

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Penelitian

Neoplasma kutaneus jinak dan ganas pada kulit periokular dapat berkembang dari epidermis, dermis atau struktur adneksa kelopak mata. Sebagian besar lesi jinak dan ganas pada periokular berasal dari epidermis yang berkembang secara cepat pada permukaan superfisial kulit.^{1,2,3}

Keganasan palpebra sering terjadi di negara-negara Barat dengan persentase sebesar 10% dari seluruh karsinoma pada kepala dan leher. Sekitar 5-9,2% kanker kulit berasal dari palpebra dan merupakan 11% dari angka mortalitas keganasan kulit.⁴ Neoplasma pada palpebra terutama karsinoma dapat menyerupai blefaritis, konjungtivitis, dan peradangan granuloma. Penanganan yang tepat akan sulit bila terlambat dalam menentukan diagnosis. Tujuan utama penanganan lesi periokular adalah untuk mengidentifikasi dan mendiagnosis secara cepat adanya suatu keganasan.^{1,2,3}

Dari beberapa hasil penelitian saat ini frekuensi lesi jinak sebanyak 70-75% dari semua lesi palpebra dan neoplasma maligna sekitar 25-30%. Lesi jinak yang paling sering adalah papiloma skuamosa (26%), nevus (22%), kista (20%), keratosis seboroik (13%) dan lesi vaskular (9%).⁵ Neoplasma ganas yang paling sering terjadi adalah karsinoma sel basal diikuti oleh karsinoma sel skuamosa, karsinoma kelenjar sebaceous, dan melanoma. Suatu penelitian yang dilakukan di Singapura menunjukkan kejadian karsinoma sel basal sebanyak 87,1% dan karsinoma sel sebaceous sebanyak 8,7%, angka

ini berbeda dengan yang ditemukan di India dan Jepang yaitu karsinoma sel basal 29,8% dan 32,6%, sedangkan karsinoma sel skuamosa 28,1% dan 13,5%.^{4,6,7,8}

Penilaian klinis telah terbukti kurang akurat dalam membedakan keganasan dari lesi jinak maka sangat direkomendasikan pemeriksaan histopatologi. Pada hasil penelitian Kersten melaporkan terjadi risiko kesalahan diagnosis 2,3% secara klinis dalam membedakan lesi palpebra jinak dengan lesi keganasan. Ozdal juga melaporkan adanya risiko ketidaksesuaian diagnosis secara klinis dengan hasil histopatologi sebanyak 1,4% pada kasus-kasus khalazion dengan karsinoma sel basal (1,1%) dan karsinoma kelenjar sebaceous (0,3%).^{5,9} Bila lesi ganas maka akan mempengaruhi penatalaksanaan yaitu pengambilan jaringan harus lengkap dan tepi jaringan harus bebas sel tumor. Teknik pengambilan yang direkomendasikan adalah bedah eksisi dengan kontrol *frozen-section* dan bedah mikrografik Mohs.^{8,9}

Penelitian mengenai tumor palpebra di Indonesia masih sedikit. Moeloek (1983) melakukan penelitian di Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo untuk mengetahui prevalensi tumor ganas palpebra. Sedangkan di Jawa Barat sampai saat ini belum ada data mengenai tumor palpebra. Berdasarkan hal tersebut peneliti ingin mengetahui karakteristik tumor palpebra baik jinak maupun ganas dan penatalaksanaannya di Rumah Sakit Mata Cicendo.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana karakteristik gambaran tumor palpebra dan penatalaksanaannya di Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung pada tahun 2009.

1.3 Tujuan Penelitian

Untuk mengetahui karakteristik gambaran tumor palpebra dan penatalaksanaannya di Rumah Sakit Mata Cicendo.

1.4 Kegunaan Penelitian

Dari data yang didapatkan mengenai karakteristik penderita dan karakteristik tumor palpebra di Rumah Sakit Mata Cicendo, diharapkan dapat memberikan gambaran mengenai karakteristik lesi keganasan ataupun jinak pada palpebra dan penatalaksanaannya di Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung.

BAB II

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Kajian Pustaka

Tumor palpebra merupakan kasus yang cukup sering ditemukan di bidang oftalmologi. Tumor palpebra dibedakan menjadi dua tipe yaitu tumor palpebra jinak dan ganas.

Banyak tumor palpebra dapat mudah dikenali dari penampilan klinis, akan tetapi ada juga tumor palpebra berbeda yang memberikan gambaran klinis yang serupa sehingga ini merupakan tantangan bagi seorang oftalmologis.

2.1.1 Prevalensi

Tumor palpebra diperkirakan terjadi lebih dari 90% dari keseluruhan tumor pada mata.⁴ Dari hasil penelitian yang dilakukan di Jepang frekuensi lesi jinak sebanyak 70-75% dari semua lesi palpebra dan neoplasma maligna sekitar 25-30%. Lesi jinak yang paling sering adalah papiloma skuamosa (26%), nevus (22%), kista (20%), keratosis seboroik (13%) dan lesi vaskular (9%).⁸ Neoplasma ganas yang paling sering terjadi adalah karsinoma sel basal diikuti oleh karsinoma sel skuamosa, karsinoma kelenjar sebaceous, dan melanoma. Suatu penelitian yang dilakukan di Singapura menunjukkan kejadian karsinoma sel basal sebanyak 87,1% dan karsinoma sel sebaceous sebanyak 8,7%, angka ini berbeda dengan yang ditemukan di India dan Jepang yaitu karsinoma sel basal 29,8% dan 32,6%, sedangkan karsinoma sel skuamosa 28,1% dan 13,5%.^{4,6,7,8}

2.1.2 Anatomi Palpebra

Pemahaman yang baik mengenai anatomi palpebra sangatlah penting untuk mendiagnosis suatu tumor palpebra dan penatalaksanaan bedah yang akan dilakukan.

Palpebra atau kelopak mata merupakan struktur lipatan kulit yang menutupi serta melindungi bola mata bagian anterior. Kelopak mata atas mempunyai peran yang lebih aktif dibandingkan kelopak mata bawah.¹

2.1.2.1 Struktur Lapisan Palpebra

Kelopak mata dibagi menjadi 7 lapisan, yaitu: (1) kulit dan jaringan subkutan, (2) otot-otot protraktor, (3) septum orbita, (4) lemak orbita, (5) otot-otot retraktor, (6) tarsus, dan (7) konjungtiva (Gambar 2.1, 2.2 dan 2.3).^{1,2} Untuk kepentingan rekonstruksi, kelopak mata dibagi menjadi dua bagian yaitu lamella anterior (kulit dan otot orbikularis) dan lamella posterior (lempeng tarsal dan konjungtiva).¹⁰

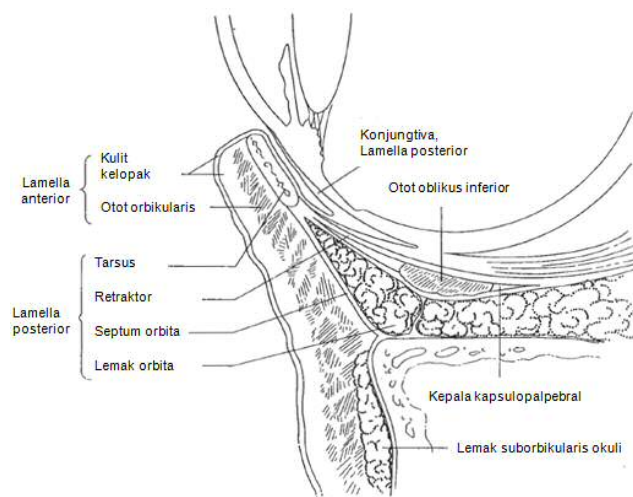
2.1.2.2 Kulit dan Jaringan Subkutan

Kulit palpebra adalah lapisan kulit paling tipis dari keseluruhan tubuh manusia. Kulit terdiri dari dua lapisan, yaitu epidermis dan dermis. Epidermis merupakan lapisan superfisial kulit yang menutupi seluruh tubuh. Dermis adalah lapisan dalam kulit.^{1,2,5,10}

Sel-sel berubah menjadi permukaan kulit diawali dengan sel basal hingga pertautan epidermis dan dermis. Sel-sel epidermis berubah dan bergerak menuju kulit permukaan. Keganasan kulit paling sering adalah karsinoma sel basal, berasal dari *undifferentiated cells* pada lapisan basal; karena sel-sel ini tidak memproduksi keratin, maka karsinoma sel basal tidak didapatkan hiperkeratosis, karsinoma sel skuamosa

berasal dari sel-sel epidermis kulit yang lebih superfisial, sehingga pada karsinoma sel skuamosa didapatkan hiperkeratosis.^{1,5,10}

Pada dermis terdapat adneksa kulit. Adneksa merupakan jaringan tambahan khusus pada kulit yang terdiri dari kelenjar sebaceous, kelenjar keringat, dan rambut. Tiap jaringan adneksa terdiri dari sel khusus yang dapat membentuk baik proliferasi solid atau kistik. Tumor biasanya berasal dari adneksa termasuk khalazion dan kista. Pada dermis juga terdapat sejumlah jaringan lain yaitu pembuluh darah, fibrosa dan elemen neural. Tiap jaringan ini dapat berkembang menjadi tumor pada kelopak mata.^{1,3,10}

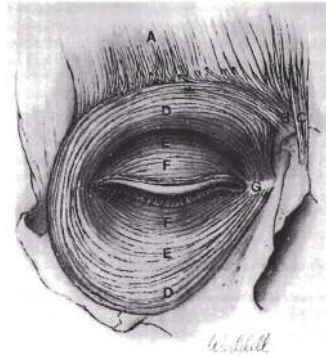


Gambar 2.1. Anatomi kelopak mata bawah
Dikutip dari: American Academy of Ophthalmology.¹

2.1.2.3 Otot Protraktor

Otot orbikularis okuli merupakan protraktor utama dari kelopak mata. Kontraksi otot ini menyebabkan penyempitan fisura kelopak mata. Otot orbikularis okuli dibagi menjadi tiga bagian, yaitu pretarsal, preseptal dan orbital. Bagian kelopak mata (pretarsal dan preseptal) berperan pada pergerakan kelopak mata yang tidak disadari (berkedip),

sedangkan bagian orbital berperan pada penutupan kelopak mata dengan menggunakan tenaga (mengedipkan mata dan blefarospasme).^{1,11}



Gambar 2.2. Otot orbikularis okuli dan sekitarnya. A, Otot frontalis; B, Otot korugator supersiliaris; C, Otot proserus; D, Otot orbikularis (bagian orbital); E, Otot orbikularis (bagian preseptal); F, Otot orbikularis (bagian pretarsal); G, Tendon kantung medial; H, Tendon kantung lateral.

Dikutip dari: American Academy of Ophthalmology.¹

2.1.2.4 Septum Orbita

Septum orbita merupakan lapisan-lapisan tipis jaringan fibrosa yang berasal dari periosteum di atas rima orbita superior. Septum orbita merupakan sawar antara orbita dan kelopak mata dalam penyebaran infeksi atau perdarahan.^{1,11}

2.1.2.5 Lemak Orbita

Secara normal lemak orbita terletak di belakang septum orbita dan di depan aponeurosis levator. Pada pasien usia lanjut dimana terjadi penipisan septum terkadang dapat terjadi herniasi lemak orbita ke bagian anterior kelopak mata.¹

2.1.2.6 Otot Retraktor

Retraktor kelopak mata atas adalah otot levator beserta aponeurosisnya dan otot tarsal superior yang dipersarafi saraf simpatis (otot Muller). Pada kelopak mata bawah, retractoranya adalah fascia kapsul palpebra inferior dan musculus tarsus inferior. Fascia kapsul pada kelopak mata bawah identik dengan aponeurosis levator pada kelopak mata atas sedangkan otot tarsal bawah identik dengan otot Muller pada kelopak mata atas.¹

2.1.2.7 Tarsus

Tarsus merupakan lempengan jaringan ikat yang padat dan kuat yang merupakan kerangka kelopak mata. Tarsus kelopak mata atas di bagian sentral memiliki panjang vertikal sekitar 10-12 mm sedangkan pada kelopak bawah sekitar 4 mm.^{1,11}

2.1.2.8 Konjungtiva

Konjungtiva merupakan epitel skuamosa nonkeratin, membentuk lapisan posterior kelopak mata yang berisi sel Goblet yang memproduksi musin dan kelenjar lakrimal aksesorius Krause dan Wolfring. Kelenjar lakrimal aksesorius di jaringan subkonjungtiva banyak ditemukan pada kelopak mata atas di daerah antara garis tarsal superior dan forniks. Pada kelopak mata bawah sedikit terdapat di daerah forniks bawah.¹

2.1.3 Anatomi Palpebra Lainnya

2.1.3.1 Bantalan Lemak Suborbikularis

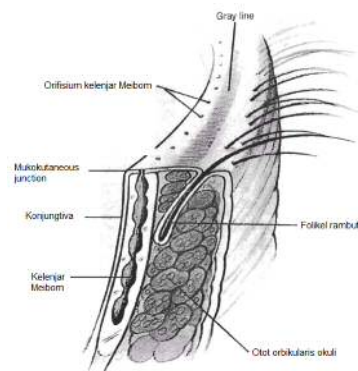
Lemak suborbikularis okuli menyebar dari kelopak mata bawah sampai ke bagian tengah wajah. Lemak suborbikularis okuli berperan penting pada penurunan gradual secara gravitasi jaringan lunak bagian tengah wajah pada proses penuaan.¹

2.1.3.2 Tendon Kantus

Konfigurasi fisura kelopak mata dibentuk oleh tendon kantus medial dan lateral yang berhubungan erat dengan lempengan tarsus. Pemotongan, peregangan atau disinsersi dari tendon kantus biasanya menyebabkan problem kosmetik maupun fungsional seperti telekantus dan kelemahan horizontal kelopak mata.¹

2.1.3.3 Margo Palpebra

Mucocutaneous junction dari margo palpebra seringkali disalahartikan sebagai *gray line*. *Gray line* yang sebenarnya biasanya jelas terlihat, merupakan daerah yang terdiri dari bagian otot orbikularis okuli yang terisolasi (Riolan's) yang terletak tepat didepan tarsus. *Mucocutaneous junction* berlokasi di belakang orifisium kelenjar meibom pada margo palpebra.¹



Gambar 2.3. Anatomi margo kelopak mata
Dikutip dari: American Academy of Ophthalmology.¹

2.1.3.4 Bulu Mata

Bulu mata pada kelopak mata atas berjumlah sekitar 100 helai dan pada kelopak mata bawah sekitar 50 helai. Bulu mata biasanya muncul di daerah anterior margo tepat di depan lempengan tarsus dan berjajar sekitar dua atau tiga baris. Pada daerah karunkula mungkin bisa didapatkan sedikit silia.¹

2.1.3.5 Kelenjar Meibom

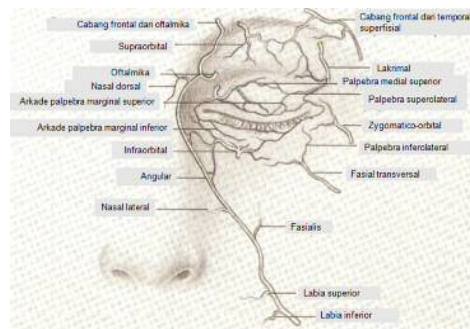
Kelenjar meibom terletak di tarsus yang berjumlah sekitar 25 buah pada kelopak mata atas dan 20 buah pada kelopak mata bawah. Pada saat kelopak mata dieversikan, kelenjar meibom terlihat sebagai struktur panjang yang berwarna kuning dibawah konjungtiva.^{1,11}

2.1.3.6 Perdarahan kelopak mata

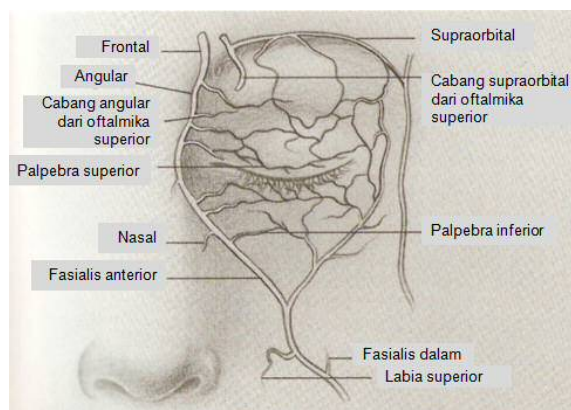
Vaskularisasi yang ekstensif pada kelopak mata akan mempercepat penyembuhan luka dan menjaga dari infeksi. Suplai arteri kelopak mata berasal dari dua sumber utama,

yaitu: (1) arteri karotis interna melalui arteri oftalmika beserta cabang-cabangnya (supraorbital dan lakrimal) dan (2) arteri karotis eksterna melalui arteri-arteri pada wajah (angular dan temporal). Terjadi sirkulasi kolateral ekstensif diantara dua sistem ini, anastomosis melalui kelopak mata atas dan bawah membentuk arkade marginal dan periferal pada kelopak mata (Gambar 2.4).¹

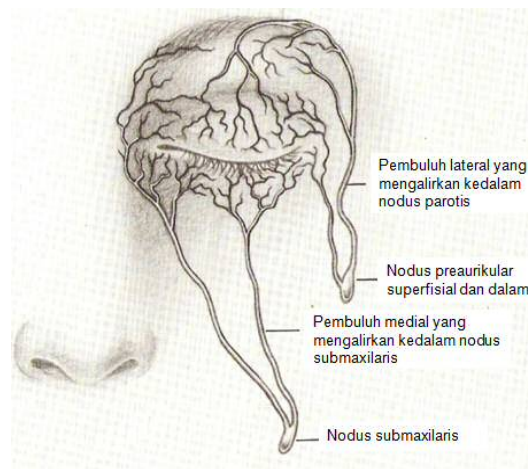
Aliran vena kelopak mata dibagi menjadi pretarsal dan posttarsal. Drainase jaringan pretarsal masuk kedalam vena angular pada daerah medial dan melalui vena temporal superficial di daerah lateral. Drainase jaringan posttarsal masuk kedalam vena orbital dan cabang terdalam vena fasialis anterior dan pleksus pterygoid (Gambar 2.5).¹



Gambar 2.4. Sistem arterial kelopak mata dan periorbita
Dikutip dari: Kohn Roger.¹²



Gambar 2.5. Sistem venous kelopak mata dan periorbita
Dikutip dari: Kohn Roger.¹²

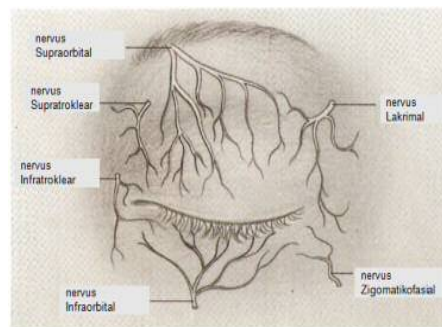


Gambar 2.6. Drainase limfatik kelopak mata dan periorbita
Dikutip dari: Kohn Roger.¹²

Pembuluh limfatik yang melayani daerah medial kelopak mata mengalir kedalam nodus limfatik submaksilaris. Cabang limfatik yang melayani daerah lateral kelopak mata mengalir kedalam nodus preaurikular superfisial dan kemudian masuk ke nodus servikal yang lebih dalam (Gambar 2.6).¹

2.1.3.7 Persarafan Kelopak Mata

Suplai saraf sensoris kelopak mata berasal dari cabang divisi pertama dan kedua dari nervus V. Cabang-cabang dari nervus supraorbita (V_1) berinervasi di daerah dahi dan periokular lateral. Cabang-cabang dari nervus maxillari (V_2) berinervasi di daerah kelopak mata bawah dan pipi (Gambar 2.7). Suplai saraf motorik kelopak mata berasal dari nervus III, nervus VII, dan saraf simpatik.¹



Gambar 2.7. Persarafan sensoris kelopak mata dan periorbita
Dikutip dari: Kohn Roger.¹²

2.1.4 Evaluasi Klinis Tumor Palpebra

Tumor palpebra harus dapat dievaluasi secara cermat dan hati-hati supaya mendapatkan diagnosis dan penanganan yang tepat. Riwayat perjalanan penyakit dan pemeriksaan fisik lesi palpebra dapat memberikan petunjuk kemungkinan adanya keganasan. Faktor predisposisi yang dapat menjadi suatu keganasan adalah: riwayat kanker kulit sebelumnya, paparan berlebihan sinar matahari, pernah terapi radiasi sebelumnya, riwayat merokok dan ras skandinavia atau *Celtic*.^{1,3,13}

Tanda-tanda klinis yang merupakan curiga keganasan adalah adanya ulserasi dengan perdarahan dan krusta, tidak nyeri, perubahan pigmen yang ireguler, destruksi struktur tepi palpebra, hilangnya silia, adanya telangiektasis, dan hilangnya kerutan halus kulit. Untuk lesi ganas sangat penting melakukan palpasi kelenjar limfe regional untuk mencari adanya penyebaran tumor.^{1,3,13}

2.1.5 Lesi Jinak Palpebra

2.1.5.1 Hiperplasia Epitel

Terminologi yang digunakan oleh dermatopatologi untuk mendeskripsikan bentuk proliferasi epitel jinak selalu berkembang dan kadang membingungkan. Bila proliferasi epitel jinak ini dimasukkan kedalam grup papiloma akan sangat memudahkan, yang termasuk dalam kelompok ini adalah keratosis seboroik, hiperplasia pseudoepitelioma, veruka vulgaris, akrokordon atau *skin tags*.^{1,2,3,13}

Keratosis seboroik merupakan papiloma palpebra jinak yang sering ditemukan. Sering terjadi pada usia pertengahan tahun dan pasien yang lebih tua. Gambaran klinis bervariasi bisa berpedunkulasi dengan derajat pigmentasi yang beragam dan hiperkeratosis. Pada kulit wajah keratosis seboroik biasanya tampak sebagai lesi halus, berminyak, *immobile* pada kulit palpebra yang sangat tipis.^{1,2,3,13}

Pseudoepitelioma hiperplasia bukanlah suatu lesi yang berbatas tegas, lebih ke arah pola perubahan palpebra reaktif yang dapat terjadi di atas daerah peradangan atau neoplasia.^{1,2}

Veruka vulgaris adalah infeksi epidermal yang disebabkan virus human papilloma (tipe VI atau XI), jarang terjadi pada kulit palpebra. Krioterapi dapat menghilangkan lesi ini dan meminimalkan risiko penyebaran virus.^{1,2}

2.1.5.2 Kista Epitel Jinak

Kista epidermis merupakan lesi periokular kutaneus jinak kedua tersering. Kista epidermal kecil yang multipel disebut dengan milia. Milia muncul secara spontan, setelah

trauma atau fase penyembuhan dari penyakit bulosa. Biasanya terjadi pada bayi baru lahir. Umumnya milia akan hilang dengan sendirinya.^{1,2}

Molluscum contagiosum adalah infeksi viral epidermis yang sering mengenai margo palpebra pada anak-anak. Biasanya, lesi multipel muncul pada pasien dewasa dengan *acquired immunodeficiency syndrome* (AIDS). Karakteristik lesi adalah berminyak dan nodular dengan umbilikasi sentral. Lesi ini berhubungan dengan kejadian konjungtivitis folikularis.^{1,2,13,14}



Gambar 2.8. *Molluscum contagiosum*
Dikutip dari: Kanski JJ.¹⁴

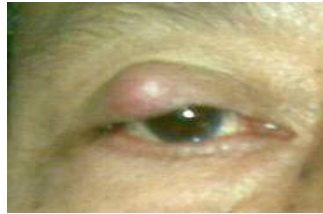
Xanthelasma adalah plak kekuningan yang dapat terjadi pada kantung medial palpebra superior maupun inferior. Plak ini merupakan kumpulan makrofag *lipid-laden* pada dermis superfisial dan jaringan subdermal. Kadang dikaitkan dengan hiperkolesterolemia atau kelainan metabolisme lipid kongenital.^{1,2,13,14}

2.1.5.3 Lesi Adneksa Jinak

Adneksa merupakan organ kulit tambahan yang berlokasi dalam dermis tetapi berhubungan dengan epidermis hingga ke permukaan, termasuk diantaranya adalah folikel rambut, kelenjar minyak, dan kelenjar keringat.^{1,2}

Khalazion merupakan peradangan fokal palpebra sebagai hasil dari sumbatan kelenjar meibom. Kelainan ini dikaitkan dengan blefaritis kronik posterior. Hordeolum

adalah suatu radang akut (biasanya karena *Staphylococcus sp.*) yang mengenai sekresi sebaceous dari kelenjar Zeiss (hordeolum eksternal) atau kelenjar meibom (hordeolum interna). Keduanya dapat sembuh spontan.^{1,2}



Gambar 2.9. Hordeolum
Dikutip dari: Dokumentasi Unit Rekonstruksi, Okuloplastik dan Onkologi

Hiperplasia sebaceous memberikan gambaran papul kecil kekuningan yang multiple. Biasanya muncul di dahi dan pipi dan sering ditemukan pada pasien usia lebih dari 40 tahun.^{1,2}

Adenoma sebaceous merupakan lesi yang jarang ditemukan, muncul sebagai papul kekuningan pada wajah, kulit kepala atau badan, dapat menyerupai karsinoma sel basal atau keratosis seboroik.^{1,2}

2.1.5.4 Lesi Kelenjar Keringat

Siringoma adalah tumor kelenjar keringat yang sering mengenai wanita muda, biasanya muncul berupa lesi multipel, kecil, berminyak nodul kuning pucat dengan diameter 1-2mm pada palpebra bawah. Siringoma biasanya terjadi pada masa pubertas dan dapat ditemukan pada aksila dan daerah sternal.^{1,2}

Adenoma pleomorfik adalah tumor jinak yang jarang, biasanya ditemukan di kepala dan leher dan dapat mengenai palpebra.^{1,2,13,14}

2.1.5.5 Tumor Folikel Rambut

Trichoepitelioma merupakan lesi kecil, papul *flesh-colored* dengan teleangiectasis di palpebra atau dahi. Secara histopatologi trichoepitelioma muncul sebagai basaloid dan kista keratin dengan struktur folikel rambut imatur.^{1,2}

Trichofolliculoma adalah lesi tunggal yang sering ditemukan pasien usia dewasa. Secara histopatologi muncul sebagai struktur kistik skuamosa berisikan keratin dan komponen rambut.^{1,2} Sedangkan *Pilomatricoma* adalah lesi yang mengenai dewasa muda dan biasanya ditemukan di alis mata dan palpebra superior sebagai masa subkutan berwarna merah keunguan melekat pada kulit dan dapat membesar.^{1,2}

2.1.5.6 Lesi Melanositik Jinak

Lesi melanositik kulit berasal dari tiga sumber yaitu sel nevus, melanosit dermal dan melanosit epidermal.^{1,2,13}

Nevi merupakan jenis lesi ketiga tersering pada daerah periokular setelah papiloma dan kista epidermal. Berasal dari sel nevus, yaitu melanosit yang berdiferensiasi tidak lengkap ditemukan pada epidermis, dermis dan zona perbatasan kedua lapisan ini. Nevi tidak tampak secara klinis saat lahir tetapi akan muncul selama masa anak-anak dan sering menyebabkan meningkatnya pigmentasi saat pubertas.^{1,2}

Dermal melanositosis dikenal sebagai nevus ota, merupakan lesi difus, kongenital nevus biru pada kulit periokular. Dermal melanosit berproliferasi pada daerah dermatom pertama dan kedua saraf kranial V. Kulit dapat berwarna biru atau coklat secara difus dan pigmentasi menyebar ke dahi sekitarnya. Proses transformasi keganasan dapat terjadi terutama pada ras kulit putih.^{1,2}

2.1.6 Lesi Premalignan Epidermal

Keratosis aktinik adalah lesi prekanker yang paling sering ditemukan. Biasanya mengenai orang yang lebih tua dengan riwayat paparan kronik sinar matahari. Secara spesifik lebih dikenal sebagai keratosis solar. Lesi ini berupa plak keratotik berbentuk bulat, bersisik dan eritema, sering mengenai wajah dan permukaan dorsal tangan. Dilaporkan bahwa hingga 25% keratosis aktinik akan sembuh spontan lebih dari 12 bulan, meski lesi baru dapat terus berkembang. Risiko menjadi proses keganasan hanya 0,24% per tahun, tetapi pada *follow-up* lanjutan pasien dengan multipel keratosis aktinik memiliki insidensi 12-16% menjadi karsinoma sel skuamosa.^{1,2,13,14}

Bowen disease merupakan karsinoma sel skuamosa in situ pada kulit. Lesi ini muncul sebagai lesi eritematosa yang berelevasi *nonhealing*, terlihat dengan bersisik, krusta atau plak keratotik berpigmentasi. Secara histopatologi merupakan lesi epidermal *full-thickness* atipia tanpa melibatkan dermis. *Bowen disease* dapat berkembang menjadi karsinoma sel skuamosa yang invasif secara vertikal.^{1,2}

Keratoacanthoma merupakan lesi jinak yang dapat sembuh sendiri, meski demikian lesi ini merupakan karsinoma sel skuamosa derajat rendah.^{1,2}

2.1.7 Lesi Keganasan pada Palpebra

Karakteristik suatu keganasan pada palpebra adalah ulserasi, indurasi lunak, iregularitas tepi dan bentuk asimetris, telangiektasia dan hilangnya struktur tepi palpebra.^{1,2,5,15,16}

2.1.7.1 Karsinoma Sel Basal

Karsinoma sel basal merupakan keganasan palpebra paling sering, berkisar 90-95% dari tumor ganas palpebra. Karsinoma sel basal sering berlokasi pada tepi palpebra inferior (50-60%) dan dekat kantung medial (25-30%). Jarang sekali pada palpebra superior (15%) dan kantung lateral (5%).^{1,2,3,15-18}

Risiko tinggi terjadinya karsinoma sel basal adalah penderita dengan kulit putih, mata biru, rambut merah atau pirang, usia pertengahan dan lebih tua. Sekitar 95% lesi ini terjadi pada pasien dengan usia 40 tahun dan 70 tahun, dengan rata-rata usia 60 tahun. Adanya riwayat terkena paparan cahaya matahari yang lama selama dua dekade pertama kehidupan dan perokok akan meningkatkan resiko terjadinya karsinoma sel basal.^{1,2,3,15-18}

Tipe karsinoma sel basal paling sering adalah nodular, lesi ini cukup mudah dikenali. Sedangkan tipe morfeaform atau *fibrosing* jarang ditemukan dan lebih agresif serta sangat sulit untuk mendiagnosanya karena lesi ini sering kali berada dibawah permukaan kulit dan sering menyerupai lesi jinak, seperti hilangnya bulu mata, entropion atau ektropion, retraksi palpebra, khalazion dan blefaritis kronik.^{1,2,3,15-18}



Gambar 2.10. Karsinoma sel basal
Dikutip dari: Dokumentasi Unit Rekonstruksi, Okuloplastik & Onkologi

Tumor ini juga jarang bermetastasis, akan tetapi jika lesi ini rekuren dan terabaikan dapat menginvasi orbita sehingga membutuhkan tindakan eksenterasi orbita.^{1,2,3}

2.1.7.2 Karsinoma Sel Skuamosa

Karsinoma sel skuamosa merupakan 40 kali lebih jarang terjadi dibandingkan karsinoma sel basal, akan tetapi lebih agresif. Tumor dapat tumbuh spontan dari luka bakar akibat paparan matahari dan keratosis aktinik.^{1,2,3,15-18}

Karsinoma sel skuamosa dapat bermetastase melalui sistem limfatik, transmisi pembuluh darah atau penyebaran langsung, kadang sepanjang jalur saraf.^{1,2}



Gambar 2.11. Karsinoma sel skuamosa
Dikutip dari : Dokumentasi Unit Rekonstruksi, Okuloplastik & Onkologi

2.1.7.3 Adenokarsinom Sebaceous

Adenokarsinoma sebaceous adalah tumor yang sangat ganas dan berpotensi letal yang berasal dari kelenjar meibom pada lempeng tarsal, kelenjar Zeis yang berhubungan dengan bulu mata; atau dari kelenjar sebaceous. Tidak seperti karsinoma sel basal atau sel skuamosa, adenokarsinoma sebaceous lebih sering terjadi pada wanita dan dua kali lebih sering mengenai palpebra superior.^{1,2,3,15-18}



Gambar 2.12. Adenokarsinoma sebaceus
Dikutip dari: Dokumentasi Unit Rekonstruksi, Okuloplastik & Onkologi

Tumor ini sering menyerupai lesi palpebra jinak. Secara klinis kadang mirip dengan khalazion, blefaritis kronis, keratokonjungtivitis superior limbik atau pannus yang disebabkan oleh konjungtivitis inklusi pada dewasa. Nodul yang awalnya menyerupai khalazion lalu diikuti hilangnya bulu mata dan destruksi orifisium kelenjar meibom merupakan karakteristik adenokarsinoma sebaceus.^{1,2,3,15-18}

2.1.7.4 Melanoma Maligna

Melanoma maligna merupakan kanker yang menyerang kulit dengan angka kejadian berkisar 5%. Insidensi melanoma maligna semakin lama semakin meningkat pada lebih dari setengah abad terakhir. Faktor risiko melanoma maligna diantaranya adalah kongenital dan displasia nevus, paparan cahaya matahari yang berlebihan, faktor genetik, usia lebih dari 20 tahun dan ras kaukasia. Melanoma maligna lebih sering terjadi sebanyak 12 kali lipat pada orang kulit putih dibanding kulit hitam. Berbeda halnya dengan Karsinoma sel basal, riwayat adanya luka bakar berat akibat sinar matahari (*sunburn*) dibanding dengan akumulasi paparan aktinik, menjadi faktor risiko mayor berkembangnya melanoma maligna. Meskipun kejadian melanoma maligna hanya 5%

dari seluruh kanker kulit, primer dari tumor ini adalah jarang (< 1% dari keganasan palpebra). Melanoma harus dicurigai pada setiap pasien usia dua dekade pertama kehidupan dengan lesi pigmentasi. Gambaran klinis khas dari melanoma adalah warna pigmentasi yang bervariasi dalam lesi, dengan batas lesi ireguler dan dapat ditemukan ulserasi dan berdarah.^{1,2,3,15-18}



Gambar 2.13. Melanoma maligna
Dikutip dari : Kanski JJ.¹⁴

2.1.8 Penatalaksanaan Bedah pada Lesi Palpebra

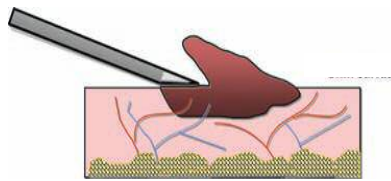
Jenis dan ukuran tumor palpebra akan menentukan tindakan pengambilan jaringan tumor tersebut. Sangat penting bagi seorang operator bedah untuk dapat menilai klinis tumor palpebra secara tepat dan menentukan rencana bedah yang sesuai. Berikut adalah teknik-teknik biopsi dan rekonstruksi yang dapat dilakukan :

2.1.8.1 Teknik Biopsi

2.1.8.1.1 Biopsi “Shave”

Untuk lesi yang meninggi dengan etiologi belum jelas, terutama bila terletak di batas palpebra maka prosedur biopsi *shave* sangat berguna. Prosedur ini memberikan sampel jaringan untuk pemeriksaan histopatologi tanpa memberikan risiko pada bulu mata, deformitas palpebra atau komplikasi lain. Prosedur ini menggunakan skalpel untuk

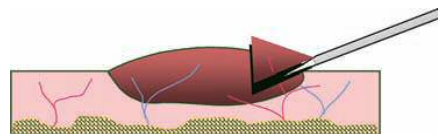
mencukur bagian lesi yang meninggi hingga rata dengan permukaan sekitarnya. Bila lesi jinak atau dapat diobati secara medis maka tidaklah perlu pembedahan lagi. Bagaimanapun bila hasilnya ternyata membutuhkan eksisi lengkap maka diperlukan tindakan reseksi *wedge*, dianjurkan dilakukan dengan kontrol *frozen section*.⁵



Gambar 2.14. Biopsi shave
Dikutip dari: Dutton.⁵

2.1.8.1.2 Biopsi insisi

Untuk lesi yang lebih besar yang tidak dapat dilakukan dengan biopsi cukur, maka bagian kecil tumor dapat di eksisi dan diserahkan untuk pemeriksaan histopatologi. Sama seperti halnya dengan biopsi cukur, sebagian tumor sengaja disisakan untuk selanjutnya dilakukan pembedahan berikutnya.⁵

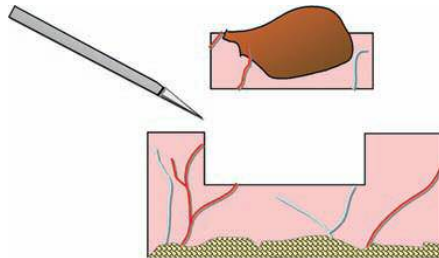


Gambar 2.15. Bopsi insisi
Dikutip dari: Dutton.⁵

2.1.8.1.3 Biopsi Eksisi

Bila lesi cukup kecil yang memungkinkan untuk diambil keseluruhan tumor pada prosedur pembedahan pertama maka biopsi eksisi adalah paling baik. Tindakan ini dibenarkan bila lesi jinak sehingga tepi lesi bebas tumor bisa diabaikan. Sebagian kecil jaringan normal dari tepi lesi ikut diambil. Bila dicurigai adanya lesi ganas atau lesi jinak

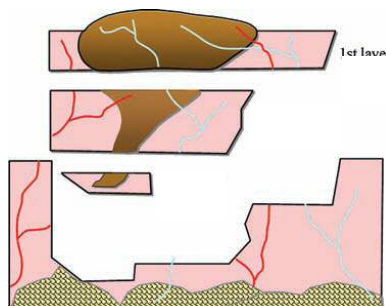
dengan angka kekambuhan tinggi maka bila pengangkatan tidak lengkap, maka eksisi ulang harus dilakukan dengan kontrol *frozen section*.⁵



Gambar 2.16. Biopsi eksisi
Dikutip dari: Dutton.⁵

2.1.8.1.4 Eksisi *Mohs Microsurgical*

Untuk semua kasus tumor ganas daerah palpebra maka prosedur Mohs memberikan angka kesembuhan paling tinggi, umumnya sekitar 99%-99,5%. Urutan lapis demi lapis dipotong dan semua permukaan diberi tanda. Pemeriksaan histologi semua potongan dilakukan oleh seorang operator bedah yang sudah terlatih dan pemetaan detail dibuat untuk mendapatkan lokasi yang tepat jika ada sisa tumor. Potongan lapisan tambahan bila residu patologis ditemukan. Prosedur ini berlanjut hingga semua tepi bebas dari tumor. Kebanyakan kasus akan menghasilkan defek yang membutuhkan rekonstruksi menggunakan flap atau graft.⁵



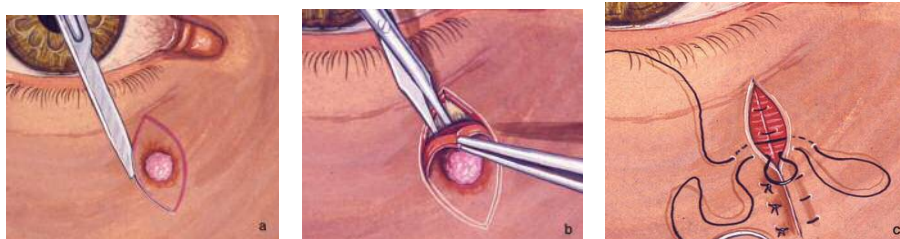
Gambar 2.17. Eksisi Mohs
Dikutip dari: Dutton.⁵

2.1.8.2 Teknik Rekonstruksi Palpebra

2.1.8.2.1 Teknik Penutupan langsung

Untuk defek yang kecil (ukuran defek <30% pada usia muda, <40% pada usia tua) yang tidak melibatkan kulit dan otot margo palpebra maka dapat dilakukan dengan penutupan langsung. Defek dapat dieksisi dengan insisi eliptikal. Otot dan kulit kemudian dijahit selapis demi lapis. Kadang dibutuhkan *undermining* pada tepi untuk sedikit memperluas defek.^{1,5}

Penutupan defek secara langsung juga masih dapat dilakukan bila terdapat defek < 30% dari margo palpebra, sedangkan pada usia tua sekitar 40 – 50% bila defek tersebut terlalu besar untuk penutupan langsung, dapat dilakukan pemotongan dari tendon kantung lateral yang dapat memberikan mobilisasi ke arah medial sekitar 3-5 mm, namun tindakan tersebut harus berhati – hati mengingat terdapat glandula lakrimalis di sepertiga lateral kelopak mata atas.¹ Defek yang ireguler sebaiknya dirubah menjadi bentuk pentagonal.^{12,20}



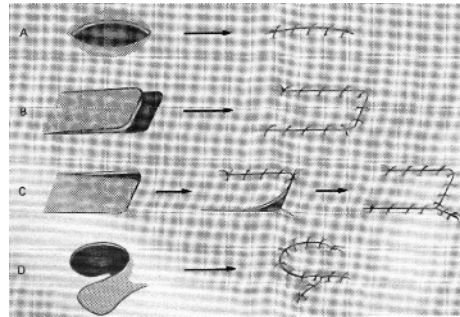
Gambar 2.18. Teknik Eksisi eliptikal
Dikutip dari : Dutton.⁵

2.1.8.2.2 Teknik Graft dan Flap

Defek sedang (ukuran defek 30%-50% pada usia muda, 40-60% pada usia tua) pada kelopak atas yang mengenai margo dapat dilakukan dengan beberapa teknik antara lain flap semisirkular (*tenzel flap*), flap tarsokonjungtival *sliding*, dan *composite graft* serta variasinya.^{1,5,10}

Pada teknik flap semisirkular (Tenzel) diawali dengan melakukan kantolisis lateral, kemudian dilakukan pembuatan flap kulit dan otot orbikularis berbentuk semisirkular dengan lengkungan yang tinggi dimana diameter vertikal lebih tinggi daripada diameter horizontal dan hindari pemotongan melebihi batas lateral dari alis. Bebaskan septum orbita, tarik kearah medial untuk penutupan defek. Penjahitan kantung lateral menggunakan benang *nonabsorbable* 4.0 dengan tehnik vertikal matras, berfungsi untuk mengantungkan ke bagian tendon kantung yang masih intak, kemudian dilakukan penjahitan otot orbikularis dan kulit.^{1,10,12,16}

Pada teknik flap tarsokonjungtiva *sliding*/geser, lamelar posterior (tarsus) berasal dari jaringan kelopak mata normal yang berdekatan. Flap tersebut diselipkan pada defek untuk merekonstruksi lamela posterior. Lamela anterior diambil dari graft seluruh ketebalan dari retroaurikular atau bila memungkinkan menggunakan tehnik flap dari jaringan yang berdekatan.^{1,12,20}



Gambar 2.19. Jenis flap: A. sliding, B. advancement, C. rotational, D. transposition.
Dikutip dari: Kohn Roger.¹²

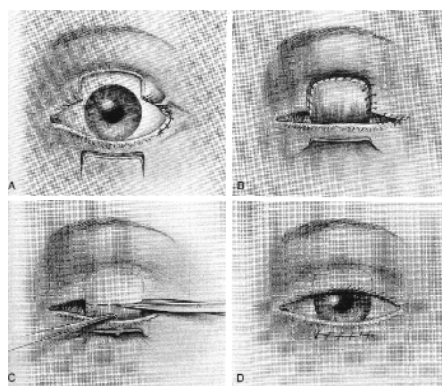
Composite graft adalah graft seluruh ketebalan yang diambil dari kelopak mata donor dengan bentuk pentagonal yang kemudian ditransplantasikan ke kelopak mata resipien.¹

Pada defek kelopak mata bawah yang lebih besar dimana dibutuhkan mobilisasi yang lebih besar dapat digunakan tehnik kombinasi flap semisirkular rotasional (Tenzel). Pada tehnik ini dilakukan kantolisis lateral kemudian dilakukan pembuatan flap kulit dan otot orbikularis secara semisirkuler dengan diameter vertikal sekitar 22 mm dan diameter horizontal sekitar 18 mm. Dilakukan mobilisasi flap ke medial dan dilakukan penjahitan untuk menutup defek. Dilakukan penjahitan kantung lateral untuk menggantungkan ke bagian tendon kantung yang masih intak, hal ini penting untuk membut tegangan yang cukup sehingga dapat mencegah terjadinya ektropion.^{1,19}

Tarsokonjungtival autograf dari lapisan bagian bawah kelopak mata atas dapat ditransplantasikan kedalam defek kelopak mata bawah untuk merekonstruksi lamela posterior kelopak mata. Graft tersebut dapat ditutup dengan flap kulit. Pengangkatan pipi juga diperlukan untuk mencegah daya tarikan vertikal dan ektropion. Sebagai alternatif dapat digunakan juga dilakukan graft kulit *full thickness* dari kulit retroaurikular.^{1,19}

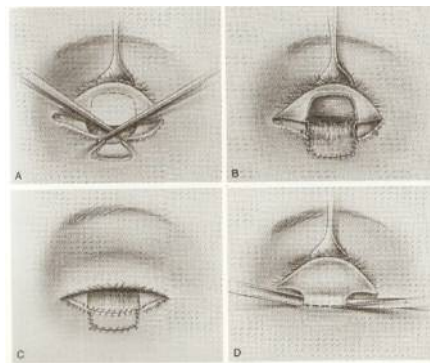
2.1.8.2.3 Prosedur Cutler beard dan Hughes

Prosedur ini dilakukan untuk defek kelopak mata ukuran besar 50 – 100% dari kelopak mata dapat ditangani dengan beberapa teknik rekonstruksi antara lain flap Cutler-Beard *bridge* dari kelopak mata bawah serta modifikasinya, graft transkonjungtival bebas dengan flap kulit, flap dari kelopak mata bawah dan dahi bagian medial. Teknik Cutler-Beard ditemukan pada tahun 1955 dan merupakan teknik unggulan untuk rekonstruksi defek besar pada kelopak mata atas, dengan menggunakan flap seluruh ketebalan dari kelopak mata bawah dan dilakukan dua tahap. Margo kelopak mata bawah dibiarkan intak sebagai jembatan yang berada diatas flap. Teknik ini diawali dengan pembuatan kantolisis lateral agar mengurangi lebarnya defek sekitar 6 mm, kemudian kelopak bagian bawah diberi tanda 1-2 mm lebih lebar dari pada lebar defek kemudian disambung dengan tanda horizontal yang ditandai 4-5 mm dari margo kelopak mata bawah. Hal tersebut bertujuan untuk mempertahankan vaskularisasi dari kelopak mata bawah. Insisi seluruh ketebalan dilakukan dengan melindungi bola mata menggunakan konformer, kemudian flap dibawa ke kelopak mata atas melalui jembatan margo kelopak mata bawah.^{1,20}



Gambar 2.20. Teknik Cutler-Beard
Dikutip dari Kohn Roger¹²

Prosedur Hughes dapat dikerjakan pada defek margo kelopak mata bawah yang terletak di bagian tengah. Teknik prosedur ini adalah dilakukan pembalikan kelopak mata atas dengan menggunakan silk 4.0 (modifikasi Frost) atau dengan menggunakan retraktor Desmarres kemudian dilakukan insisi horizontal pada tarsokonjungtiva dengan ukuran sesuai defek dengan meninggalkan tarsus sekitar 3-4 mm dari margo kemudian dibuat dua buah insisi secara vertikal dari tepi insisi horizontal sampai didepan fornix. Dilakukan diseksi dan pembebasan tarsokonjungtiva lalu dilakukan penarikan dan penjahitan flap tersebut pada tepi defek kelopak mata bawah. Dilakukan penutupan lamela anterior dengan graft kulit. Setelah 2-3 bulan, dengan anestesi infiltrasi dilakukan pemotongan graft dengan jarak sekitar 2 mm dari margo kelopak mata bawah untuk mencegah retraksi kelopak (Gambar 2.21).^{1,5,20}



Gambar 2.21. Prosedur Hughes
Dikutip dari : Kohn Roger.¹²

BAB III

BAHAN DAN METODA PENELITIAN

3.1 Bahan dan Cara Penelitian

3.1.1 Bahan Penelitian

Rekam medis pasien tumor palpebra yang dilakukan pemeriksaan patologi anatomi (PA) di unit Rekonstruksi, Okuloplastik dan Onkologi Rumah Sakit Mata Cicendo pada kurun waktu Januari 2009–Desember 2009.

3.1.2 Kriteria Inklusi

Semua penderita tumor palpebra yang dilakukan pemeriksaan Patologi Anatomi di Unit Rekonstruksi, Okuloplastik dan Onkologi Rumah Sakit Mata Cicendo tahun 2009.

3.1.3 Kriteria Eksklusi

Semua penderita tumor palpebra di Unit Rekonstruksi, Okuloplastik dan Onkologi tahun 2009 yang tidak ada data pemeriksaan Patologi Anatomi dan rekam medik.

3.1.4 Cara Kerja dan Identifikasi Variabel

3.1.4.1 Cara Kerja

Penelitian ini dilakukan dengan mengumpulkan data rekam medik yang diambil berdasarkan catatan di laboratorium dan poli unit Rekonstruksi, Okuloplastik dan Onkologi di Rumah Sakit Mata Cicendo untuk penderita dengan diagnosis tumor palpebra selama Januari 2009-Desember 2009.

3.1.4.2 Identifikasi Variabel

Pada penelitian ini dikumpulkan data dari rekam medik yang meliputi:

- Karakteristik penderita:
 - Usia
 - Jenis kelamin
 - Daerah tempat tinggal
- Karakteristik tumor kelopak mata:
 - Lokasi lesi
 - Ukuran lesi
 - Hasil pemeriksaan Patologi Anatomi (PA)
- Karakteristik penatalaksanaan tumor kelopak mata

3.1.3 Definisi Operasional

1. Tumor kelopak mata : terdapatnya jaringan tidak normal pada kelopak mata yang dilakukan tindakan pengambilan jaringan tersebut dan pemeriksaan PA.
2. Hasil pemeriksaan PA jinak: Bila pemeriksaan PA menunjukkan jaringan tumor tersebut jinak atau tidak ditemukan tanda-tanda keganasan.
3. Hasil pemeriksaan PA ganas: Bila pemeriksaan PA menunjukkan jaringan tumor tersebut terdapat keganasan.
4. Lesi yang mengenai kantung : Apabila tumor palpebra terdapat di kantung medial atau kantung lateral.
5. Lesi multipel : Apabila tumor palpebra terdapat di palpebra superior maupun inferior.

6. Lesi ukuran $< 33\%$ palpebra : Apabila ukuran tumor kurang dari 33% dari luas palpebra
7. Lesi ukuran 33-50% palpebra : Apabila ukuran tumor sebesar 33-50% dari luas palpebra.
8. Lesi ukuran $> 50\%$ palpebra : Apabila ukuran tumor sebesar lebih dari 50% dari luas palpebra.
9. Karsinoma sel basal : Berdasarkan hasil PA yang menunjukkan sel-sel tumor ganas berasal dari sel-sel basal epidermis palpebra.
10. Karsinoma sel skuamosa : Berdasarkan hasil PA yang menunjukkan sel-sel tumor ganas berasal dari sel-sel skuamosa epidermis palpebra.
11. Adenokarsinoma sebaceous : Berdasarkan hasil PA yang menunjukkan sel-sel tumor ganas berasal dari kelenjar sebaceous palpebra.
12. Karsinoma epidermoid : Berdasarkan hasil PA yang menunjukkan sel-sel ganas berasal dari sel-sel epidermis palpebra.
13. Melanoma maligna : Berdasarkan hasil PA yang menunjukkan sel-sel ganas berasal dari sel melanosit palpebra.

3.2 Metode Penelitian

Penelitian ini merupakan suatu penelitian deskriptif dengan pengambilan data secara retrospektif dari rekam medik berdasarkan catatan pemeriksaan laboratorium Patologi Anatomi dan poli unit Rekonstruksi, Okuloplasti dan Onkologi Rumah Sakit Mata Cicendo.

3.3 Tempat dan Waktu Penelitian

Tempat penelitian adalah Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung. Pengambilan data dilakukan pada bulan September 2010.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

Selama periode tahun 2009 didapatkan 128 penderita tumor palpebra yang dilakukan pemeriksaan patologi anatomi (PA) jaringan di laboratorium Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung. Namun hanya terdapat 95 orang penderita yang terdapat data rekam mediknya.

4.1.1 Karakteristik Demografi Penderita

Data karakteristik demografi penderita tumor palpebra yang dilakukan pemeriksaan PA meliputi usia, jenis kelamin dan lokasi tempat tinggal. Penderita berada pada rentang usia 3 bulan sampai dengan 85 tahun. Berdasarkan pembagian usia penderita didapatkan usia kurang atau sama dengan 1 tahun sebanyak 2 pasien (2,1%), lebih dari 1 tahun sampai dengan 14 tahun sebanyak 13 orang (13,68%), lebih dari 14 tahun sampai dengan 40 tahun sebanyak 30 orang (31,57%), dan usia lebih dari 40 tahun sebanyak 50 pasien (52,63%). Penelitian ini mendapati bahwa penderita terbanyak pada usia lebih dari 40 tahun, hal serupa penelitian yang dilakukan oleh Kumar MS di India yaitu lesi jinak maupun ganas palpebra sering ditemukan pada pasien usia 40-an dan 50-an tahun.²¹

Berdasarkan jenis kelamin didapatkan 45 penderita laki-laki (47,36%) dan 50 penderita perempuan (52,64%). Sedangkan berdasarkan lokasi tempat tinggal didapatkan sebanyak 41 penderita berasal dari dalam kota Bandung (43,15%), sebanyak 53 penderita

berasal dari luar kota Bandung (55,78%), dan sebanyak 1 penderita berasal dari luar pulau Jawa (1%).

Tabel 4.1 Karakteristik Demografi Penderita Tumor Palpebra di Rumah Sakit Mata Cicendo Tahun 2009

No	Data pasien	Jumlah (n: 95 orang)	Persentase (%)
1	Berdasarkan Usia		
	0 – 1 tahun	2	2,10
	1 – 14 tahun	13	13,68
	14 – 40 tahun	30	31,57
	> 40 tahun	50	52,63
2	Jenis Kelamin		
	Laki-laki	45	47,36
	Perempuan	50	52,64
3	Demografi		
	Dalam kota Bandung	41	43,15
	Luar kota Bandung (Jawa)	53	55,78
	Luar Jawa	1	1

4.1.2 Karakteristik Penyakit

Dari karakteristik tumor palpebra meliputi lokasi lesi (tabel 4.2), ukuran lesi (tabel 4.3) dan gambaran hasil pemeriksaan patologi anatomi (PA) (tabel 4.4). Berdasarkan lokasi lesi didapatkan paling sering mengenai kelopak mata atas sebanyak 51 orang (53,68%), kemudian kelopak mata bawah sebanyak 33 orang (34,57%), lesi yang mengenai kantung sebanyak 7 orang (7,36%) dan lesi multipel sebanyak 4 orang (4,21%). Ukuran lesi paling banyak adalah ukuran <33% dari palpebra sebanyak 75 pasien (78,93%), kemudian ukuran lesi 33%-50% palpebra sebanyak 11 pasien (11,57%) dan ukuran lesi >50%-100% palpebra sebanyak 9 pasien (9,5%). Ukuran lesi ini akan

mempengaruhi teknik penutupan defek yang akan dilakukan setelah pengambilan jaringan guna pemeriksaan histopatologi.

Tabel 4.2 Karakteristik Lokasi Tumor palpebra di Rumah Sakit Mata Cicendo Tahun 2009

No	Lokasi Lesi	Jumlah (n: 95)	Persentase (%)
1	Kelopak mata atas	51	53,68
2	Kelopak mata bawah	33	34,75
3	Lesi yang mengenai kantung	7	7,36
4	Lesi multiple	4	4,21

Tabel 4.3 Karakteristik Ukuran Tumor Palpebra di Rumah Sakit Mata Cicendo Tahun 2009

No	Ukuran Lesi Palpebra	Jumlah (n: 95 orang)	Persentase (%)
1	Lesi ukuran < 33% palpebra	75	78,93
2	Lesi ukuran 33% – 50% Palpebra	11	11,57
3	Lesi ukuran >50%-100% Palpebra	9	9,5

Karakteristik tumor berdasarkan hasil pemeriksaan PA didapatkan paling banyak adalah lesi jinak yaitu sebesar 77 orang (81,05%), sedangkan lesi ganas sebanyak 18 pasien (18,94%). Hal ini hampir sama dengan hasil penelitian Henkind dan Friedman di Amerika Serikat yang mendapati 19,2% jumlah lesi keganasan palpebra.⁶

Adapun lesi jinak yang paling banyak ditemukan adalah nevus intradermal sejumlah 16 orang (19,48%) diikuti dengan veruka vulgaris sebanyak 15 orang (18,18%). Hal ini serupa dengan hasil penelitian di Jepang yang dilakukan Obata dkk bahwa lesi jinak palpebra yang paling sering ditemukan adalah nevus yaitu 21,87%.⁸ Lesi ganas

yang paling banyak ditemukan adalah karsinoma sel basal sebanyak 10 orang (55,55%), diikuti oleh karsinoma sel skuamosa sebanyak 4 orang (22,22%) kemudian karsinoma kelenjar sebaceous sebanyak 2 orang (11,1%) dan melanoma maligna serta karsinoma epidermoid masing-masing sebanyak 1 orang (5,5%).

Tabel 4.4 Karakteristik Jenis Tumor Palpebra di Rumah Sakit Mata Cicendo Tahun 2009

No	Hasil Pemeriksaan Patologi Anatomi	Jumlah (n: 95)	Persentase (%)
I	Lesi Jinak	77	81,05
	Kista dermoid	5	6,49
	Granuloma	5	6,49
	Trichofoliculoma	1	1,29
	Hiperplasia limfoid	1	1,29
	Nevus intradermal	16	19,48
	Kista epidermal	4	5,19
	Trichoepithelioma	1	1,29
	Keratosis seboroik	6	7,79
	Xanthelasma	1	1,29
	Kista atherom	2	2,59
	Papilloma skuamosa	1	1,29
	Pilomatricoma	2	2,59
	Adenoma sebaceous	1	1,29
	Lesi peradangan dan infeksi :		
	- Khalazion	5	6,49
	- Verruca vulgaris	15	18,18
	- Molluscum contagiosum	1	1,29
	Lesi vaskular :		
	- Hemangioma kapilare	8	12,98
	- Hemangioma kavernosa	2	2,59
II	Lesi Ganas	18	18,94
	Karsinoma sel Basal :	10	55,55
	- Tipe solid	5	50
	- Tipe morpheform	0	0
	- Tipe keratotik	4	40
	- Tipe pigmented	1	10
	Karsinoma sel skuamosa	4	22,22%
	Karsinoma kelenjar sebacea	2	11,1
	Karsinoma epidermoid	1	5,57%
	Melanoma Maligna	1	5,5

Hal ini sesuai dengan beberapa penelitian yang menyebutkan bahwa karsinoma sel basal merupakan neoplasma tersering dari karsinoma palpebra lain. Diantaranya penelitian yang dilakukan oleh Wang J-K di Taiwan yang mendapatkan karsinoma sel basal tidak jauh berbeda yaitu sebanyak 62,2%, meski tidak sebanyak yang ditemukan di Amerika Serikat (92,5%) dan Australia (88,8%).^{6,8} Perbedaan ini menunjukkan adanya variasi geografis dan ras. Untuk karsinoma sel basal ditemukan paling banyak tipe nodular yaitu 5 orang (50%).

Lokasi tersering dari karsinoma sel basal pada penelitian ini adalah di palpebra inferior yaitu sebanyak 6 pasien (60%), berbeda halnya dengan karsinoma sel skuamosa sering terdapat pada palpebra superior yaitu sebanyak 2 pasien (50%). Sedangkan adenokarsinoma sebaceous sering terdapat pada palpebra superior yaitu 2 pasien. Hal ini serupa dengan hasil penelitian di Taiwan oleh Wang JK, predileksi karsinoma sel basal lebih banyak ditemukan di palpebra inferior sebanyak 44,3% dan adenokarsinoma sebaceous lebih banyak ditemukan di palpebra superior sebanyak 56,7%, ini kemungkinan dikaitkan dengan lebih banyaknya jumlah kelenjar sebaceous di palpebra superior.⁶

Tabel 4.5 Karakteristik Lokasi Tumor Ganas Palpebra di Rumah Sakit Mata Cicendo Tahun 2009

No	Jenis Tumor Ganas Palpebra	Palpebra Superior Σ (%)	Palpebra Inferior Σ (%)	Kantus Σ (%)	Multiple Σ (%)
1	Karsinoma sel basal (n=10)	2 (20)	6 (60)	2 (20)	-
2	Karsinoma sel skuamosa (n=4)	2 (50)	1 (25)	-	1 (25)
3	Adenokarsinoma sebaceous (n=2)	2 (100)	-	-	-
4	Melanoma Maligna (n=1)	-	1 (100)	-	-

Penatalaksanaan tumor palpebra tergantung dari ukuran dan jenis tumor. Berdasarkan penelitian ini pada tabel 4.6 didapatkan pada tumor palpebra jinak paling sering dilakukan tindakan bedah eksisi dengan penutupan langsung yaitu sebanyak 68 orang (88,31%), kemudian biopsi insisi sebanyak 5 orang (6,4%) dan eksisi dengan rekonstruksi sebanyak 4 orang (5,19%).

Tabel 4.6 Karakteristik Teknik Pengambilan Jaringan Tumor Jinak Palpebra di Rumah Sakit Mata Cicendo Tahun 2009

No	Taknik pengambilan Tumor	Jumlah (n: 77)	Persentase (%)
1	Eksisi dengan Penutupan langsung	68	88,31
2	Eksisi dengan rekonstruksi	4	5,19
	Flap	2	50
	Graft	1	25
	Prosedur cutler beard/hughes	1	25
3	Biopsi insisi	5	6,4

Adapun pengangkatan tumor ganas pada tabel 4.7 didapati tindakan paling sering dilakukan secara eksisi dengan rekonstruksi yaitu sebanyak 10 orang (55,55%), eksisi dengan penutupan langsung sebanyak 5 orang (27,77%), biopsi insisi sebanyak 1 orang (5,55%) dan yang harus dilakukan tindakan eksenterasi karena ditemukan infiltrasi intraorbita sebanyak 2 orang (11,11%). Berbeda dengan hasil penelitian Wang JK yang menemukan paling banyak tumor ganas palpebra dilakukan penanganan pertama dengan bedah eksisi disertai penutupan langsung yaitu sebanyak 47,2%.⁶ Tindakan eksenterasi dilakukan pada 1 kasus dengan karsinoma kelenjar sebaceous dan 1 kasus pada karsinoma epidermoid.

Tabel 4.7 Karakteristik Teknik Pengambilan Jaringan Tumor Ganas Palpebra di Rumah Sakit Mata Cicendo Tahun 2009

No	Teknik pengambilan Tumor	Jumlah (n: 18)	Persentase (%)
1	Eksisi dengan Penutupan langsung	5	27,77
2	Eksisi dengan rekonstruksi :	10	55,55
	Flap	6	60
	Graft	3	30
	Prosedur cutler beard/hughes	1	10
3	Eksenterasi	2	11,11
4	Biopsi insisi	1	5,55

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

1. Penderita tumor palpebra yang datang berkunjung ke Rumah Sakit Mata Cicendo yang dilakukan pemeriksaan patologi anatomi tahun 2009 terbanyak pada usia > 40 tahun dengan jumlah penderita perempuan lebih banyak dibanding penderita laki-laki.
2. Tumor palpebra jinak jenis nevus intradermal lebih banyak ditemukan, sedangkan untuk tumor palpebra ganas terbanyak adalah jenis karsinoma sel basal, dengan predileksi tersering adalah di palpebra inferior, berbeda dengan karsinoma kelenjar sebaceous predileksinya lebih sering ditemukan di palpebra superior.
3. Teknik pengambilan jaringan tumor jinak palpebra paling banyak bedah eksisi dengan penutupan langsung, berbeda dengan pengambilan tumor ganas palpebra paling banyak dilakukan eksisi dengan rekonstruksi. Pada tumor ganas yang sudah menginfiltrasi intraokular dilakukan tindakan eksenterasi untuk menghindari metastase di kemudian hari. Tindakan ini dilakukan pada karsinoma kelenjar sebaceous dan karsinoma epidermoid.

5.2 Saran

1. Sebaiknya dilakukan pencatatan rekam medik serinci mungkin sehingga diperoleh kelengkapan data deskripsi tumor dan tindakan operatif yang dilakukan.
2. Diperlukan sosialisasi kepada masyarakat akan pentingnya kewaspadaan terhadap lesi palpebra terutama usia lanjut.

DAFTAR PUSTAKA

1. American academy of Ophthalmology. Basic and clinical science course section 7: Orbit, eyelids, and lacrimal system. San Fransisco: The foundation of the American Academy of Ophthalmology; 2008. h 139-47, 195-98
2. American academy of Ophthalmology. Basic and clinical science course section 4: Ophthalmic pathology and intraocular tumors. San Fransisco: The foundation of the American Academy of Ophthalmology; 2008. h 139-47, 195-98
3. Nerad Jeffrey A. Oculoplastic surgery: The requisite in ophthalmology. St. Louis Missouri. Mosby;2001.h 254-311
4. Bing Lee Sao et al. Incidence of eyelid cancers in Singapore from 1968 to 1995. British Journal Ophthalmology 1999;83:595-597
5. Dutton J et al. Atlas of common eyelid disease. Informa healthcare; 2007. h 49-54.
6. Wang J-K, Liao S-L, et al. Malignant eyelid tumours in Taiwan. Eye 2003;17: 216-220
7. Farhat Fouzia, Jamal Qamar. Evaluation of eyelid lesions at Tertiary care hospital, Jinnah Postgraduate Medical Centre (JPMC), Karachi. Pak Journal Ophthalmology 2010; 26: 83-86
8. Obata H, Aoki Y. Incidence of benign and malignant lesions of eyelid and conjunctival tumors. Nippon Ganka Gakkai Zasshi 2005;109(9):573-9
9. Bernardini Francesco. Management of malignant and benign eyelid lesions. Current Opinion in Ophthalmology 2006;17:480-484
10. Borodic G, Townsend D. Atlas of eyelid surgery. Philadelphia, W.B. Saunders Company; 1994. h 47-80.
11. Snell RS, Lemp MA. Clinical anatomy of the eye. Edisi ke-2. Malden: Blackwell science, inc; 1998. h 95-107.

12. Kohn Roger. Textbook of ophthalmic plastic and reconstructive surgery. Philadelphia: Lea & Febiger; 1988. h 1-55, 40-45, 203-18.
13. Neff Ann G, Carter Keith G. Benign Eyelid Lesions. Dalam : Yanoff Myron, Duker Jay S. Ophthalmology. Edisi ke-2. St. Louis, Missouri. Mosby;2004.h 698-710
14. Kanski JJ Editor. Clinical ophthalmology a systemic approach. Edisi ke-5. New York: Buttenworth Heinemann; 1999. h 25.
15. Vaughan Gregory J, Dortzbach Richard K. Eyelid Malignancy. Dalam: Yanoff Myron, Duker Jay S. Ophthalmology. Edisi ke-2. St. Louis, Missouri. Mosby;2004.h 711-719
16. Crawford Brooks J. Neoplastic and inflammatory tumors of the eyelids. Dalam: Duane's clinical ophthalmology [*e-book*]. Philadelphia: Lippincott william & wilkins.
17. Henkind P, Griedman A. Cancer of the lids and Ocular adnexa. Dalam : Tumor of the ocular adnexa and orbit. Ed Albert Homblaus M.D.FACS. St Louis: The CV Mosby company 1979
18. Rootman Jack. Diseases of the orbit: A multidisciplinary approach. Edisi ke-2. Philadelphia. Lippincott Williams & wilkins.2003.h 213-384.
19. Prabhakaran VC, Gupta A, Huilgol SC. Basal Cell Carcinoma of the eyelids. *Comprehensif Ophthalmology Update* 2007;8; 1-14
20. Collin. A manual of systematic eyelid surgery. Edisi ke-3. UK: Butterworth Heinemann; 2006. h 115-38.
21. Kumar M Santosh. Cytohistological study of eyelid lesions and pitfalls in fine needle aspiration cytology. *Journal of Cytology* 2008;25; 133-137

LAMPIRAN

DATA PASIEN TUMOR KELOPAK MATA

1. No.rekam medis :
 2. Nama :
 3. Umur :
 4. Jenis kelamin :
 5. Anamnesis :

Keluhan utama :

6. Pemeriksaan Oftalmologis

Gambar Tumor :
 (Ukuran dan lokasi lesi)



Deskripsi tumor :

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| o Permukaan : | <input type="checkbox"/> rata | <input type="checkbox"/> tidak rata |
| o Konsistensi: | <input type="checkbox"/> lunak | <input type="checkbox"/> keras |
| o Perubahan pigmen: | <input type="checkbox"/> ya | <input type="checkbox"/> tidak |
| o Telangiectasi di permukaan lesi: | <input type="checkbox"/> ya | <input type="checkbox"/> tidak |
| o Hilangnya silia: | <input type="checkbox"/> ya | <input type="checkbox"/> tidak |
| o Ulserasi : | <input type="checkbox"/> ya | <input type="checkbox"/> tidak |

Tumor kelopak mata

Tidak mengenai margo

Kelopak mata atas

Kelopak mata bawah

Mengenai margo

Kelopak mata atas

Kelopak mata bawah

Kantus : Medial Lateral

7. Tehnik pengambilan tumor yang dilakukan:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Biopsi | <input type="checkbox"/> Eksisi dg direct closure |
| <input type="checkbox"/> Eksisi dg rekonstruksi | <input type="checkbox"/> Eksenterasi |

8. Hasil pemeriksaan Patologi Anatomi :

- | | | |
|------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| o Deskripsi jaringan : | | |
| o Kesimpulan : | <input type="checkbox"/> Jinak | <input type="checkbox"/> Ganas |