

Kombinasi Paramedian *Forehead Flap* dan *Hinge Flap* pada Basalioma Nasal dengan Defek Kompleks

Angelia Agustina,¹ Sweety Pribadi²

¹Fakultas Kedokteran Universitas Pelita Harapan, ²KSM Bedah Plastik, Rekonstruksi dan Estetik RS dr. Sitanala, Tangerang, Indonesia

ABSTRAK

Basalioma merupakan kanker kulit non-melanoma yang paling sering ditemukan. Basalioma umumnya tumbuh lambat, menyebabkan destruksi lokal, jarang bermetastasis. Penyakit ini berkembang pada area terpapar sinar UV, umumnya di hidung. Tulisan ini melaporkan kasus seorang pria 48 tahun dengan basalioma di daerah nasal. Dilakukan eksisi luas dan rekonstruksi *paramedian forehead flap*, dikombinasi dengan *hinge flap* dan *cartilage graft*. Hasil pemeriksaan patologi anatomi menunjukkan basalioma berpigmen, dengan ulserasi fokal keratotik, batas irisan bebas. Manajemen yang tepat dapat meningkatkan kualitas hidup baik secara estetik maupun mencegah kekambuhan.

Kata kunci: Basalioma, eksisi luas, rekonstruksi

ABSTRACT

Basalioma is the most common non-melanoma skin cancer. Basalioma is generally a slow growing tumor, locally destructive and rarely metastasizes. This tumor developed mostly in areas exposed to UV, nose is the most common location. This paper reports a 48-year-old male with basalioma in the nasal area. Extensive excision was carried out followed by reconstruction with paramedian forehead flap combined with hinge flaps and auricular cartilage graft. Pathological examination shows pigmented basalioma with focal keratotic ulceration, edge of incision was free from tumor. Appropriate management is needed to improve aesthetically and to prevent recurrence. **Angelia Agustina, Sweety Pribadi. Combination of Paramedian Forehead Flap and Hinge Flap for Management of Nasal Basalioma with Complex Defects**

Keywords: Basalioma, reconstruction, wide excision

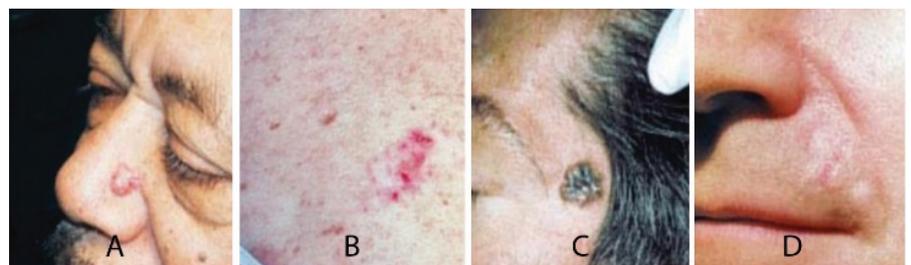
PENDAHULUAN

Kanker kulit menempati urutan ke-4 dari 10 jenis kanker terbanyak di Indonesia.¹ Basalioma merupakan tipe kanker kulit non-melanoma yang paling sering; di Jerman ditemukan sebanyak 115.000 kasus baru per tahun dan di Amerika Serikat 1.000.000 kasus per tahun.^{2,3} Basalioma lebih sering terjadi pada laki-laki dan meningkat seiring bertambahnya usia. Sebanyak 80% basalioma ditemukan di area wajah dan leher, paling sering di daerah nasal (25-30%).² Paparan sinar UV kronis merupakan faktor risiko utama; faktor-faktor lain di antaranya adalah tipe kulit 1 dan 2 menurut *Fitzpatrick*, paparan radiasi, paparan arsenik, riwayat radioterapi, riwayat kanker kulit dalam keluarga, kecenderungan *freckles* pada masa kanak-kanak.^{1,3-5} Basalioma sangat jarang bermetastasis; insidens metastasis hanya 0,01-0,1%, secara limfogen ataupun hematogen.^{1,3,6}

Beberapa tipe basalioma di antaranya noduler, superfisial, berpigmen, dan *morpheiform*. Basalioma yang tidak ditangani dapat menyebabkan destruksi lokal dan bersifat invasif membentuk lesi sentral dengan nekrosis, yang merupakan dasar terjadinya ulkus *rodent/Jacob's ulcer*.³

Pada umumnya penanganan basalioma

dengan terapi lokal, pembedahan, atau non-bedah. Manajemen basalioma berdasarkan lokasi, usia pasien, komorbiditas, serta tipe tumor. Penanganan primer yang tepat diperlukan untuk mencegah kekambuhan dan kerusakan lebih lanjut. Baku emas penanganan basalioma adalah mengangkat seluruh massa tumor dan memastikan batas sayatan bebas tumor.^{3,8}



Gambar 1. (A) Basalioma noduler, (B) Basalioma superfisial, (C) Basalioma berpigmen, (D) Basalioma *morpheiform*.¹

Ditampilkan dalam bentuk e-poster pada PIT IKABI 23 di Pekanbaru, 19-21 September 2019

Alamat Korespondensi email: angelia.agustina02@gmail.com



KASUS

Seorang pria, 48 tahun, suku Betawi, datang ke poliklinik bedah plastik, rekonstruksi dan estetik RS dr. Sitanala dengan keluhan benjolan di hidung. Awalnya benjolan hanya sebesar biji kacang, warna kecoklatan. Benjolan membesar dan terdapat luka yang tak kunjung sembuh di bagian tengah benjolan, mudah berdarah, dan berbau sejak kurang lebih 2 tahun. Lubang hidung sebelah kiri terdesak oleh massa sehingga pasien sulit bernapas.

Pasien seorang tukang becak; jarang menggunakan topi saat bekerja dan tidak pernah menggunakan tabir surya. Riwayat keganasan dalam keluarga disangkal.

Pada pemeriksaan fisik keadaan umum dalam batas normal. Pada regio nasal terdapat nodul 5x4x2 cm dengan ulserasi sentral, tepi meninggi dan menggulung disertai hiperpigmentasi yang melibatkan dorsum nasi, ala nasi, kolumela, dan puncak hidung. Perabaan agak keras, terfiksasi ke kulit, ulkus mudah berdarah, dan terasa nyeri. Tidak ditemukan pembesaran kelenjar limfe regional.



Gambar 2. Massa tumor sebelum eksisi luas dan *paramedian forehead flap*.

Operasi dengan anestesi umum, dilakukan tindakan eksisi luas dengan jarak 5 mm dari tepi massa dan pemeriksaan patologi anatomi. *Hinge flap* dibuat dari lateral nasal bilateral untuk menutupi mukosa hidung. Dilakukan pencangkakan tulang rawan dari *concha auriculae dextra* dan *sinistra* untuk merestorasi tulang rawan yang mengalami destruksi akibat massa tumor. *Paramedian forehead flap* dari sisi kanan untuk rekonstruksi kulit nasal. Untuk menutupi defek area dahi, diambil *full thickness skin graft* (FTSG) dari inguinalis sinistra. Pasca-rekonstruksi, *nasal retainer* dipasang untuk

menjaga patensi lubang hidung. Pemeriksaan patologi anatomi massa tumor hasilnya sesuai dengan basalioma berpigmen, ulserasi fokal keratotik, batas irisan bebas tumor.

Pada minggu pertama dan minggu kedua pasca-operasi, pasien datang ke poliklinik bedah plastik, rekonstruksi dan estetik RS dr. Sitanala dengan keadaan umum baik, *flap* vital, dan FTSG *take* 90%.



Gambar 3. Kondisi pasien 1 minggu pasca-eksisi luas dan rekonstruksi *paramedian forehead flap*, *hinge flap*, dan FTSG.

Operasi pemotongan *flap* direncanakan pada minggu ketiga. Satu minggu setelah pemotongan *flap*, keadaan *flap* vital. Pasien merasa lebih percaya diri, puas dengan hasil rekonstruksi, serta tidak mengeluh kesulitan bernapas.



Gambar 4. Kondisi *paramedian forehead flap* satu minggu pasca-pemotongan *flap*.

DISKUSI

Basalioma noduler merupakan subtipe yang paling sering, sebanyak 45-60%. Gambaran klinisnya nodul atau papul translusen, telangiectasis dengan tepi menggulung. Basalioma berpigmen memiliki gambaran klinis menyerupai basalioma tipe noduler disertai hiperpigmentasi coklat atau kehitaman.^{1,3,7}

Basalioma subtipe superfisial lebih sering ditemukan di badan, kepala, dan leher. Basalioma subtipe ini tampak sebagai lesi seperti psoriasis, kering, dan berskuama, dengan permukaan datar sehingga jarang terjadi ulserasi. Lesi ini berkembang sangat lambat dan sering salah didiagnosis sebagai psoriasis atau eksim.^{1,7}

Morpheaform merupakan subtipe basalioma yang jarang (2-6%). Subtipe ini tumbuh agresif, tampak seperti plak putih atau kuning, mengkilat, tidak berbatas tegas, biasanya tanpa ulserasi ataupun tepi menggulung. Basalioma subtipe ini sering salah didiagnosis sebagai jaringan parut atau skleroderma.^{1,7}

Pada pasien ini ditemukan nodul dengan ulserasi sentral, tepi meninggi, menggulung, serta hiperpigmentasi. Hasil pemeriksaan patologi anatomi mendukung diagnosis basalioma berpigmen. Basalioma tipe ini lebih sering dijumpai pada orang Asia, Amerika Latin, dan Hispanik.⁷

Basalioma yang tidak ditangani dapat membentuk lesi bagian sentral dengan nekrosis, yang merupakan dasar terjadinya ulkus *rodent*.³ Pada pasien ini ditemukan ulkus *rodent* karena tidak mendapatkan penanganan tepat selama kurang lebih 2 tahun. Basalioma juga menyebabkan destruksi lokal. Pada pasien ini telah terjadi kerusakan *nasal cartilage*.

Pasien seorang tukang becak, yang jarang menggunakan topi dan tabir surya saat bekerja. Paparan sinar UV merupakan salah satu faktor risiko utama basalioma.

Penentuan stadium berdasarkan klasifikasi *American Joint Committee on Cancer* (AJCC), pasien berada pada stadium II T₂ N₀ M₀, dengan massa tumor 2-5 cm, tidak ditemukan pembesaran kelenjar limfe regional ataupun metastasis jauh.^{9,10}

Prinsip terapi basalioma adalah memastikan jaringan sekitar bebas tumor untuk mencegah kambuh. Basalioma di regio nasal angka kekambuhannya 2,5 kali lebih tinggi, sehingga diperlukan pengelolaan yang tepat untuk mencegah kekambuhan serta mempertahankan estetika wajah agar meningkatkan kualitas hidup pasien.^{2-3,7} Pada umumnya penanganan basalioma dilakukan



dengan terapi lokal, baik pembedahan maupun non-pembedahan. Terapi pembedahan di antaranya dengan cara *Mohs micrographic surgery* (MMS), eksisi luas, *cryosurgery*, kuretase, dan elektrodesikasi. Terapi pembedahan lebih dipilih karena dapat digunakan sebagai modalitas diagnostik serta terapeutik.^{1,3} Terapi non-bedah seperti radioterapi, terapi topikal, injeksi imunomodulator, serta fotodinamik digunakan apabila pasien tidak dapat menjalani pembedahan atau lokasi tumor sulit dijangkau. Saat ini sedang dikembangkan *targeting therapy* menggunakan molekul *hedgehog pathway inhibitor* (HPI). Jalur signal Hh berperan penting dalam patogenesis basalioma.^{1,3,6}

Terapi pembedahan teknik MMS dapat mengangkat 100% tumor karena dilakukan pemeriksaan potong beku saat operasi untuk memastikan batas eksisi bebas tumor. MMS merupakan terapi pilihan utama untuk basalioma primer dengan lokasi anatomis risiko tinggi seperti *nasofacial junction*, dan retroaurikular. Teknik MMS lebih dipilih untuk mengatasi basalioma yang kambuh. Persentase kekambuhan dalam 5 tahun mencapai 6,5%.^{1,3,8} Pada analisis retrospektif 1.131 kasus basalioma wajah yang menggunakan teknik pembedahan MMS ditemukan penyebaran subklinis luas pada basalioma yang berlokasi di ala nasi, *nasal bridge*, puncak hidung, *ear helix*, dan infraorbital.⁸ Penentuan batas eksisi yang tepat diperlukan untuk memastikan batas sayatan bebas tumor, terutama pada area penyebaran subklinis yang luas. Eksisi dengan batas 4 mm dapat digunakan pada basalioma primer dengan diameter <2 cm. Basalioma yang memiliki risiko kekambuhan tinggi, seperti pada regio nasal, eksisi dilakukan 5 mm dari massa tumor. Jika batas sayatan dinyatakan tidak bebas tumor, perlu dilakukan re-eksisi karena bila rekuren, tumor bersifat lebih agresif dan menyebabkan destruksi yang lebih lanjut. Persentase kekambuhan dalam 5 tahun mencapai 10% jika eksisi luas dilakukan dengan batas eksisi adekuat.^{8,10-12}

Cryosurgery merupakan modalitas pembedahan bersifat destruktif menggunakan cairan nitrogen. Terapi ini memiliki angka kekambuhan 4-17% dalam 5 tahun.³ Metode ini sangat tergantung keahlian operator; dapat menimbulkan jaringan parut hipertrofik, serta perubahan

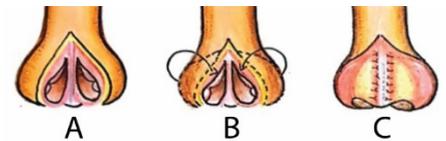
pigmentasi pasca-inflamasi, sehingga tidak disarankan untuk basalioma di daerah wajah. Terapi ini juga tidak direkomendasikan untuk tumor berukuran besar dan rekuren.^{3,8,9}

Kuretase dan elektrodesikasi tidak dapat digunakan pada basalioma yang rekuren. Metode ini tergantung pada keahlian operator. Dari 69 kasus bekas luka pasca-tindakan kuretase ditemukan residu sebesar 47% pada basalioma di daerah wajah dan leher, dan 8,3% pada daerah badan dan ekstremitas.⁸ Mengingat persentase residual yang cukup tinggi, terapi ini tidak direkomendasikan sebagai terapi lini pertama basalioma primer yang luas, rekuren, serta basalioma subtipa *morphea*.^{8,9}

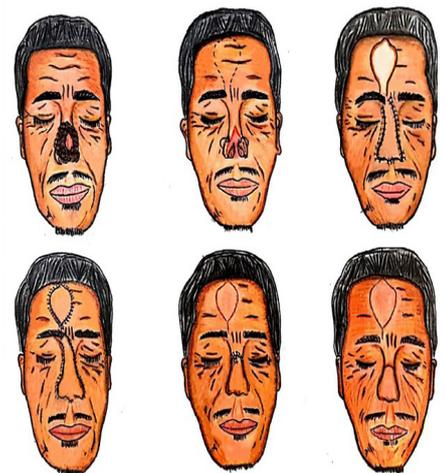
Pada kasus ini dilakukan eksisi luas dengan jarak 5 mm dari tepi massa karena MMS belum tersedia di RS dr. Sitanala dengan harapan batas sayatan bebas tumor. Tindakan eksisi luas menimbulkan defek *full thickness*, ekstensif, dalam, dan melibatkan tulang rawan serta mukosa pada distal nasal. Rekonstruksi hidung perlu memperhatikan sembilan subunit estetik berdasarkan kontur anatomi normal.¹³ Pada defek yang melibatkan $\geq 50\%$ subunit, sisa subunit perlu dieksisi dan kemudian dilakukan rekonstruksi. Pada defek nasal dalam, rekonstruksi dilakukan pada ketiga lapisan yakni memperbaiki lapisan mukosa, pencangkakan tulang rawan, dan restorasi jaringan lunak.¹⁴ Kombinasi *paramedian forehead flap* (PFF) dan *hinge flap* merupakan pilihan tepat untuk rekonstruksi defek nasal luas seperti pada kasus ini.¹⁴ Pertama *hinge flap* dibuat dari lateral nasal bilateral untuk merekonstruksi mukosa hidung. Kemudian dilakukan pencangkakan tulang rawan yang diambil dari *concha auriculae* dekstra dan sinistra untuk mengembalikan bentuk hidung.^{2,13-15}

Paramedian forehead flap (PFF) didesain berdasarkan letak arteri *supratrochlearis*. Pola defek nasal dibentuk menggunakan kertas steril dan digambar pada dahi sisi kanan. Lebar pangkal pedikel di desain 1-1,5 cm. Dilakukan insisi sesuai pola *flap* dan pemasangan *flap* pada defek dan kemudian dijahit dua lapis. PFF dipilih sebagai metode rekonstruksi pada pasien ini karena dapat mengembalikan kontur, tekstur, serta proyeksi ujung hidung dan ala nasi.^{2,13-15} Defek dahi ditutup menggunakan *full thickness skin graft* (FTSG)

yang diambil dari kulit pada regio inguinalis dekstra.



Gambar 5. A) Defek *full-thickness* pada bilateral ala nasi; B) *Hinge flap* diambil dari lateral nasal bilateral; C) *inserting flap* dan dijahit
by: Angelia Agustina



Gambar 6. Ilustrasi rekonstruksi defek nasal menggunakan *paramedian forehead flap* dikombinasi dengan *hinge flap*
by: Angelia Agustina

Basalioma di bagian sentral wajah, telinga, dengan lesi berukuran >2 cm meningkatkan risiko rekurensi.¹ *Follow-up* untuk menilai kemungkinan kambuh atau terbentuk lesi primer di lokasi baru. Jika kambuh, disarankan pembedahan dengan metode MMS untuk memastikan sayatan bebas tumor. Pasien yang mengalami kekambuhan, memiliki risiko relatif tinggi untuk kambuh lagi di kemudian hari.⁴

SIMPULAN

Basalioma merupakan kanker kulit non-melanoma yang sering terjadi terutama di daerah hidung. Faktor risiko utamanya adalah paparan sinar UV terus-menerus. Penanganan sedini mungkin dapat memperbaiki prognosis. Basalioma yang tidak segera memperoleh terapi dapat menyebabkan destruksi lokal.

MMS merupakan teknik pembedahan yang paling baik, namun karena fasilitas tersebut belum tersedia maka dipilih terapi



pembedahan eksisi luas. Harus dipastikan batas sayatan bebas tumor untuk mencegah kekambuhan.

Defek *full thickness*, ekstensif, dan dalam hingga melibatkan tulang rawan serta mukosa pada regio nasal perlu direkonstruksi ketiga lapisan, yaitu memperbaiki mukosa, pencangkakan tulang rawan, serta restorasi jaringan

kulit. Operasi rekonstruksi dapat dengan metode kombinasi PFF dan *hinge flap*, serta pencangkakan tulang rawan. Teknik *hinge flap* digunakan untuk memperbaiki lapisan mukosa, sedangkan tulang rawan diambil dari *concha auricular* untuk mengembalikan bentuk hidung, kemudian dilakukan restorasi jaringan lunak menggunakan teknik PFF. Hasil rekonstruksi defek *full thickness* pada nasal

dengan metode ini cukup memuaskan secara fungsional dan estetika.

Mengingat angka kekambuhan tinggi, pasien ini dipantau berkesinambungan. Pasien disarankan menggunakan proteksi kulit dari pajanan sinar matahari untuk mencegah kekambuhan atau lesi baru di bagian tubuh lain, serta mencegah risiko melanoma.

DAFTAR PUSTAKA

1. Loho LL, Durry MF. Basalioma. JBM. 2013;5:21-6
2. Wollina U, Bennewitz A, Langner D. Basal cell carcinoma of the outer nose: Overview on surgical techniques and analysis of 312 patients. J Cutan Aesthet Surg. 2014;7(3): 143-50.
3. Carucci JA, Leffell DJ, Pettersen JS. Ch. 115. Basal cell carcinoma. In: Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ, Wolff K, eds. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 8th ed. New York: Mc Graw Hill; 2012. p. 1294-303
4. Telfer NR, Colver GB, Mortont CA. Guidelines for the management of basal cell carcinoma. Br J Dermatol. 2008;159:35-48
5. Lanoue J, Goldenberg G. Basal cell carcinoma: Comprehensive review of existing and emerging nonsurgical therapies. J Clin Aesthet Dermatol. 2016;9(5):26-36.
6. Ofaiche J, Lopez R, Bérard E, André A, Livideanu CB, Méresse T, et al. Surgical treatment of facial basal cell carcinoma: Patient-based assessment of clinical outcome in prospective cohort study. Dermatology 2016;232:550-7
7. James WD, Berger TG, Elston DM. Andrew's diseases of the skin: Clinical dermatology. 11th ed. United States: Saunders Elsevier; 2011. p. 633-7
8. Smith V, Walton S. Treatment of facial basal cell carcinoma. J Skin Cancer 2011;2011:1-8
9. Chung S. Basal cell carcinoma. Arch Plast Surg. 2012;39(2):166-70.
10. Perhimpunan Ahli Bedah Onkologi Indonesia. Protokol penatalaksanaan kasus bedah onkologi 2003. Jakarta: PERABO; 2010. p. 147-52
11. Gulleth Y, Goldberg N, Silverman RP, Gastman BR. What is the best surgical margin for a basal cell carcinoma: A meta-analysis of the literature. PRSJ. 2010;126:1222-31
12. Luz FB, Ferron C, Cardoso GP. Surgical treatment of basal cell carcinoma: An algorithm based on the literature. An Bras Dermatol. 2015;90(3):377-83
13. Losee JE, Gimbel ML, Rubin JP, Wallace CG, Wei FC. Ch. 45. Plastic and reconstructive surgery. In: Brunnicardi FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Matthews JB, Pollock RE, eds. Schwartz's principles of surgery. 10th ed. New York: Mc Graw Hill; 2015. p. 1856-8
14. Cerci FB, Dellatorre G. Paramedian forehead flap combined with hinge flap for nasal tip reconstruction. An Bras Dermatol. 2016;91(5 suppl 1):140-43
15. Menick FJ. Ch. 33. Nasal Reconstruction. In: Thorne CH, Chung KC, Gosain AK, Gurtner GC, Mehrara BJ, Rubin JP, Spear SL, eds. Grabb and Smith's plastic surgery. 7th ed. New York: Lippincott Williams and Wilkins; 2014. p. 363-71