

Laporan Kasus

KARSINOMA SEL BASAL AURICULA

dr. Rizka Fakhriani, MM., dr. Rangga Putra Nugraha, dr. D.A. Edhie Samodra, Sp. THT-KL (K)

Departemen/SMF THT-KL FK UGM / RSUP Dr. Sardjito, Yogyakarta

Email: rizkafakhriani@gmail.com; 081294240260

INTISARI

Pendahuluan: Karsinoma sel basal merupakan kanker kulit yang paling sering terjadi, sekitar 80% dari semua keganasan kulit. Tujuh puluh lima sampai delapan puluh persen diantaranya terjadi di daerah kepala leher, dimana 12% terjadi di *auricula*. Di seluruh dunia, kejadian karsinoma sel basal meningkat sekitar 10% per tahun, dan banyak terjadi pada usia 70 tahun. Karsinoma sel basal menunjukkan pertumbuhan yang lambat, jarang bermetastasis, serta menyebabkan kerusakan lokal yang signifikan jika tidak dilakukan terapi yang tepat.

Laporan Kasus: Seorang laki-laki berusia 75 tahun datang ke poliklinik THT-KL dengan keluhan terdapat luka pada daun telinga kanan yang tidak sembuh-sembuh sejak satu tahun yang lalu. Luka awalnya adalah benjolan kecil berwarna hitam semakin lama menjadi luka yang semakin meluas dan mudah berdarah. Keluhan disertai dengan nyeri ringan pada luka. Pada inspeksi daun telinga kanan tampak adanya luka berukuran 3 cm x 2 cm x 0,5 cm berwarna kehitaman dengan tepi ireguler dan mudah berdarah. Pasien dilakukan eksisi luas dan aurikuloplasti. Pada pemeriksaan histopatologi menyokong gambaran karsinoma sel basal dengan batas tepi irisan bebas tumor. Rekonstruksi *auricula* dilakukan dengan cara menutup defek dengan *flap* dari kulit *retroauricula*. Pada hari ke-7, jahitan di buka dan *flap* kulit tumbuh dengan sedikit defek pada bagian anterior. Pada hari ke-20, *flap* kulit tumbuh sempurna.

Diskusi: Pemilihan terapi pada karsinoma sel basal *auricula* tergantung pada lokasi, ukuran lesi, kondisi pasien, keahlian operator, dan pilihan pasien. Bedah eksisi merupakan pilihan terapi yang paling sering dilakukan. Bedah eksisi dilakukan dengan margin 8 mm sekitar tumor jika tumor < 3 cm, margin 1,5 cm jika tumor > 3 cm. Tindakan pembedahan pada *auricula* dapat menyebabkan defek yang memerlukan rekonstruksi.

Kata kunci: karsinoma sel basal, kanker kulit, *auricula*, eksisi luas, *flap*.

ABSTRACT

Introduction: Basal cell carcinoma is the most common skin cancer, approximately 80% of all skin malignancies. Seventy five until eighty percent of them occur in the head and neck region, of which 12% occur in *auricula*. Around the world, the incidence of basal cell carcinoma increases by about 10% per year, and many occur at the age of 70 years. Basal cell carcinoma shows slow growth and rarely metastasizes. This disease causes significant local damage if not treated properly.

Case Report: A 75-year-old man came to the ENT clinic with complaints of a wound on the right ear that has not healed since a year ago. The succumbing wound is a small black bump the longer it becomes an increasingly wounded wound and bleeds easily. Complaints are accompanied by mild pain in the wound. On the inspection of the right ear, there is a wound measuring 3 cm x 2 cm x 0.5 cm blackish color with irregular edges and bleed easily. The patient performed extensive excision and auriculoplasty. On histopathologic examination it supports basal cell carcinoma with a tumor free border edge. Reconstruction of *auricula* is done by closing the defect with a flap of the *retroauricula* skin. On the 7th day, the stitches are opened and the skin flap grows with a slight defect on the anterior part. On the 20th day, the skin flap grows perfectly.

Discussion: Selection of therapy in *auricula* basal cell carcinoma depends on location, size of lesion, patient condition, operator skill, and patient preference. Surgical excision is the most common treatment option. Surgical excision is performed with an 8 mm margin around the tumor if the tumor <3 cm, a margin of 1.5 cm if the tumor > 3 cm. Surgical action on *auricula* can cause defects that require reconstruction.

Keywords: basal cell carcinoma, skin cancer, *auricula*, wide excision, flap.

PENDAHULUAN

Karsinoma sel basal merupakan kanker kulit yang paling sering terjadi, sekitar 80% dari semua keganasan kulit. Tujuh puluh lima sampai delapan puluh persen diantaranya terjadi di daerah kepala leher.¹ Di seluruh dunia, kejadian karsinoma sel basal meningkat sekitar 10% per tahun.² Karsinoma sel basal diduga timbul dari sel basal pluripotensial di struktur permukaan kulit dan adnexa.¹ Karsinoma sel basal bersifat lokal invasif, menunjukkan pertumbuhan yang lambat, kanker kulit non-melanotik yang jarang bermetastase dan sering menimbulkan kerusakan struktur lokal yang signifikan, yang dikenal dengan *rodent ulcer*.³ Faktor etiologi terpenting meliputi predisposisi genetik dan paparan sinar matahari (radiasi ultraviolet). Karsinoma sel basal berkembang paling sering pada permukaan kulit terbuka, sepertiga tengah dari kulit wajah, kulit kepala pada paruh baya dan usia lanjut. Risiko meningkat pada penambahan usia, laki-laki, immunosupresi, paparan arsenik, dan asupan diet tinggi lemak.⁴ Penatalaksanaan karsinoma sel basal pada *auricula* berdasarkan pada ukuran, lokasi lesi, jenis histopatologi dan ketrampilan operator, serta pilihan pasien yang meliputi eksisi, kuretase, radiasi, kemoterapi, dan *Mohs surgery*.⁵ Angka rekurensi adanya defek pada *auricula* cukup tinggi jika dibandingkan dengan keganasan kulit di daerah lain, sehingga rekonstruksi pada daerah tersebut dapat dilakukan setelah dipastikan batas tepi irisan lesi bebas dari tumor.⁵

Tulisan ini melaporkan laki-laki berusia 75 tahun dengan karsinoma sel basal pada *auricula* dextra T2N0M0 stadium II. Pada pembahasan akan dipaparkan tentang gejala klinis, diagnosis banding, gambaran histopatologi, dan tata laksana dan hasil yang telah dilakukan pada pasien tersebut.

LAPORAN KASUS

Pasien laki-laki berusia 75 tahun datang ke poliklinik THT-KL RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta dengan keluhan utama terdapat luka pada daun telinga kanan yang tidak sembuh-sembuh sejak satu tahun yang lalu. Luka awalnya adalah benjolan kecil berwarna hitam semakin lama dirasakan semakin meluas. Luka mudah berdarah jika di sentuh dan terasa nyeri. Keluhan tidak disertai dengan penurunan pendengaran, keluar cairan dari telinga, pusing berputar, dan telinga gatal. Keluhan hidung dan tenggorok disangkal, pasien tidak ada riwayat diabetes sebelumnya dan keluhan serupa pada anggota keluarga juga disangkal. Pada inspeksi daerah daun telinga kanan tampak adanya luka berukuran 3 cm x 2 cm x 0,5 cm berwarna kehitaman dengan tepi meninggi dan mudah berdarah pada daerah heliks, antiheliks, antitragus dan posterior *auricula* (Gambar 1). Pada pemeriksaan otoskopi didapatkan *canalis auditorius externus* dextra et sinistra dalam batas normal, membran timpani dextra et sinistra intak, reflek cahaya +.



Gambar 1. Kondisi Pasien Saat Datang ke Poliklinik

Pemeriksaan MSCT scan mastoid menunjukkan tidak tampak adanya perluasan tumor ke kanalis auditorius externus maupun tulang temporal dan daerah mastoid kanan. Pada pasien ini juga tidak didapatkan adanya gambaran metastasis lokoregional maupun jauh (Gambar 2).

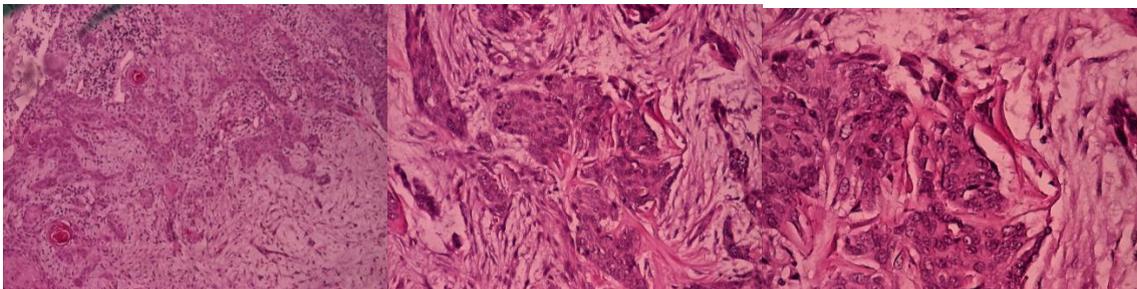


Gambar 2. MSCT Scan Pasien Potongan Coronal

Berdasarkan gambaran klinis dan pemeriksaan penunjang kami diagnosis pasien dengan karsinoma sel basal *auricula* dekstra. Pada pasien tersebut kami lakukan tindakan eksisi luas tumor diikuti dengan rekonstruksi / aurikuloplasti dengan *flap* pada defek luka operasi.

Jaringan yang didapat setelah tindakan operatif adalah jaringan kulit kesan bagian dari telinga ukuran 4,5 cm x 3,5 cm x 0,3-1 cm warna putih kecoklatan, kenyal, permukaan kulit didapatkan ulkus d=1,5 cm dari penampang cetak1 kupe dari batas operasi diberi tinta.

Pemeriksaan histopatologi jaringan menunjukkan jaringan *auricula* dengan epidermis tidak utuh sebagian area disebut leukosit polimorfonuklear banyak dan didapatkan tumor epithelial yang tersusun solid, infiltratif ke jaringan ikat sekitarnya, dengan ujung runcing (*morphea form*) sampai jaringan kartilago dengan sel-sel di tepi sarang tumor tersusun palisading. Sel-sel tumor polimorfi berukuran sedang sampai besar, sitoplasma sedikit. Inti bulat, oval, vesikuler, ireguler, kromatin kasar, anak inti prominen, serta didapatkan adanya mitosis. Pada sebagian epidermis didapatkan massa keratin. Stroma jaringan ikat sembab dengan bagian myxoid terutama peritumoral, sebagian fibrosis, disebut limfosit dan sel plasma banyak sampai padat. Hasil ini menunjukkan basal cell carcinoma, tipe infiltratif (Gambar 3).



Gambar 3. Gambaran Histopatologi Mendukung Karsinoma Sel Basal

Perawatan luka operasi dilakukan tiap 24 jam dimulai pada hari ke-3 pasca operasi dengan menggunakan kassa steril dan cairan NaCl 0,9% dan di jaga luka tetap kering selama 3 hari. Pasien kontrol pada hari ke-7 pasca operasi dan didapatkan luka operasi kering, dengan sebagian jaringan nekrotik dan dilakukan pengangkatan jahitan pada luka operasi. Pasien kembali kontrol pada hari ke-20 pasca operasi dan didapatkan luka operasi baik, *flap* tumbuh dengan sempurna (Gambar 4).



Gambar 4. Perkembangan Luka Pasca Operasi, A (Lesi Sebelum Operasi); B (Luka Operasi Hari ke-3); C (Luka Operasi Hari ke-7; D (Luka Operasi Hari ke-20)

DISKUSI

Karsinoma sel basal, kanker kulit yang sering terjadi pada area yang terpapar sinar matahari, dan muncul di kepala pada 80% kasus. Angka kejadian karsinoma sel basal adalah sekitar 2000 kasus / 100.000 penduduk dengan peningkatan risiko pada ras Kaukasia. Terjadi pada 33-39% pria, dan 23-28% wanita. Pada kasus ini pasien seorang laki-laki dengan usia 75 tahun dengan riwayat pekerjaan sebagai petani yang memiliki pajanan sinar matahari tanpa pelindung dalam kurun waktu yang lama. Karsinoma sel basal ditandai dengan perkembangan yang lambat dan laju metastase yang tidak signifikan (hanya 0,0028-0,5%) tetapi dapat mengakibatkan kerusakan lokal yang signifikan.⁶

Karsinoma sel basal adalah jenis kanker telinga dan temporal yang paling umum terjadi. Tanda awal yang umum didapatkan adalah kulit telinga yang bersisik yang tidak membaik setelah diberikan pelembab. Kemudian muncul benjolan putih mutiara yang tumbuh perlahan. Benjolan tersebut tidak menimbulkan rasa sakit. Ulkus dapat berkembang di tengah benjolan tersebut. Ulkus kemudian menjadi mudah berdarah dan nyeri.⁷ Pada kasus ini pasien pada awalnya mengeluh adanya benjolan kecil berwarna hitam semakin lama dirasakan semakin meluas. Luka mudah berdarah jika di sentuh dan terasa nyeri. Tumor dapat menyebar ke bagian dalam telinga. Kulit dari daun telinga sering terpapar sinar matahari. Setelah bertahun-tahun terpapar sinar matahari, karsinoma sel basal dapat berkembang pada daun telinga.⁷

Radiasi UV (terutama UVB 290-320 nm) menyebabkan stres oksidatif pada kulit, yang menyebabkan peroksidasi lipid dan pembentukan hidroperoksida DNA yang biasanya dibersihkan dengan glutathione S transferase (GST). Namun, polimorfisme di GST dapat menyebabkan gangguan detoksifikasi. Selanjutnya, perubahan gen reseptor melanokortin 1, produksi sinar UV yang diinduksi dimer pirimidin, dan hilangnya heterozigositas gen supresor tumor (pelindung) - TP53 dan PTCH - menghasilkan karsinoma sel basal. Selain predisposisi genetik intrinsik dan penekanan kekebalan, radiasi pengion, arsen, dan zat kimia industri adalah karsinogen eksogen lainnya yang bertanggung jawab untuk karsinoma sel basal.⁸

Ada beberapa subtipe histologis karsinoma sel basal, yaitu nodular, superficial, micronodular, infiltrative, morpheaform dan mixed. Tipe nodular menyerupai papula jernih dengan *telangiectatic-rolled border*, sering dengan ulkus sentral. Bila tumor ini diabaikan, bisa menjadi besar dan *exophytic*. Secara histologis, lesi ini memiliki pulau sel tumor terbungkus dalam stroma kaya mucin. Jika berpigmen, tumor ini seringkali dibingungkan secara klinis dengan melanoma. Namun, melanosit memiliki penampilan histologis jinak. Tipe nodular cenderung tumbuh lambat dan jarang dikaitkan dengan penyakit agresif. Tipe superficial muncul sebagai lesi bersisik dan merah pada badan atau ekstremitas, yang mungkin dibingungkan secara klinis dengan eksim atau psoriasis. Tipe superficial kurang agresif secara klinis, Tapi mungkin menjadi besar jika diabaikan, terbentuk patch eritematosa berkrusta. Tipe morpheaform, yang sering disebut tipe sklerosis, berbentuk plak datar, indurated, keputihan, tidak jelas. Jika membesar, sering menjadi menyerupai bekas luka. Tipe campuran harus diperlakukan sebagai tumor yang lebih agresif.⁹

Diagnosis keganasan pada telinga luar bergantung pada evaluasi klinis. Seringkali lesi terlihat seperti lesi jinak, terutama pada pasien usia lanjut dengan kerusakan kulit akibat paparan sinar matahari. Adanya perubahan warna, ukuran, bentuk yang rapuh atau adanya ulkus memerlukan biopsi untuk memastikan bahwa lesi tidak ganas. Deteksi dini menghasilkan prognosis yang lebih baik. Jika biopsi diperlukan, *punch biopsy* merupakan biopsi yang lebih disarankan. Eksisi lengkap pada lesi yang kecil seringkali dilakukan jika defek yang terjadi minimal dan mudah di tutup. Studi pencitraan seperti CT scan dan MRI jarang dibutuhkan untuk tumor telinga luar. CT scan diperlukan jika terdapat kecurigaan keterlibatan parotis, metastasis nodul, perluasan pada kanalis auditorius externus, rongga mastoid, atau fossa glenoid.⁵

Tidak ada sistem *staging* spesifik untuk keganasan telinga. *The American Joint Committee on Cancer (AJCC)* memasukkan keganasan *auricula* dalam sistem *staging* untuk lesi kulit nonmelanoma.

Sistem *staging* kanker kulit non melanoma sebagai berikut: Tx: tumor primer tidak dapat diakses; T0: Tidak didapatkan tumor primer; Tis: karsinoma in situ; T1: tumor \leq 2 cm; T2: tumor $>$ 2 cm tapi tidak $>$ 5cm; T3: tumor $>$ 5cm; dan T4: tumor invasi ke struktur dalam extradermal (tulang, otot kartilago). Untuk keterlibatan limfonodi meliputi: Nx: tidak dapat mengakses limfonodi regional; N0: tidak didapatkan metastasis limfonodi regional; N1: metastasis limfonodi regional. Untuk kejadian metastasis jauh meliputi: Mx: metastasis jauh tidak dapat diakses; M0: tidak didapatkan metastasis jauh; dan M1: metastasis jauh. Penentuan stadium klinis meliputi: stadium 0: TisN0M0; stadium 1: T1N0M0; stadium 2: T2,T3N0 M0; stadium 3: T4N0M0 atau anyTN1M0; dan stadium 4: anyTanyN M1.

Pada kasus ini pasien mempunyai tumor dengan ukuran 3 cm x 2 cm x 0,5 cm berwarna kehitaman dengan tepi ireguler dan mudah berdarah. Tidak didapatkan adanya keterlibatan limfonodi, serta metastasis jauh. Sehingga pada pasien ini tergolong dalam T2N0M0 dan masuk stadium 2.

Pemilihan terapi karsinoma sel basal pada *auricula* tergantung pada lokasi dan ukuran lesi, kondisi pasien, keahlian dari operator, dan pilihan pasien. Bedah eksisi merupakan pilihan terapi pada lesi ganas *auricula* yang paling sering dilakukan. Anatomi telinga cukup rumit, perbaikan yang terencana diperlukan untuk mendapatkan hasil yang secara kosmetik dapat di terima pasien. Tumor dengan ukuran kecil dapat di eksisi dengan perbaikan yang minimal. Neoplasma *auricula* cenderung memiliki pola pertumbuhan yang konsisten sesuai pertumbuhan embriologi. Tumor *preauricular* dan *postauricular* tumbuh pada telinga. Tumor yang tumbuh dari helix menyebar secara inferior dan superior sepanjang helix sebelum menyebar ke anthelix dan posterior *auricula*. Tumor pada *auricula* lebih cepat mencapai dermis dan subdermis karena kulit *auricula* tipis. Pertumbuhan horizontal yang cepat mempersulit dalam menentukan batas tepi reseksi. Bumstead merekomendasikan margin 8 mm sekitar tumor jika ukuran tumor kurang dari 3 cm, margin 1,5 cm jika tumor lebih besar dari 3 cm. Beberapa literatur menganjurkan margin 2-3 mm untuk tumor solid kurang dari 1 cm, margin 3-5 mm jika tumor lebih dari atau sama dengan 1 cm tetapi kurang dari 2 cm, dan margin 7-10 mm untuk tipe morphea. Hasil dari bedah eksisi pada keganasan *auricula* cukup baik.⁵

Mohs' surgery merupakan teknik pembedahan serial secara horizontal pada tumor dan daerah sekitar tumor dengan analisis mikroskopik untuk memastikan tepi bebas tumor secara histologi. Teknik ini memastikan bahwa semua tumor diangkat tanpa mengangkat jaringan normal yang tidak perlu sehingga secara kosmetik lebih baik.⁵

Beberapa teknik bedah lain untuk keganasan kulit adalah kuretase dengan *electrodessication* dan *cryosurgery*. Terapi radiasi menawarkan beberapa keuntungan yaitu mencegah defek jaringan pada daerah dengan anatomi yang kompleks, dapat dilakukan pada pasien yang tidak memungkinkan dilakukan tindakan bedah, serta dapat dilakukan pada tepi tumor setelah tindakan lain. Beberapa kondisi memerlukan terapi multiple. Oleh karena hasil terapi bedah cukup baik, radiasi jarang dilakukan. Radiasi di indikasikan pada tumor yang meluas ke parotis, *temporomandibular joint*, mandibular, atau tulang temporal karena beresiko terjadi kekambuhan. Topikal 5-fluorouracil (konsentrasi 5-20%) di berikan pada lesi premaligna, dan pada tumor yang letaknya superfisial.⁵

Tindakan pembedahan pada *auricula* dapat menyebabkan defek yang memerlukan rekonstruksi untuk memberikan kosmetik yang baik. Beberapa teknik rekonstruksi dilakukan berdasarkan pada ukuran defek, lokasi, dan keterlibatan jaringan.⁵

Pada pasien ini dilakukan eksisi luas dan didapatkan tepi bebas tumor sehingga radioterapi tidak di lakukan. Untuk menutup defek pada *auricula* dilakukan *flap* yang diambil dari kulit *retroauricula*.

Prognosis keganasan kulit pada telinga luar pada umumnya baik terutama apabila dapat di deteksi lebih dini. Angka harapan hidup 5 tahun mencapai lebih dari 95%. Tingkat penyembuhan karsinoma sel basal dengan ukuran tumor lebih dari atau sama dengan 3 cm menurun menjadi 83%. Ukuran tumor mempunyai korelasi terhadap *outcome*. Ketebalan tumor juga berkorelasi dengan *outcome*, seperti halnya keterlibatan perikondrial, perineural dan imunosupresi.⁵

KESIMPULAN

Laporan kasus ini memaparkan karsinoma sel basal pada *auricula* dextra yang menunjukkan pertumbuhan yang lambat dan tidak terjadi metastasis dengan kerusakan lokal yang signifikan pada daerah heliks, antiheliks, antitragus dan posterior *auricula*. Diperlukan perhatian khusus untuk dapat mendiagnosis sedini mungkin sebelum terjadi perluasan yang lebih dan untuk mendapatkan prognosis yang lebih baik. Pada kasus ini dilakukan tindakan pembedahan eksisi luas yang dilanjutkan dengan rekonstruksi defek operasi dengan menggunakan *flap* kulit *retroauricula* dengan hasil operasi tumbuh dengan sempurna.

REFERENSI

1. Wu S, Han J, Li WQ, Li T, Quereshi AA. 2013. Basal cell carcinoma incidence and associated risk factors in US women and men. *A J Epidemiol.* 178(6):890–897.
2. Bath-Hextall F, Leonardi-Bee J, Smith C, Meal A, Hubbard R. 2007. Trends in incidence of skin basal cell carcinoma. Additional evidence from a UK primary care database study. *Int J Cancer.* 121:2105–2108.
3. Kataria AP, Konidena A, Puri G, Gupta R. 2015. Basal cell carcinoma of the auricle: A common lesion at an uncommon location. *J Indian Acad Oral Med Radiol.* 27:307-10.
4. Telfer NR, Colver GB, Morton CA. 2008. British Association of Dermatologists. Guidelines for the management of basal cell carcinoma. *Br J Dermatol.* 159:35-48.
5. Gustafson ML, Pensak, ML. 2003. Surgery for Cancer of the External Ear-Glasscock-shambough, surgery of the ear, 5th edition. 368-388.
6. Mehta KS, Mahajan VK, Chauhan PS, Sharma AL, Sharma V, Abhinav C, et al. 2012. Metastatic basal cell carcinoma: A biological continuum of basal cell carcinoma? *Case Rep Dermatol Med.* 157-187.
7. Shankar T, Ramakrishna S, Yugandhar E, Majeed J. 2015. Basal Cell Carcinoma in Middle Ear: A Case Report. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences.* Vol. 4, Issue 17, February 26; 2993-2999.
8. Tilli CM, Van Steensel MA, Krekels GA, Neumann HA, Ramaekers FC. 2005. Molecular aetiology and pathogenesis of basal cell carcinoma. *Br J Dermatol.* 152:1108-24.
9. Harrison LB, Mehta PR, Halpern M, Ratner D. 2014. Basal and Squamous Cell Skin Cancers: General Principles and Management – Head and Neck Cancer A Multidisciplinary Approach. 4th edition.