

**DEPARTEMEN ILMU KESEHATAN MATA
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS PADJADJARAN
PUSAT MATA NASIONAL RUMAH SAKIT MATA CICENDO
BANDUNG**

Laporan Kasus : Tatalaksana Karsinoma Glandula Sebacea dan
Rekonstruksi Palpebra Superior dengan *Cutler-Beard Flap*
Penyaji : Astriviani Switania Sari D
Pembimbing : R. Angga Kartiwa, dr., SpM(K), MKes

Telah Diperiksa dan Disetujui oleh
Pembimbing Unit Rekonstruksi, Okuloplasti, dan Onkologi

R. Angga Kartiwa, dr., SpM(K), MKes

Jumat, 28 Juli 2017

Pukul 07.45 WIB

TATALAKSANA KARSINOMA GLANDULA SEBASEA DAN REKONSTRUKSI PALPEBRA SUPERIOR DENGAN *CUTLER-BEARD FLAP*

ABSTRACT

Introduction

Sebaceous gland carcinoma is one of the most common eyelid malignancy. The tumor is more commonly found in the upper eyelid where the meibomian glands are numerous. They are frequently misdiagnosed due to resemblance to common benign lesions of the eyelid as well as other eyelid malignancies thus delaying diagnosis and appropriate management. Surgery followed by eyelid reconstruction were the mainstay of therapy for sebaceous gland carcinoma of the eyelid.

Purpose

To report two cases of patients diagnosed clinically with sebaceous gland carcinoma of the upper eyelid treated surgically followed by full-thickness eyelid reconstruction with Cutler-Beard flap.

Case report

A 48 years old woman came to the polyclinic presented with a 2-years slow growing lesion on the left upper eyelid that become gradually enlarged 3 months ago. On examination an upper left eyelid mass of 2,5 x 1,5 cm with irregular area of crust, yellowish discharge, and lost of cilia were found. Palpation of submandibular lymph node were suspected for metastasis. In the second case, a 64 years old man came to the polyclinic presented with a 1-year slow growing lesion on the left upper eyelid that become gradually enlarged 4 months ago. On examination diffuse upper left eyelid mass of 2,5 x 1 cm with irregular area of crust, yellowish discharge, and lost of cilia were found. There was no sign of palpable lymph node. Both patients were diagnosed clinically with sebaceous gland carcinoma and underwent wide excision of the tumor with clear margin followed by upper eyelid reconstruction using Cutler-Beard flap. Second stage surgery were done 3 months later to separate the eyelids.

Conclusion

Sebaceous gland carcinoma were commonly misdiagnosed as other eyelid lesions, leading to delayed in management and higher rate of recurrence and metastasis. Wide excision of the tumor were the mainstay of therapy. Eyelid defect should be reconstructed to achieve acceptable cosmetic and functional of the eyelid.

Keyword

Sebaceous gland carcinoma, Cutler-beard flap, full-thickness eyelid defect.

I. Pendahuluan

Karsinoma glandula sebacea merupakan salah satu bentuk malignansi kulit dan adneksa yang berasal dari glandula sebacea dan dapat ditemukan pada daerah periokular. Glandula sebacea pada daerah periokular meliputi glandula meibom pada tarsus, glandula Zeis, glandula sebacea pada karunkula dan folikel rambut alis. Karsinoma glandula sebacea paling sering ditemukan pada palpebra, terutama

palpebra superior. Gambaran klinis karsinoma glandula sebacea pada palpebra dapat menyerupai kelainan palpebra lainnya seperti blefarokonjungtivitis, *superior limbic* keratokonjungtivitis atau kalazion, oleh karena itu sering ditemukan keterlambatan diagnosis dan tatalaksana.¹⁻⁴

Prinsip tatalaksana karsinoma glandula sebacea pada palpebra adalah eksisi luas lesi tumor dengan kedalaman adekuat dan batas sayatan bebas sel tumor diikuti dengan rekonstruksi palpebra yang bertujuan untuk mengembalikan bentuk dan fungsi palpebra. Terdapat berbagai teknik rekonstruksi palpebra pasca eksisi luas yang dapat digunakan sesuai dengan lokasi dan ukuran defek yang terbentuk. Pada defek *full-thickness* yang melibatkan *margin* palpebra dengan ukuran mencapai 50% rekonstruksi palpebra yang ideal menjadi tantangan tersendiri.^{1,2,4,5}

Laporan kasus ini memaparkan tatalaksana karsinoma glandula sebacea pada palpebra superior yang ditatalaksana bedah dengan eksisi luas lesi tumor diikuti dengan rekonstruksi palpebra dengan defek *full-thickness* menggunakan *Cutler-Beard flap*.

II. Laporan Kasus

2.1 Kasus Pertama

Seorang wanita berusia 48 tahun datang ke poliklinik Rekonstruksi, Onkologi dan Okuloplasti PMN RS mata Cicendo pada tanggal 13 Februari 2017 dengan keluhan utama terdapat benjolan pada kelopak mata kiri atas sejak 2 tahun yang lalu. Benjolan awalnya sebesar kacang tanah lalu dirasakan semakin membesar dengan cepat 3 bulan terakhir. Benjolan berwarna kemerahan, terdapat kotoran dan tidak terasa nyeri. Mata terasa mengganjal dan sulit dibuka. Pasien juga mengeluh terdapat benjolan di leher. Pasien memiliki riwayat pengobatan ke klinik, dikatakan sakit bintitan dan diberikan obat salep mata dan tetes mata, namun setelah pengobatan tidak terdapat perbaikan. Pasien berobat kembali ke RSUD Lampung dan dirujuk ke RS Mata Cicendo. Riwayat penyakit serupa dalam keluarga disangkal. Riwayat diabetes dan hipertensi disangkal.

Pemeriksaan fisik didapatkan tanda-tanda vital dalam batas normal, ditemukan massa pada daerah submandibula sinistra dengan ukuran 1 x 0,6 cm, batas tegas,

konsistensi kenyal, permukaan tidak rata, melekat pada dasar dan tidak terdapat nyeri tekan. Pemeriksaan oftalmologis didapatkan tajam penglihatan mata kanan 0,8 ph 1,0 tajam penglihatan mata kiri 0,5 ph sulit, kedudukan bola mata *orthophoria*, gerak bola mata kanan baik ke segala arah, mata kiri sulit dinilai. Segmen anterior mata kanan dalam batas normal. Segmen anterior mata kiri pada palpebra superior ditemukan massa berwarna kemerahan dengan ukuran kurang lebih 2,5 x 1,5 cm, batas tidak tegas, konsistensi padat, permukaan tidak rata, melekat pada kulit, terdapat krusta berwarna kekuningan dan madarosis, tidak terdapat nyeri tekan dan tidak mudah berdarah. Segmen anterior lainnya dalam batas normal.

Pasien didiagnosis dengan massa a/r palpebra superior mata kiri et causa suspek karsinoma glandula sebacea. Dilakukan eksisi luas massa, pemeriksaan patologi anatomi, dan rekonstruksi palpebra superior mata kiri pada tanggal 7 Maret 2017 dan diberikan terapi pasca operasi kloramfenikol 1% + polimiksin B sulfat salep mata 3xOS, amoksisilin 3x500 mg dan asam mefenamat 3x500 mg. Pemeriksaan oftalmologis mata kiri 1 hari pasca operasi didapatkan palpebra superior mata kiri tampak hiperemis, jahitan intak. Pasien diperbolehkan rawat jalan dengan terapi dilanjutkan. Pasien kontrol kembali ke poliklinik Rekonstruksi, Onkologi dan Okuloplasti 1 minggu pasca operasi, keluhan tidak ada. Pemeriksaan oftalmologis mata kiri didapatkan pada palpebra superior mata kiri jahitan intak. Dilakukan aff jahitan pada palpebra superior dan diberikan terapi kloramfenikol 1% + polimiksin B sulfat salep mata 3xOS.



(a)



(b)

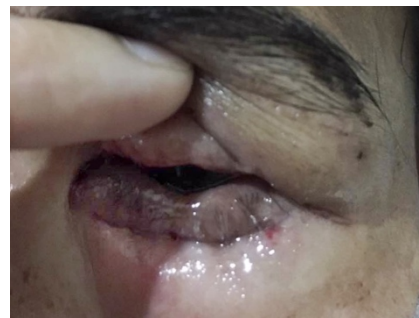
Gambar 2.1 Gambaran klinis pasien (a) pre operasi (b) pasca operasi hari ke-7

Pasien kontrol kembali ke poliklinik Rekonstruksi, Onkologi dan Okuloplasti 2 minggu pasca operasi, keluhan tidak ada. Hasil pemeriksaan patologi anatomi didapatkan karsinoma glandula sebacea *moderately differentiated* a/r palpebra superior mata kiri, batas sayatan B-A bebas sel tumor, batas sayatan A-B belum bebas sel tumor. Pasien dirujuk ke bagian hematologi-onkologi RSHS untuk pertimbangan kemoterapi. Pada tanggal 29 Mei 2017 dilakukan tindakan biopsi eksisi kelenjar getah bening a/r colli sinistra di RS Hasan Sadikin dan didapatkan hasil metastasis karsinoma a/r colli sinistra jenis karsinoma glandula sebacea.

Pasien datang kontrol kembali ke poliklinik Rekonstruksi, Onkologi dan Okuloplasti pada tanggal 7 juni 2017, keluhan tidak ada, pada pemeriksaan oftalmologis mata kiri didapatkan flap intak, sekret minimal. Pasien direncanakan untuk dilakukan rekonstruksi palpebra mata kiri tahap 2. Operasi dilakukan pada tanggal 12 juni 2017 dan diberikan terapi pasca operasi kloramfenikol 1% + polimiksin B sulfat salep mata 3xOS, amoksisilin 3x500 mg dan asam mefenamat 3x500 mg. Pemeriksaan oftalmologis mata kiri 1 hari pasca operasi didapatkan palpebra superior dan inferior mata kiri tampak edema, jahitan intak. Pasien diperbolehkan rawat jalan dengan terapi dilanjutkan. Pasien kontrol kembali ke poliklinik Rekonstruksi, Onkologi dan Okuloplasti 1 minggu pasca operasi, keluhan tidak ada. Pemeriksaan oftalmologis mata kiri didapatkan pada palpebra superior dan inferior mata kiri jahitan intak. Dilakukan aff jahitan dan diberikan terapi kloramfenikol 1% + polimiksin B sulfat salep mata 3xOS.



(a)



(b)

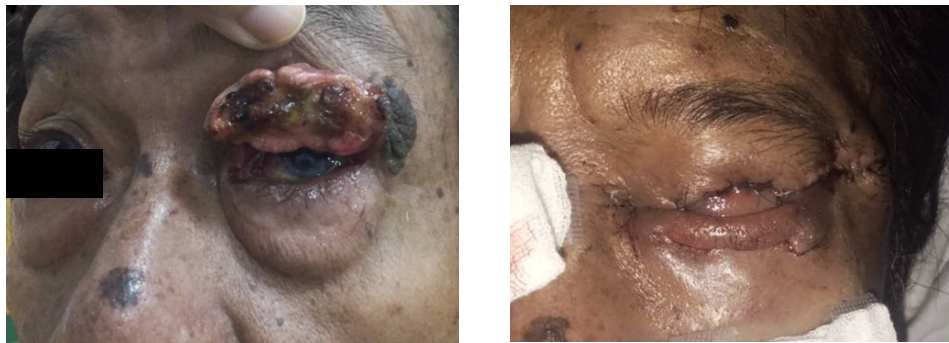
Gambar 2.2 Gambaran klinis pasien (a) pre operasi rekonstruksi palpebra superior tahap 2 (b) pasca operasi hari ke-1

2.2 Kasus Kedua

Seorang laki-laki berusia 64 tahun datang ke poliklinik Rekonstruksi, Onkologi dan Okuloplasti PMN RS mata Cicendo pada tanggal 25 Juni 2016 dengan keluhan utama terdapat benjolan di kelopak mata kiri atas sejak 1,5 tahun yang lalu. Benjolan awalnya satu buah, sebesar kacang tanah lalu dirasakan semakin bertambah jumlahnya dan membesar dengan cepat 4 bulan terakhir. Benjolan berwarna merah kekuningan dan tidak dirasakan nyeri. Tidak terdapat riwayat benjolan di bagian tubuh lain. Pasien memiliki riwayat pengobatan ke dokter umum dilakukan pengeluaran isi benjolan pada kelopak mata dan diberikan obat salep mata, namun benjolan muncul kembali. Pasien berobat kembali ke RSUD Indramayu dan dirujuk ke RS Mata Cicendo. Pemeriksaan fisik ditemukan tekanan darah 170/100 mmHg, lain-lain dalam batas normal. Pemeriksaan oftalmologis tajam penglihatan mata kanan 0,2 ph 0,5 tajam penglihatan mata kiri 0,16 ph 0,32, kedudukan bola mata *orthophoria*, gerak bola mata kanan dan kiri baik ke segala arah. Segmen anterior mata kanan didapatkan lensa agak keruh, lain-lain dalam batas normal. Segmen anterior mata kiri pada palpebra superior ditemukan massa berwarna merah kekuningan dengan ukuran kurang lebih 2,5 x 1 cm, permukaan tidak rata, batas tidak tegas, konsistensi kenyal, melekat pada dasar dan kulit, terdapat krusta, tidak terdapat nyeri tekan dan tidak mudah berdarah, tampak madarosis pada palpebra superior, lensa agak keruh, segmen anterior lainnya dalam batas normal. Pasien didiagnosis dengan massa a/r palpebra superior mata kiri et causa suspek karsinoma glandula sebacea + katarak senilis imatur mata kanan dan kiri dan direncanakan untuk dilakukan eksisi luas massa, pemeriksaan patologi anatomi, dan rekonstruksi palpebra superior mata kiri namun operasi ditunda untuk regulasi tekanan darah oleh dokter spesialis penyakit dalam.

Pasien datang kontrol ke poliklinik Rekonstruksi, Onkologi dan Okuloplasti pada tanggal 3 April 2017 dengan keluhan benjolan pada kelopak mata kiri atas semakin membesar. Pemeriksaan fisik ditemukan tekanan darah 130/70 mmHg, lain-lain dalam batas normal. Pemeriksaan oftalmologis tajam penglihatan mata kanan 0,2 ph 0,5 tajam penglihatan mata kiri 0,16 ph 0,32, kedudukan bola mata *orthophoria*, gerak bola mata kanan dan kiri baik ke segala arah. Segmen anterior

mata kanan didapatkan lensa agak keruh, lain-lain dalam batas normal. Segmen anterior mata kiri pada palpebra superior ditemukan massa berwarna merah kekuningan dengan ukuran kurang lebih 3 x 1,5 cm, permukaan tidak rata, batas tidak tegas, konsistensi kenyal, melekat pada dasar dan kulit, terdapat krusta, tidak terdapat nyeri tekan dan tidak mudah berdarah, tampak madarosis pada palpebra superior, lensa agak keruh, segmen anterior lainnya dalam batas normal. Dilakukan eksisi luas massa, pemeriksaan patologi anatomi, dan rekonstruksi palpebra superior mata kiri pada tanggal 12 April 2017 dan diberikan terapi pasca operasi kloramfenikol 1% + polimiksin B sulfat salep mata 3xOS, amoksisilin 3x500 mg dan asam mefenamat 3x500 mg. Pemeriksaan oftalmologis mata kiri 1 hari pasca operasi didapatkan palpebra superior mata kiri tampak hiperemis, jahitan intak. Pasien diperbolehkan rawat jalan dengan terapi dilanjutkan. Pasien kontrol kembali ke poliklinik Rekonstruksi, Onkologi dan Okuloplasti 1 minggu pasca operasi, keluhan tidak ada. Pemeriksaan oftalmologis mata kiri didapatkan pada palpebra superior mata kiri jahitan intak. Dilakukan aff jahitan pada palpebra superior dan diberikan terapi kloramfenikol 1% + polimiksin B sulfat salep mata 3xOS.



(a)

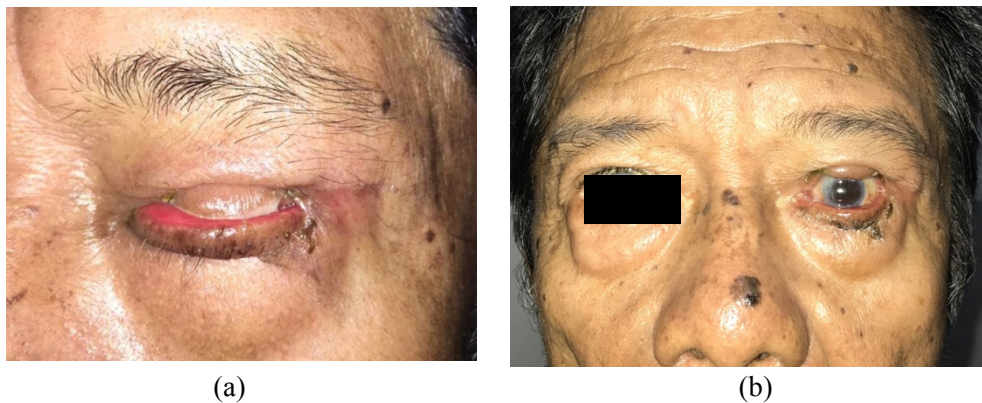
(b)

Gambar 2.3 Gambaran klinis pasien (a) pre operasi (b) pasca operasi hari ke-1

Pasien kontrol kembali ke poliklinik Rekonstruksi, Onkologi dan Okuloplasti 2 minggu pasca operasi, keluhan tidak ada. Hasil pemeriksaan patologi anatomi didapatkan karsinoma glandula sebacea *moderately differentiated* a/r palpebra superior mata kiri, pada sisi sayatan bertanda benang 3-1 belum bebas sel tumor.

Pasien datang kontrol ke poliklinik Rekonstruksi, Onkologi dan Okuloplasti

pada tanggal 7 juni 2017, keluhan tidak ada, pada pemeriksaan oftalmologis mata kiri didapatkan flap intak, tidak terdapat sekret. Pasien direncanakan untuk dilakukan rekonstruksi palpebra mata kiri tahap 2. Operasi dilakukan pada tanggal 19 juni 2017 dan diberikan terapi pasca operasi kloramfenikol 1% + polimiksin B sulfat salep mata 3xOS, amoksisilin 3x500 mg dan asam mefenamat 3x500 mg. Pemeriksaan oftalmologis mata kiri 1 hari pasca operasi didapatkan palpebra superior dan inferior mata kiri tampak edema, jahitan intak. Pasien diperbolehkan rawat jalan dengan terapi dilanjutkan. Pasien kontrol kembali ke poliklinik Rekonstruksi, Onkologi dan Okuloplasti 1 minggu pasca operasi, keluhan tidak ada. Pemeriksaan oftalmologis mata kiri didapatkan pada palpebra superior dan inferior mata kiri jahitan intak. Dilakukan aff jahitan dan diberikan terapi kloramfenikol 1% + polimiksin B sulfat salep mata 3xOS.



Gambar 2.4 Gambaran klinis pasien (a) pre operasi rekonstruksi palpebra superior tahap 2 (b) pasca operasi hari ke-7

III. Diskusi

Karsinoma glandula sebacea merupakan malignansi yang berasal dari glandula sebacea yang banyak terdapat pada daerah kepala dan wajah. Glandula sebacea banyak terdapat pada daerah periokular dan dapat ditemukan pada palpebra, yaitu terdiri dari glandula meibom pada tarsus, glandula Zeis pada folikel silia, glandula sebacea pada karunkula dan glandula sebacea pada folikel rambut alis. Karsinoma glandula sebacea lebih sering ditemukan pada palpebra superior dan paling sering berasal dari glandula meibom.¹⁻⁴

Angka kejadian karsinoma glandula sebacea bervariasi bergantung pada ras.

Angka kejadian karsinoma glandula sebacea pada ras Kaukasia lebih rendah dibandingkan malignansi palpebra lainnya, sebaliknya pada ras Asia didapatkan angka kejadian yang lebih tinggi. Penelitian Karan et al tahun 2016 di India mendapatkan karsinoma glandula sebacea merupakan malignansi palpebra paling sering, diikuti dengan karsinoma sel basal dan karsinoma sel skuamosa, sedangkan dari penelitian Domingo et al tahun 2016 di Filipina didapatkan karsinoma glandula sebacea merupakan malignansi palpebra paling sering setelah karsinoma sel basal. Penelitian Kaliki et al tahun 2015 mendapatkan bahwa kejadian karsinoma glandula sebacea paling sering terjadi pada usia 57 tahun dengan predileksi pada palpebra superior.^{4,6-8}

Etiologi karsinoma glandula sebacea tidak diketahui dengan pasti, namun terdapat faktor-faktor risiko yang berperan dalam kejadian karsinoma glandula sebacea. Faktor ras dikatakan berkaitan dengan kejadian karsinoma glandula sebacea pada palpebra, dimana didapatkan angka kejadian yang lebih tinggi pada ras Asia. Faktor risiko lainnya yaitu usia lanjut, jenis kelamin, immunosupresi dan sindrom *Muir-Torre*.^{3,4,7}

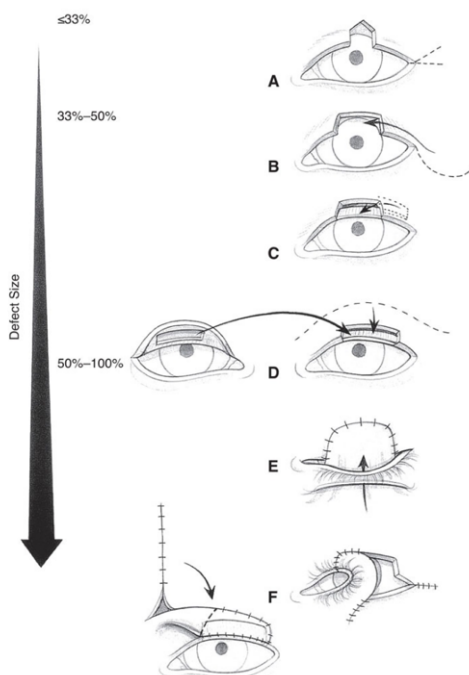
Gambaran klinis karsinoma glandula sebacea pada palpebra dapat menyerupai kelainan inflamasi seperti kalazion, blefarokonjungtivitis, dan *superior limbic keratokonjungtivitis* ataupun dapat menyerupai tumor jinak dan malignansi palpebra lainnya sehingga sering terjadi keterlambatan diagnosis dan tatalaksana. Lesi karsinoma glandula sebacea pada palpebra dapat berbentuk nodul soliter, lesi bertangkai, atau penebalan palpebra yang difus. Gambaran khas pada karsinoma glandula sebacea adalah invasi *pagetoid* yang merupakan infiltrasi intraepitelial pada konjungtiva atau lapisan epidermis palpebra. Penyebaran lesi dapat terjadi secara lokal dengan metastasis pada kelenjar getah bening regional dan organ lainnya.^{1,3,4}

Kecurigaan terhadap karsinoma glandula sebacea harus dipikirkan pada lesi palpebra yang tidak memberikan respon adekuat terhadap tatalaksana yang diberikan. Pemeriksaan oftalmologis menyeluruh pada palpebra dan permukaan okular penting untuk mengidentifikasi invasi *pagetoid* dan lesi tumor multisentrik.^{1,3,4}

Kedua pasien dari anamnesis didapatkan riwayat benjolan pada kelopak mata atas kiri yang menahun, tidak terasa nyeri, dengan riwayat pengobatan yang tidak memberikan respon yang adekuat. Pada pemeriksaan oftalmologis didapatkan massa pada palpebra superior mata kiri berukuran besar, didapatkan madarosis dan tidak didapatkan nyeri tekan. Pada pasien pertama juga ditemukan benjolan pada daerah leher yang menimbulkan kecurigaan ke arah malignansi. Dari anamnesis dan pemeriksaan fisik serta oftalmologis, kedua pasien didiagnosis suspek karsinoma glandula sebacea pada palpebra superior mata kiri dan dilakukan tindakan eksisi luas lesi tumor untuk menegakkan diagnosis dengan pemeriksaan patologi anatomi.

Tatalaksana karsinoma glandula sebacea pada palpebra adalah dengan pembedahan. Pilihan tindakan bedah meliputi eksisi luas lesi tumor pada palpebra diikuti dengan rekonstruksi palpebra hingga eksenterasi pada lesi tumor yang telah menginvasi orbita. Eksisi luas dilakukan pada lesi tumor yang terlokalisasi pada palpebra dengan batas sayatan melebihi lesi tumor. Eksisi luas dengan kontrol menggunakan *frozen section* atau *Mohs microsurgery* dapat digunakan sebagai alternatif untuk mendapatkan batas sayatan yang bebas dari sel tumor. Modalitas terapi non bedah pada karsinoma glandula sebacea adalah *cryotherapy*, kemoterapi sistemik dan topikal serta radiasi yang dapat digunakan sebagai terapi *adjuvant* pasca tindakan bedah.¹⁻⁴

Eksisi luas lesi tumor pada palpebra dapat menimbulkan defek *full-thickness* yang menyebabkan komplikasi pada permukaan okular seperti keratitis dan ulkus kornea, oleh karena itu rekonstruksi palpebra harus dilakukan untuk mempertahankan bentuk dan fungsi palpebra yang memiliki peran penting dalam proteksi permukaan okular dan distribusi *tear film*. Pemilihan metode rekonstruksi palpebra bergantung pada usia pasien, kondisi palpebra, ukuran dan posisi defek, serta preferensi operator. Prioritas pada rekonstruksi palpebra adalah pembentukan *margin* palpebra yang stabil, tinggi dan penutupan palpebra yang adekuat, pembentukan lamela anterior dan posterior, dan kosmetik yang baik.^{1,3,5}



Gambar 3.1 Skema rekonstruksi defek pada palpebra superior
Dikutip dari: AAO¹

Defek *full-thickness* pada palpebra membutuhkan rekonstruksi lamela posterior dan anterior, dimana salah satunya harus memiliki suplai pembuluh darah. Defek *full-thickness* yang melibatkan *margin* palpebra dengan ukuran mencapai 33% dapat direkonstruksi dengan *direct closure*. Defek *full-thickness* yang melibatkan *margin* palpebra dengan ukuran mencapai 50% dapat direkonstruksi dengan *direct closure* dan *release* jaringan pada kantung lateral, seperti *lateral cantholysis*, *flap* semisirkular, *McGregor cheek flap*. Defek *full-thickness* yang melibatkan *margin* palpebra dengan ukuran lebih dari 50% dapat direkonstruksi dengan kombinasi *flap* dan *graft*. Penggunaan *graft* untuk rekonstruksi lamela posterior dapat diambil dari jaringan tarsus palpebra kontralateral, mukosa palatum, atau septum nasi. Metode lain untuk rekonstruksi defek *full-thickness* dengan ukuran lebih dari 50% pada palpebra superior adalah dengan menggunakan *flap* yang terdiri dari lamela anterior dan posterior, yang diambil dari palpebra inferior, seperti *Cutler-Beard flap* dan *switch flap*.^{1,5,9,10}

Kedua pasien ditatalaksana bedah dengan eksisi luas lesi tumor yang menyebabkan defek *full-thickness* pada palpebra superior dengan ukuran mencapai

50%, dengan demikian rekonstruksi palpebra superior tidak dapat dilakukan dengan *direct closure* maupun dengan *release* jaringan pada kantung lateral. Rekonstruksi defek *full-thickness* palpebra superior pada kedua pasien menggunakan *Cutler-Beard flap* dilakukan dengan pertimbangan ukuran defek yang besar dengan menggunakan *advancement* dan pengambilan jaringan yang minimal untuk mencapai hasil rekonstruksi yang baik. Penelitian Mandal et al tahun 2016 mendapatkan bahwa rekonstruksi palpebra superior menggunakan *Cutler-Beard flap* dapat menghasilkan kosmetik dan fungsional yang cukup baik pada palpebra superior, namun demikian terdapat kelemahan pada teknik tersebut yaitu dibutuhkan tindakan rekonstruksi tahap dua untuk memisahkan palpebra superior dan inferior. Komplikasi yang dapat terjadi pada teknik tersebut adalah timbulnya entropion pada palpebra superior, iregularitas *margin* palpebra, dan kehilangan silia.^{9,10}

Karsinoma glandula sebacea merupakan malignansi palpebra dengan kemungkinan rekurensi dan metastasis pada kelenjar getah bening regional serta organ lainnya yang cukup tinggi. Rekurensi dapat diturunkan dengan eksisi luas lesi tumor dengan kontrol batas sayatan menggunakan *frozen section* atau *Mohs microsurgery*. Penelitian Takahashi et al tahun 2015 mendapatkan faktor-faktor risiko yang berperan dalam timbulnya rekurensi dan metastasis pada karsinoma glandula sebacea, yaitu keterlibatan palpebra superior dan inferior, riwayat pengobatan topikal, lesi tumor multisentrik, lesi penebalan palpebra yang difus, ukuran lesi lebih dari 10 mm, dan invasi *pagetoid*. Hasil penelitian tersebut dapat digunakan sebagai pertimbangan dalam perencanaan dan pemberian terapi *adjuvant* pada pasien yang memiliki gambaran klinis tersebut pasca tindakan bedah.^{3,4,11}

Pada kedua pasien didapatkan gambaran klinis dengan ukuran lesi melebihi 10 mm dengan riwayat pengobatan sebelumnya, dan pada pasien pertama telah ditemukan adanya bukti metastasis pada kelenjar getah bening regional. Untuk itu dapat dipertimbangkan pemberian terapi *adjuvant* pada pasien pertama dan *follow up* rutin pada pasien kedua.

IV. Simpulan

Karsinoma glandula sebasea merupakan salah satu bentuk malignansi palpebra dengan gambaran klinis menyerupai kelainan palpebra lainnya, sehingga sering ditemukan keterlambatan diagnosis dan tatalaksana, yang berhubungan dengan angka rekurensi dan metastasis yang lebih tinggi. Tatalaksana bedah dengan eksisi luas lesi tumor merupakan modalitas utama tatalaksana karsinoma glandula sebasea pada palpebra. Eksisi luas lesi tumor menimbulkan defek *full-thickness* palpebra yang memerlukan tindakan rekonstruksi untuk mengembalikan bentuk dan fungsi palpebra. Pilihan teknik rekonstruksi palpebra harus disesuaikan dengan keadaan klinis seperti ukuran defek dan keterlibatan struktur periokular untuk menghasilkan kosmetik dan fungsional yang baik.

DAFTAR PUSTAKA

1. American Academy of Ophthalmology. Orbit, Eyelids, and Lacrimal System. In: Cantor LB, Rapuano CJ, Chioffi GA, editors. Basic and clinical science course. San Fransisco: American Academy of Ophthalmology; 2014-2015.p.181-5.
2. American Academy of Ophthalmology. Ophthalmic Pathology and Intraocular Tumors. In: Cantor LB, Rapuano CJ, Chioffi GA, editors. Basic and clinical science course. San Fransisco: American Academy of Ophthalmology; 2014-2015.
3. Yin VT, Merritt HA, Sniegowski M, Esmaeli B. Eyelid and ocular surface carcinoma: Diagnosis and management. *Clin Dermatol.* 2015;33(2):159–69.
4. Mulay K, Aggarwal E, White VA. Periocular sebaceous gland carcinoma : A comprehensive review. *Saudi J Ophthalmol.* 2013;27(3):159–65.
5. Eyelid Reconstruction. In: Tyers A, Collin J, editors. Colour atlas of Ophthalmic plastic surgery. Edisi ke-3. China: Mosby Elsevier;2008. Hal 349-419.
6. Karan S, Nathani M, Khan T, Ireni S, Khader A. Clinicopathological study of eye lid tumors in Hyderabad – A review of 57 cases. *J Med Allied Sci.* 2016;6(2):72–6.
7. Kaliki S, Ayyar A, Dave TV, Ali MJ, Mishra DK, Naik MN. Sebaceous gland carcinoma of the eyelid : clinico- pathological features and outcome in Asian Indians. *Eye.* 2015;29(7):958–63.
8. Domingo RE, Manganip L, Castro R. Tumors of the eye and ocular adnexa at the Philippine Eye Research Institute: a 10-year review. *Clin Ophthalmol.* 2015;9:1239–47.
9. Rahmi D, Mehmet BJ, Ceyda BG, Sibel ÖL. Clinical Study Management of the Large Upper Eyelid Defects with Cutler-Beard Flap. *J Ophthalmol.* 2014;2014:1–5.
10. Mandal SK, Fleming JC, Reddy SG, Fowler BT. Total Upper Eyelid Reconstruction with Modified Cutler-Beard Procedure Using Autogenous Auricular Cartilage. *J Clin Diagnostic Res.* 2016;10(8):1–4.
11. Takahashi Y, Takahashi E, Nakakura S, Kitaguchi Y, Mupas-uy J, Kakizaki H. Risk Factors for Local Recurrence or Metastasis of Eyelid Sebaceous Gland Carcinoma After Wide Excision With Paraffin Section Control. *Am J Ophthalmol.* 2016;171:67–74.