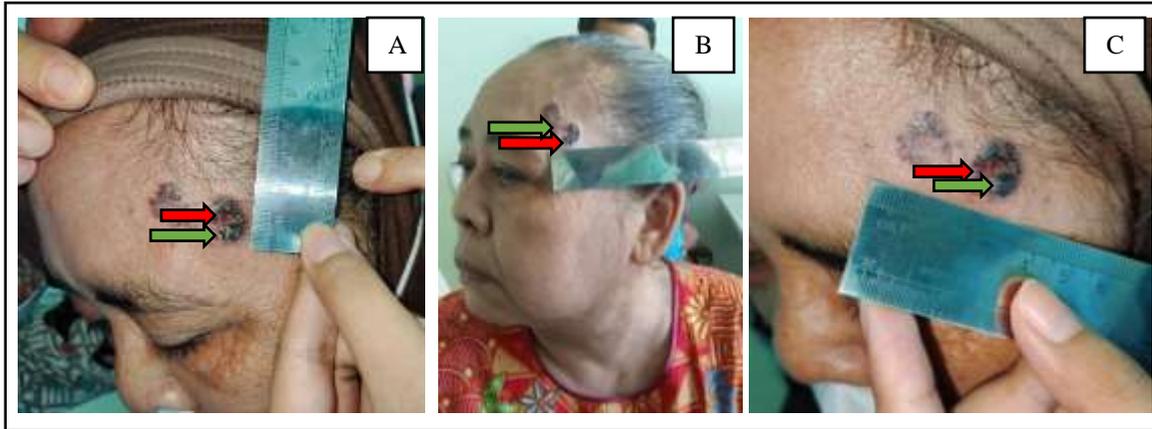
Flap kulit dilakukan bila penutupan primer tidak memungkinkan untuk menutup defek kulit akibat eksisi tumor.¹² Dari segi pergerakannya, *random pattern flap* dibagi menjadi empat jenis, termasuk *advance flap*, *transposisi flap*, *rotasi flap* dan *interpolasi flap*.¹³ *Transposisi flap*, juga disebut *lifting flap*, menggunakan jaringan donor yang telah diperiksa sebelumnya tidak memiliki perluasan mikroskopis yang diinsisi dan dipindahkan ke tempat pertukaran dengan jaringan utuh untuk menutup luka. *Flap* transposisi yang paling umum digunakan dalam bedah kulit termasuk *transposisi bilobed flap*, *belah ketupat* dan *nasolabial (melolabial)* serta *z-plasty*.¹⁴

Makalah ini melaporkan satu kasus penggunaan metode kombinasi *rhomboid flap* pada karsinoma sel basal diregio temporal sinistra. Tulisan penulisan makalah ini adalah untuk lebih memahami teknik *rhomboid flap* sebagai pilihan metode eksisi pada KSB

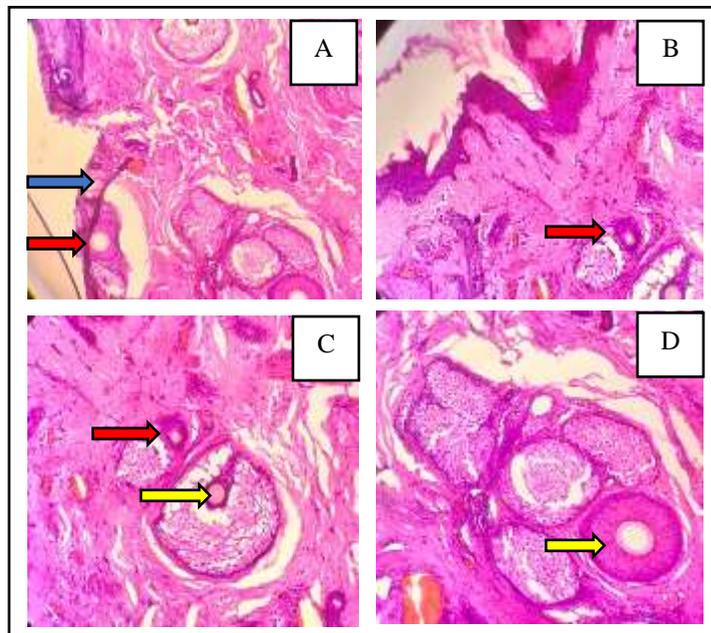
Kasus

Seorang perempuan, usia 69 tahun, datang ke Poli Kulit dan Kelamin Rumah Sakit Universitas Sebelas Maret Surakarta dengan keluhan muncul benjolan kering di dahi kiri sejak 8 bulan yang lalu. Benjolan dirasa semakin melebar dan terasa gatal serta didapatnya nyeri dan mudah berdarah. Pasien tidak memiliki riwayat hipertensi, diabetes melitus dan tidak ada keluhan serupa sebelumnya. Pada hasil pemeriksaan fisik pada regio temporal tampak plak hiperpigmentasi berbatas tegas dengan ukuran 1,5 x 3 cm (**Gambar 1**).

Berdasarkan anamnesa dan hasil pemeriksaan fisik, diagnosis banding pasien ini adalah karsinoma sel basal dan karsinoma sel squamosa. Pada pemeriksaan biopsi didapatkan jaringan kulit dengan gambaran tumor *epithelial* tersusun solid dan trabekuler yang sudah menginfiltrasi ke jaringan sekitar dengan tepi yang tersusun *polisading*. Pada pemeriksaan menggunakan mikroskop didapatkan gambaran sel polimorfik, sitoplasma eosinofilik, inti bulat, oval hiperkromatis dan didapatkan mitosis cukup menggambarkan adanya keganasan. Stroma desmoplastik dengan celah yang memisahkan stroma dengan tumor. Dari hasil pemeriksaan biopsi didapatkan kesimpulan karsinoma sel basal dengan tipe superfisial (**Gambar 2**). Pemeriksaan dermoskopi menunjukkan telangiektasis dengan *arborizing vessels* dari berbagai arah dengan pola yang tidak teratur, masa keratin, beberapa area keputihan, ulserasi disertai krusta coklat dan kehitaman serta skuama superfisial (**Gambar 3**).



Gambar 1. (A-C) Pada Regio temporal didapatkan massa tumor multiple masing-masing berukuran 1,5 x 3 cm disertai erosi (panah merah) dan krusta kehitaman (panah hijau).

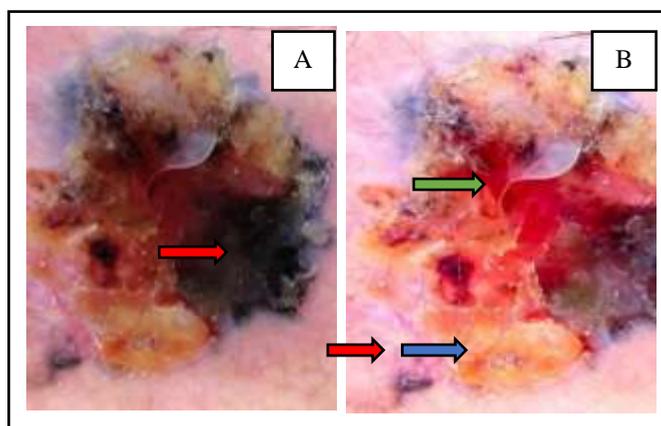


Gambar 2. Pemeriksaan Histopatologi dengan Pewarnaan HE (A-B). Pada pembesaran 10X epidermis menunjukkan gambaran papilomatosis, akantosis, hiperkeratosis ringan (panah biru) dengan kelenjar sebacea (panah merah) berada tepat dibawah epidermis (C). Pada pembesaran 40X massa keratin (panah kuning) dikelilingi sel-sel kecil hiperkromatik dan sel skuamosa dengan sel-sel besar berinti terang. (D). Pada pembesaran 100X tumor berupa sel-sel poligonal, hiperkromatik, nukleus prominen dengan tepi palisading (panah kuning).

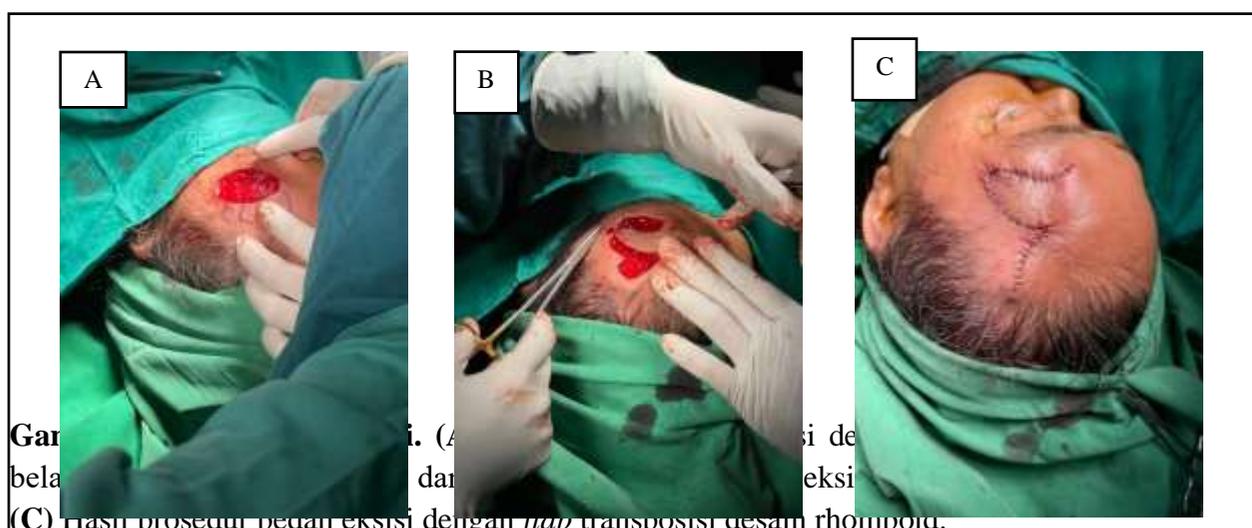
Pada pasien ini kembali dilakukan prosedur eksisi dan *transpositional flap* desain *Rhomboid Flap*, dengan langkah sebagai berikut (**Gambar 4**):

1. Dilakukan anestesi umum

2. Pembuatan marker pada lokasi operasi membentuk elips dengan panjang 2,5 cm dan lebar 4 cm.
3. Dilakukan prosedur aseptik antiseptic
4. Dilakukan eksisi pada lesi dilakukan sepanjang garis bangun elips
5. Pengambilan lesi dan pastikan lesi terangkat semua
6. *Undermining*
7. Insisi pada garis *Flap* sesuai dengan yang telah ditandai
8. *Undermining* menggunakan klem arteri pada dasar *flap* dilakukan setelah eksisi komplit. Jaringan dari area donor digerakkan untuk menutup defek setelah tegangan dan mobilitas jaringan dievaluasi.
9. Jaringan donor ditarik kearah resipien dan dilakukan penjahitan pada titik tengah sebagai jahitan kunci
10. Luka eksisi ditutup dengan jahitan interruptus menggunakan benang 5/0 polypropylene monofilament non-absorbable.



kehitaman (panah merah). (B) lesi tampak telangiektasis dan penjalaran vaskuler dengan pola tidak teratur (panah hijau) dan Tampak skuama superfisial (panah biru) dan tampak *arborizing vessels* (panah merah).



Gambar 1. (A) Garis elips dan (B) insisi dengan klem arteri. (C) Hasil prosedur bedah eksisi dengan *flap* transposisi desain rhomboid.

Evaluasi 7 hari setelah operasi tampak penutupan luka lengkap tanpa tanda infeksi dan tidak didapatkan skar hipertrofik (Gambar 1 Lampiran 1). Evaluasi 14 hari setelah

operasi tampak garis bekas jahitan tanpa komplikasi dengan hasil kosmetik yang dapat diterima pasien (**Gambar 2 Lampiran 1**). Pasien diberikan edukasi mengenai penyakitnya, meningkatkan kewaspadaan terhadap kemungkinan kambuh dan upaya menghindari faktor risiko. Pengawasan jangka panjang dilakukan dengan perencanaan observasi setiap 6 bulan.

Hasil dan Pembahasan

Karsinoma sel basal (KSB), sebelumnya dikenal sebagai epitel sel basal adalah kanker paling umum pada manusia. Karsinoma sel basal sebagian besar muncul pada kulit yang rusak akibat sinar matahari dan jarang berkembang pada selaput lendir atau telapak tangan dan telapak kaki. Karsinoma sel basal biasanya merupakan tumor yang tumbuh lambat yang jarang bermetastasis namun KSB dapat bermanifestasi merusak jaringan lokal ketika pengobatan tidak memadai atau tertunda Karsinoma sel basal terjadi pada kepala atau leher pada sebagian besar kasus, tetapi dapat melibatkan batang tubuh dan ekstremitas.¹⁵ Secara klinis, KSB biasanya muncul sebagai daging atau papula mutiara berwarna merah muda dan terjadi di kepala atau leher. Ulserasi atau pembuluh telangiectasis juga sering terlihat.¹⁶ Pada pasien dalam kasus ini didapatkan adanya jaringan lokal pada bagian dahi dimana merupakan lokasi yang paling sering terjadi KSB. Tumor tumbuh lambat dan tidak nyeri. Didapatkan adanya perdarahan ketika digaruk. Berdasarkan studi retrospektif oleh Demirseren (2014) di Turki menunjukkan bahwa lokasi tersering terjadinya KSB adalah di daerah kepala dan leher, terutama pada bagian yang sering terpapar oleh matahari.¹⁷

Klasifikasi morfologi KSB meliputi: nodular (dengan mikronodular), infiltratif (dengan morfoik), subtype superfisial dan campuran. Subtype nodular paling sering terjadi di kepala (terutama hidung dan dahi), leher dan punggung atas, sedangkan subtype mikronodular paling sering terjadi di sekitar mata. Morfeaform terlokalisasi terutama pada hidung, sudut mata, dahi dan pipi.¹⁸ Lesi KSB superfisial, biasanya multifokal, terlokalisasi pada batang tubuh. Dalam beberapa kasus KSB superfisial dapat muncul di kepala, di dalam bagian parietal kulit kepala. Lokasi paling umum untuk sel basal nodular adalah wajah, terutama hidung, pipi, dahi, lipatan nasolabial dan kelopak mata. Pasien sering memiliki riwayat krusta dan perdarahan berulang dari hasil anamnesis. Karsinoma sel basal nodular berpigmen lebih sering terjadi pada individu berkulit gelap. Karsinoma sel basal superfisial muncul sebagai merah muda-merah, bersisik, makula atau *patch* serta mungkin terdapat telangiectasis.¹⁹ Secara klinis, KSB superfisial dapat tampak mirip dengan penyakit kulit inflamasi seperti eksim atau psoriasis.^{1,20} Pada pasien dalam kasus ini lesi berbentuk nodular serta terdapat riwayat krusta dan perdarahan berulang. Hal ini sesuai dengan penelitian oleh Samarasinghe (2011) di Inggris yang menjelaskan bahwa pada KSB dapat terjadi perdarahan berulang serta apabila tidak ditatalaksana dapat menyebabkan kerusakan jaringan yang luas, kerusakan, infiltrasi tulang rawan, otot atau tulang bahkan dengan perluasan intrakranial.²¹

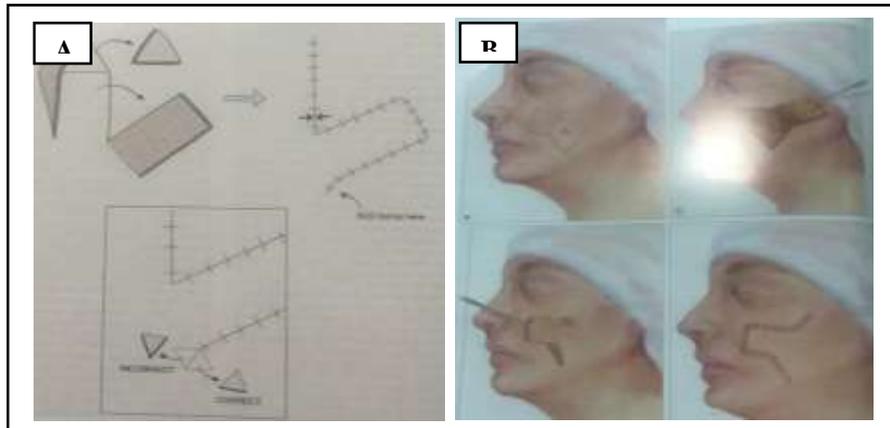
Pada kasus ini berdasarkan anamnesa dan hasil pemeriksaan fisik, diagnosis banding pasien ini adalah karsinoma sel basal dan karsinoma sel skuamosa. Dalam tinjauan literatur diagnosis banding untuk KSB termasuk tumor adneksa dengan folikel, kelenjar keringat atau diferensiasi sebacea dan jenis KSS (Karsinoma Sel Skuamosa) karena memiliki etiologi yang sama²², selain itu karsinoma sel basal nodular memiliki bentuk manifestasi yang mirip dengan trikoblastoma.²³ Dalam kasus ini, histopatologi membantu menegaskan diagnosis KSB.²² Karsinoma sel skuamosa memiliki lesi prekursor yang disebut aktinik keratosis, menunjukkan perkembangan tumor dan memiliki potensi untuk

bermetastasis dalam tubuh. Radiasi matahari ultraviolet (UV) adalah faktor risiko utama dalam pengembangan karsinoma sel skuamosa kulit dan paparan kumulatif yang diterima selama seumur hidup memainkan peran utama dalam perkembangan kanker ini. Diagnosis KSS didasarkan pada interpretasi tentang informasi klinis, termasuk penampilan dan morfologi, lokasi anatomi, dan riwayat yang dilaporkan pasien. Sementara presentasi klinis KSS in situ yang paling sering adalah *patch* bersisik eritematosa atau plak sedikit meningkat, yang hampir tidak terlihat oleh pasien, KSS invasif sering mengalami ulserasi dan dapat berupa *patchy*, papulonodular, papillomatous, atau *exophytic*. Meskipun histopatologi dan eksisi bedah tetap menjadi standar emas untuk diagnosis dan pengobatan KSS, teknik pencitraan diagnostik baru seperti dermoskopi dan mikroskop reflektansi confocal meningkatkan akurasi diagnostik neoplasma keratinisasi ini. Dermoskopi adalah teknik diagnostik noninvasif untuk penegakan diagnosis KSS. Eksisi bedah adalah modalitas pengobatan utama untuk karsinoma sel skuamosa kulit.^{24,25} Pemeriksaan histopatologis merupakan gold standard untuk memeriksa jaringan yang diduga terkena KSB guna mengonfirmasi diagnosis klinis dan dermoskopi KSB, akan tetapi pemeriksaan histopatologis tidak selalu dapat mendiagnosis secara tepat dan membedakan beberapa jenis KSB yang mirip secara morfologis dengan karsinoma jenis lain seperti ameloblastoma perifer atau karsinoma basoskuamosa.^{18,19,25} Dalam penelitian di Indonesia oleh Sukmawati (2016) menjelaskan uji imunohistokimia dengan BerEP4. Hal ini merupakan antibodi untuk EpCAM. Dalam penelitian tersebut BerEP4 memiliki sensitivitas dan spesifisitas yang tinggi serta telah terbukti mampu meningkatkan akurasi dalam mendeteksi sel-sel KSB.²⁶ Pada kasus ini dilakukan pemeriksaan biopsi untuk menegakkan diagnosis. Dari pemeriksaan biopsi didapatkan hasil tumor epitelial yang tersusun solid dan trabekuler infiltrat ke jaringan sekitar dengan bagian tepi tersusun polisading. Sel-sel polimorfik, sitoplasma eosinofilik, inti bulat, oval dan hiperkromatis. Didapatkan mitosis yang cukup, stroma desmoplastik dengan celah yang memisahkan stroma dengan tumor. Dari hasil pemeriksaan biopsi didapatkan kesimpulan Karsinoma sel basar jenis solid tipe superfisial. Hal ini sejalan dengan penelitian oleh Genders (2016) di Belanda menjelaskan bahwa biopsi merupakan salah satu gold standar untuk penegakan diagnosis karsinoma sel basal.²⁷

Karsinoma sel basal perlu dieksisi secara lengkap, karena lesi reskuren lebih agresif dan akan lebih sulit untuk diobati. Berdasarkan pedoman dari Belanda dan Eropa untuk margin eksisi 3mm untuk subtipe KSB non agresif (yaitu, nodular dan superfisial) dan margin 5 mm untuk KSB yang lebih besar atau KSB dengan subtipe histologis yang agresif (yaitu, infiltratif atau mikronodular).^{4,9,28} Hal ini mirip dengan, pedoman *National Comprehensive Cancer Network (NCCN)* dimana berdasarkan subtipe histologis, ukuran, dan risiko kekambuhan mengklasifikasikan KSB sebagai risiko rendah atau tinggi.²⁸ Pada pasien dikasus ini dilakukan eksisi dengan dibuat pada pola dua buah segitiga sama sisi membentuk bangun belah ketupat dengan sudut 60° dan 120°, hal ini berhubungan dengan prosedur penutupan luka bekas eksisi dengan transposisi *flap* dengan desain *Rhomboid* yang akan digunakan. Teknik ini sejalan dengan prosedur yang dilakukan oleh Arif (2019) di Indonesia yang melakukan prosedur eksisi kemudian diikuti transposisi *flap* dengan desain *Rhomboid* pada pasien dengan diagnosis KSB, didapatkan bahwa teknik ini menghasilkan kepuasan paska operasi yang baik.²⁹

Transposisi *flap*, juga dikenal sebagai *lifting flap*, digunakan untuk menutup luka dengan merekrut jaringan donor noncontiguous yang diinsisi dan digeser untuk menggantikan jaringan utuh. Transposisi *flap* yang paling umum digunakan dalam operasi kulit adalah *flap Rhomboid*.³⁰ *Flap Rhomboid* sangat berguna untuk memperbaiki defek

canthi medial dan lateral, pipi dan dua pertiga lateral atas hidung, tetapi juga memiliki kegunaan yang besar untuk defek dahi lateral, pelipis, daerah perioral, dagu inferior dan tangan punggung. *Flap* dirancang dari sumbu pendek defek. Keuntungan dari desain ini termasuk defek sekunder yang lebih kecil serta empat kemungkinan susunan *flap*, memungkinkan ahli bedah untuk memilih orientasi yang menghasilkan penutupan luka yang ideal dengan tegangan parut yang rendah. Susunan *flap* yang dipilih harus dirancang sedemikian rupa sehingga penutupan tempat donor (defek sekunder) disejajarkan untuk mengambil keuntungan dari area kelemahan maksimum dan menghindari struktur yang sensitif.³¹ Pada pasien ini dilakukan transposisi *flap* dengan desain *Rhomboid*. Teknik ini dipilih karena desain *Rhomboid flap* merupakan desain yang paling sering digunakan dalam penutupan bekas luka didaerah temporal. *Rhomboid* atau Limberg *flap* adalah salah satu desain *flap* yang sering digunakan untuk menutup defek pada kanker kulit. *Rhomboid flap* terutama digunakan pada daerah kantung medial, hidung atas, kelopak mata bawah, pelipis dan pipi perifer. Bedah eksisi dengan desain *Rhomboid flap* dipilih untuk kasus ini berdasarkan pertimbangan lokasi, defek yang akan terjadi dan skin laxity. *Rhomboid flap* merupakan salah satu desain transpositional *flap* yang dibuat berbentuk belah ketupat. Desain *flap rhomboid* adalah dengan dua sudut 120° dan dua sudut 60° yang akhirnya berbentuk seperti belah ketupat (**Gambar 5**). Semua sisinya sama, dan biasanya empat lipatan dapat diangkat dari satu belah ketupat. *Flap rhomboid* adalah lipatan kulit dan jaringan subkutan yang diputar di sekitar titik pivot, X, ke dalam defek yang berdekatan. Teknik elevasinya sederhana dimana *flap* mempertahankan pleksus vaskular subpapiler dan subdermal untuk memberikan hasil yang lebih baik jika dibandingkan dengan cangkok kulit dengan ukuran dan lokasi yang sama. *Flap rhomboid* berukuran lebih besar dapat mengandalkan suplai vaskular perforator. Penurunan ketegangan pada *flap* mengurangi kemungkinan nekrosis jaringan donor. *Flap* harus diposisikan ke arah tegangan minimal dan ekstensibilitas maksimum. Penempatan sayatan sejajar dengan garis relaksasi kulit (RSTL/ *Relaxed skin tension lines*) memungkinkan bekas luka yang dihasilkan berada di dalam lipatan kulit sepanjang garis ekstensibilitas maksimal dan menghasilkan bekas luka yang lebih minimum.³² Hasil *Rhomboid flap* dilaporkan lebih baik dibandingkan skin grafts dengan bentuk dan lokasi yang serupa dikarenakan pleksus vaskular sub-papillary dan subdermal tetap dipertahankan pada *flap* yang tidak didapatkan pada grafts. Kesederhanaan dan efikasi *flap* ini menjadikan *flap* ini unggul secara kosmetik dengan sedikit sekali komplikasi. Desain *Rhomboid flap* ini memiliki keunggulan seperti yang dijelaskan oleh Hon (2020) di Amerika bahwa keunggulan utama *Rhomboid flap* adalah dapat mengarahkan tegangan kulit hanya dari satu aksis ke arah defek.³³ Pada salah satu studi oleh Arif (2019) di Indonesia juga menunjukkan penggunaan *Rhomboid flap* sebagai salah satu pilihan terbaik untuk penutupan pasca eksisi pada karsinoma yang berada pada daerah temporal.²⁹



Gambar 5. (A) Transposisi *Flap* Desain *Rhomboid* seperti yang digunakan pada kasus ini (B) Tranposisi *Flap* Desain *Rectangle*.³⁰

Prognosis untuk pasien dengan KSB sangat baik, dengan tingkat kelangsungan hidup 100% untuk kasus yang belum menyebar ke tempat lain. Karsinoma sel basal yang tidak dilakukan tatalaksana, dapat mengakibatkan morbiditas yang signifikan dan kerusakan kosmetik tidak jarang terjadi. Biasanya, tumor sel basal membesar secara perlahan, tanpa henti dan cenderung merusak secara lokal. Tumor periorbital dapat menyerang orbit, menyebabkan kebutaan, jika diagnosis dan pengobatan tertunda. Karsinoma sel basal yang timbul di kantung medial cenderung dalam dan invasif dan lebih sulit untuk ditangani, sehingga KSB jenis ini dapat menyebabkan ekstensi perineural dan hilangnya fungsi saraf. Karsinoma Sel Basal adalah neoplasma ganas, jarang bermetastasis. Insiden KSB metastasis diperkirakan kurang dari 0,1%. Tempat metastasis yang paling umum adalah kelenjar getah bening, paru-paru dan tulang. Meskipun pengobatan bersifat kuratif pada lebih dari 95% kasus, KSB dapat kambuh, terutama pada tahun pertama atau berkembang di tempat baru, oleh karena itu pemeriksaan kulit secara teratur dianjurkan.³⁴

Kesimpulan

Seorang perempuan 69 tahun, dengan keluhan benjolan kering di dahi kiri. Pada pasien kami lakukan prosedur eksisi dan transposisi *flap* dengan desain *Rhomboid*. Penatalaksanaan tumor ganas harus mempertimbangkan faktor pengangkatan seluruh tumor tetapi menghasilkan nilai kosmetik yang dapat diterima. *Rhomboid flap* merupakan tehnik *flap* yang sangat populer untuk dapat menutup banyak defek dengan penyembuhan yang efektif serta tampilan yang baik secara kosmetik. Pengamatan dan penilaian hasil tindakan kombinasi eksisi dan transposisi *flap* akan dilakukan berkala secara subjektif dan objektif pada bulan ke-3, 6 dan 12 paska operasi.

BIBLIOGRAFI

1. Tan, S. T., Ghaznawie, M. & Reginata, G. Deteksi Dini Karsinoma Sel Basal. *Indones. J. Cancer*. 2016: 10(2): 61-7.
2. Cameron, M. C. *et al.* Basal cell carcinoma: Epidemiology; pathophysiology; clinical and histological subtypes; and disease associations. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2019: 80(2): 303–17.
3. Davis, K. E. Skin Cancer: Back to Basics: Basal Cell Carcinoma. *J. Dermatol. Nurses. Assoc.* 2020: 12 (1): 78–84.
4. Baheti, A. D. *et al.* Basal cell carcinoma: a comprehensive review for the radiologist. *AJR. Am. J. Roentgenol.* 2015: 204(2): 132–40.
5. Drucker, A. M. *et al.* Treatments of primary basal cell carcinoma of the skin: A systematic review and network meta-analysis. *Ann. Intern. Med.* 2018: 169(7): 456–66.
6. Nestor, M. C. for C. & C. R. & Berman, B. C. for clinical & cosmetic reserach. Guidelines on the use of SRT for treating NMSC and keloids. *Jcad* . 2019: 12(8): 12–8.
7. Cosgarea, R., Susan, M., Crisan, M. & Senila, S. Photodynamic therapy using topical 5-aminolaevulinic acid vs. surgery for basal cell carcinoma. *J. Eur. Acad. Dermatology Venereol.* 2013: 27(8): 980–4
8. Roozeboom, M. H. *et al.* Photodynamic therapy vs. topical imiquimod for treatment of superficial basal cell carcinoma: A subgroup analysis within a noninferiority randomized controlled trial. *Br. J. Dermatol.* 2015: 172(3): 739–45.
9. Quazi, S. J., Aslam, N., Saleem, H., Rahman, J. & Khan, S. Surgical Margin of Excision in Basal Cell Carcinoma: A Systematic Review of Literature. *Cureus*. 2020: 12(7): 211-8.
10. Christopher K. Bichakjian, MD; Thomas Olencki, D. *et al.* Basal Cell Skin Cancer , Clinical Practice Guidelines in Oncology. *Clin. Pract. Guidel. Oncol.* 2016: 14(5): 574–97.
11. Trakatelli, M. *et al.* Update of the European guidelines for basal cell carcinoma management: Developed by the guideline subcommittee of the European Dermatology Forum. *Eur. J. Dermatology.* 2014: 24 (3): 312–29.
12. Djawad, K., Wahab, S. & Nurdin, A. Successful basal cell carcinoma defect reconstruction using combination of rotation and advancement flap: Two case reports. *Dermatol Reports.* 2021: 13(2): 75–7.
13. Patel, K. G. & Sykes, J. M. Concepts in local flap design and classification. *Oper. Tech. Otolaryngol. - Head Neck Surg.* 2011: 22(1): 13–23.
14. Deng, M. *et al.* Expertise in Head and Neck Cutaneous Reconstructive Surgery. *Dermatologic Surg.* 2019: 45(6), 782–90.
15. Dai, J. *et al.* Identification of critically carcinogenesis-related genes in basal cell carcinoma. *Onco. Targets. Ther.* 2018: 11(1), 6957–67.
16. Rosner, M. Basal Cell Carcinoma. *Clin. Ophthalmic Oncol.* **9**, 76–80 (2016).
17. Demirseren, D. D., Ceran, C., Aksam, B., Demirseren, M. E. & Metin, A. Basal Cell Carcinoma of the Head and Neck Region: A Retrospective Analysis of Completely Excised 331 Cases. *J. Skin Cancer.* 2014: 1(1):1–6.
18. Mackiewicz-Wysocka, M., Bowszyc-Dmochowska, M., Strzelecka-Weklar, D., Dańczak-Pazdrowska, A. & Adamski, Z. Basal cell carcinoma - Diagnosis. *Wspolczesna Onkol.* 2013: 17(14): 337–42.
19. Firnhaber, J. M. Diagnosis and treatment of basal cell and squamous cell carcinoma. *Am. Fam. Physician.* 2012: 86(2): 161–8.
20. Weber, P., Tschandl, P., Sinz, C. & Kittler, H. Dermatoscopy of Neoplastic Skin Lesions: Recent Advances, Updates, and Revisions. *Curr. Treat. Options Oncol.* 2018: 19(11): 1-7.
21. Samarasinghe, V., Madan, V. & Lear, J. T. Focus on Basal Cell Carcinoma. *J. Skin Cancer.* 2011: 20(11): 1–5.

22. Dourmishev, L., Rusinova, D. & Botev, I. Clinical variants, stages, and management of basal cell carcinoma. *Indian Dermatol. Online J.* 2013; 4(1): 12-7.
23. Patel, P., Nawrocki, S., Hinthner, K. & Khachemoune, A. Trichoblastomas Mimicking Basal Cell Carcinoma: The Importance of Identification and Differentiation. *Cureus.* 2020 12(5): 1–22.
24. Combalia, A. & Carrera, C. Dermatology Practical & Conceptual Squamous Cell Carcinoma : An Update on Diagnosis and Treatment. 2020: 10(3): 1–9.
25. Li, G. High-Definition Optical Coherence Tomography in the Diagnosis of Basal Cell Carcinoma Evaluated by an Experienced Versus Inexperienced Investigator. *J. Clin. Exp. Dermatol. Res.* 2014: 5(4): 1-4.
26. Tansil, S., Dan, T. A. N. & Paulo, A. Penggunaan Uji Imunohistokimia BerEP4. 2016: 10(3): 79–85.
27. Genders, R. E., Kuizinga, M. C., Teune, T. M., Van Der Kruijk, M. & Van Rengen, A. Does biopsy accurately assess basal cell carcinoma (BCC) subtype? *J. Am. Acad. Dermatol.* 2016: 74(1): 758–60.
28. Clinical, N., Guidelines, P. & Guidelines, N. NCCN Guidelines Version 1.2018 Panel Members Basal Cell Skin Cancer. *Natl. Compr. Cancer Netw.* (2018).
29. Widiatmoko, A. dkk. Eksisi dengan Rhomboid Flap pada Karsinoma Basoskuamosa di Area Temporal: Laporan Kasus Excision with Rhomboid Flap on Temporal Basosquamous Carcinoma : A Case Report. *Period. Dermatology Venereol.* (2019).
30. Shan R. Baker, MD, F. Baker : *Local Flaps in Facial Reconstruction.* (2007).
31. Sakamoto, Y., Nakajima, H. & Kishi, K. The rhombic bilobed flap, a simple, geometrically designed flap. *J. Cutan. Aesthet. Surg.* 2014: 7(3), 160-161.
32. Kang, A. S. & Kang, K. S. Rhomboid flap: Indications, applications, techniques and results. A comprehensive review. *Ann. Med. Surg.* 2021: 68(7): 1-6.
33. Hon, H. H. & Chandra, S. R. Rhomboid Flap. *Atlas Oral Maxillofac. Surg. Clin. North Am.* 2020: 28(1): 17–22.
34. Brocke, R. C. C. Basal cell carcinoma. *Clin. Med. J. R. Coll. Physicians London.* 2021: 5(18): 551–4.

Copyright holder:

Dina Febriani, Danu Yulianto, Wibisono Nugraha, Fatimah Fitriani, Bobby Febrianto, Achmad Satya Negara, Winda Wijayanti, Irene Ardiani, Ammarilis Murastami
(2022)

First publication right:

Syntax Literate: Jurnal Ilmiah Indonesia

This article is licensed under:

