

V-Y FLAP pada Squamous Cell Carcinoma Mandibula: Laporan Kasus

Fory Fortuna^{1*}, Thira Fasril²

¹Bagian Bedah Plastik/Fakultas Kedokteran Universitas Andalas, Padang, Indonesia

²Fakultas Kedokteran Universitas Andalas, Padang, Indonesia

*Email : fory.fortuna@yahoo.com

Abstrak

Karsinoma sel skuamosa (SCC) merupakan kanker kulit non-melanoma. Karsinoma sel skuamosa adalah karsinoma keratinosit yang menjadi penyebab sebagian besar penyakit metastasis dan kematian akibat kanker kulit nonmelanoma. Histopatologi dan eksisi bedah yang benar tetap menjadi standar emas untuk diagnosis dan pengobatan SCC. Karsinoma sel skuamosa diklasifikasikan menjadi SCC in situ dan bentuk invasif. Peningkatan resiko SCC adalah usia lanjut, eksposur matahari, immunosupresi, dan riwayat kanker kulit sebelumnya. Histopatologi merupakan pemeriksaan untuk dasar tegaknya diagnosis SCC. Tulisan ini melaporkan seorang perempuan berusia 64 tahun dengan keluhan benjolan disekitar mulut dan rahang bawah. Benjolan dirasakan semakin membesar dalam tiga bulan terakhir. Pasien memiliki riwayat penurunan berat badan 10 kg dan merupakan seorang petani. Saat, dilakukan pemeriksaan fisik, pada regio mentalis ditemukan benjolan berukuran 6x4x3 cm. Pada pemeriksaan biopsi diagnosis pasien adalah *keratinized squamous cell carcinoma moderate to poorly differentiated*. Pada pasien dilakukan mandibulektomi dan dilanjutkan rekonstruksi V-Y flap. Tahap pertama adalah membuat sayatan berbentuk huruf V. Tahap kedua bertujuan untuk membentuk bagian mandibular dengan menggeser membentuk huruf Y.

Kata kunci: karsinoma sel skuamosa, V-Y flap

Abstract

Squamous cell carcinoma (SCC) is a non-melanoma skin cancer. Squamous cell carcinoma is a keratinocyte carcinoma that accounts for the majority of metastatic disease and death from nonmelanoma skin cancer. Histopathology and correct surgical excision remain the gold standard for diagnosis and treatment of SCC. Squamous cell carcinoma is classified into SCC in situ and invasive forms. Increased risk of SCC is advanced age, sun exposure, immunosuppression, and previous history of skin cancer. Histopathology are basic examinations for diagnosing SCC. This paper reports a 64 year old woman with complaints of lumps around the mouth and lower jaw. The lump seemed to be getting bigger in the last three months. The patient has a history of losing 10 kg of weight and is a farmer. During a physical examination, a lump measuring 6x4x3 cm was found in the mentalis region. On biopsy examination, the patient's diagnosis was keratinized squamous cell carcinoma moderate to poorly differentiated. The patient underwent a mandibulectomy and continued with the V-Y flap technique. The first stage is to make a V-shaped incision. The second stage aims to form the mandibular part by shifting it to form the letter Y.

Keyword : *squamous cell carcinoma, V-Y flap*

I. LATAR BELAKANG

Karsinoma sel skuamosa (SCC) merupakan keganasan kulit tersering kedua setelah karsinoma sel basal, dengan insiden yang terus meningkat di seluruh dunia^{1,2}. Berdasarkan data epidemiologi, SCC merupakan keganasan kulit yang banyak terjadi pada usia tua, yaitu diatas 40 tahun. Laki-laki memiliki kecenderungan lebih tinggi terkena SCC dibandingkan perempuan². Meskipun banyak faktor yang dapat meningkatkan risiko SCC, paparan sinar matahari terutama pada masa kanak-kanak dan remaja, merupakan faktor yang paling penting. Terlebih lagi, dalam beberapa tahun terakhir, immunosupresi, termasuk yang berhubungan dengan transplantasi organ, telah menjadi kontributor penting terhadap karsinogenesis SCC^{2,3}. Selain itu, peradangan kronis juga menjadi resiko SCC.

Karsinoma sel skuamosa merupakan penyebab sebagian besar penyakit metastasis terkait kanker kulit nonmelanoma. Oleh karena itu, deteksi dini dan pengobatan SCC penting untuk pencegahan perkembangan neoplastik dan metastasis. Meskipun histopatologi dan eksisi bedah tetap menjadi standar emas untuk diagnosis dan pengobatan SCC. Karsinoma sel skuamosa dapat menyebabkan kerusakan kulit lokal, jaringan lunak, dan tulang. Oleh sebab itu, penting untuk mengetahui prosedur untuk teknik penutupan luka pasca eksisi bedah pada SCC.

II. TINJAUAN PUSTAKA

A. DEFINISI

Karsinoma sel skuamosa kulit adalah suatu proliferasi ganas dari keratinosit epidermis yang merupakan tipe sel epidermis yang paling banyak. Karsinoma sel skuamosa merupakan salah satu dari kanker kulit yang sering dijumpai setelah basalioma. Faktor predisposisi karsinoma sel skuamosa kulit

antara lain radiasi sinar ultra violet, bahan karsinogen, arsenik, merokok, inflamasi kronis, faktor genetik, usia lanjut, immunosupresi, dan riwayat kanker kulit sebelumnya.^{2,3}

Karsinoma sel skuamosa berasal dari proliferasi keratinosit epidermal atipikal yang tidak terkontrol, dan kemungkinan disebabkan oleh proses displasia intraepidermal yang berlangsung lama. Perkembangan tumor diketahui merupakan proses bertahap dengan beberapa tahapan yang ditentukan secara histologis dan patologis sepanjang evolusi ganasnya dari keratosi aktinik hingga SCC invasif. Meskipun jarang bermetastasis, SCC dapat menyebabkan kerusakan kulit lokal yang juga melibatkan jaringan lunak, tulang rawan, dan tulang. Secara umum, prognosis SCC baik dan kelangsungan hidup lima tahun adalah $\geq 90\%$. Faktor risiko yang terlibat dalam etiopatogenesis terutama adalah paparan radiasi ultraviolet, photoaging kronis, usia, jenis kelamin laki-laki, immunosupresi, merokok, dan faktor genetik tertentu.

B. EPIDEMIOLOGI

Tinjauan epidemiologi tidak banyak kemajuan yang dicapai dalam pencatatan penyakit ganas yang sering terjadi, sehingga dapat disimpulkan bahwa kejadian SCC yang sebenarnya sebagian besar masih belum diketahui. Faktanya, sebagian besar perkiraan memiliki batas variabilitas yang lebar, dan heterogenitas tersebut semakin dipertegas oleh perbedaan geografis yang sangat besar.

Karsinoma sel skuamosa adalah keganasan kulit yang sering ditemukan pada usia lanjut, yaitu usia 40 tahun keatas. Selain itu, paling sering ditemukan pada pria dibandingkan wanita.² Di Australia, misalnya, perkiraan kejadian SCC mencapai 499 per 100.000 pada laki-laki dan 291 per 100.000 pada perempuan⁴. Di Eropa, meskipun perkiraan prevalensinya jauh lebih rendah,

heterogenitas kejadiannya cukup mengejutkan: Dalam penelitian yang berbeda, kejadian SCC berkisar antara 9 hingga 96 per 100.000 pada laki-laki dan 5 hingga 68 per 100.000 pada perempuan^{5,6,7}.

Untuk gambaran epidemiologi ini, harus dipertimbangkan bahwa semua angka-angka ini kemungkinan besar mewakili angka kejadian SCC yang terlalu rendah, karena angka-angka tersebut didasarkan pada laporan patologi sementara banyak SCC sekarang ditangani dengan strategi yang tidak mencakup eksisi tumor.

C. FAKTOR RESIKO

Etiologi SCC bersifat multifaktorial dan mencakup faktor lingkungan, imunologi, dan genetik. Faktor lingkungan terutama mencakup paparan radiasi ultraviolet kumulatif (UVR) (baik paparan sinar matahari maupun alat penyamakan kulit)⁶. Karsinoma sel skuamosa lazim terjadi pada populasi lansia (80% terjadi pada orang berusia di atas 60 tahun) dan lebih sering terjadi pada pria dibandingkan wanita, mengingat hubungannya dengan paparan sinar matahari kumulatif (termasuk paparan saat bekerja dan waktu senggang).

Kulit cerah adalah salah satu faktor risiko utama^{7,8}. Risiko SCC sebagian besar terkait dengan paparan sinar matahari kumulatif seumur hidup, sedangkan paparan sinar matahari yang intens dan intermiten meningkatkan risiko BCC⁹. Penggunaan tanning bed, terutama pada awal kehidupan (<25 tahun), mengakibatkan peningkatan risiko SCC. Selain itu, pasien yang pernah menjalani pengobatan psoralen dan ultraviolet A (PUVA) untuk penyakit kulit juga mungkin berisiko lebih tinggi. Faktor risiko lainnya adalah infeksi subtipe beta-Human Papilloma Virus (HPV), merokok, dan immunosupresi.^{2,3}

Tingkat kejadian SCC yang lebih tinggi telah diamati pada penerima transplantasi

organ, pada orang dengan infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), dan pada pasien transplantasi sel induk hematopoietik. Durasi immunosupresi dapat berkontribusi terhadap karsinogenesis SCC. Karsinoma sel skuamosa invasif dapat berkembang secara *ex novo*, atau dari SCC *in situ* yang sudah ada sebelumnya dan/atau dalam konteks beberapa area kulit kronis yang terpapar sinar matahari atau mengalami peradangan.

Peradangan kulit jangka panjang seperti yang terjadi pada luka kronis, luka bakar, bekas luka, bisul, atau saluran sinus tampaknya berkontribusi terhadap perkembangan SCC. Perawatan farmakologis dengan monoterapi inhibitor BRAF (vemurafenib, dabrafenib, atau encorafenib) memiliki risiko lebih tinggi terjadinya SCC dibandingkan dengan kombinasi inhibitor protein kinase yang diaktifkan mitogen.

Perkembangan SCC selama pengobatan vismodegib (penghambat jalur Hedgehog) dan vorikonazol juga telah dilaporkan. Penggunaan antihipertensi thiazide fotosensitisasi dan pengembangan SCC telah diperdebatkan. Meskipun meta-analisis oleh *Gandini et al.* melaporkan tidak ada hubungan antara pengobatan ini dan SCC, kemungkinan adanya hubungan telah dijelaskan dalam meta-analisis oleh *Tang et al.* Selain itu, riwayat SCC sebelumnya merupakan faktor risiko kanker kulit tambahan.

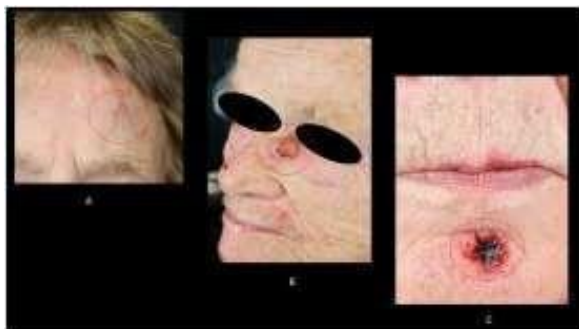
D. MANIFESTASI KLINIS

Gambaran klinis SCC sangat polimorfik, dan bergantung juga pada lokasi anatomi dan subtipe.

1. Penyakit Bowen (BD)

Bowen Disease, juga dikenal sebagai SCC *in situ*, sebagian besar ditandai dengan plak bersisik berwarna merah, berbatas tegas. Penyakit ini paling sering terdeteksi pada kulit kepala, leher, dan ekstremitas yang terkena sinar matahari (Gambar 1A). Hingga

5% dari SCC in situ dapat berkembang menjadi SCC invasif. Eritroplasia Queyrat adalah bentuk khusus SCC in situ yang timbul pada penis. Hal ini ditandai dengan lesi eritematosa seperti beludru



GAMBAR 1. (A): PENYAKIT BOWEN PADA DAHI; (B): KERATOAKANTOMA HIDUNG; (C): KARSINOMA SEL SKUAMOSA ULSERASI DI DAGU.

2. Keratoakantoma (KA)

Keratoakantoma juga dapat dianggap sebagai subtype SCC. Penyakit ini lebih sering terdeteksi pada pria Kaukasia berusia 60an (Gambar 1B). Keratoakantoma juga berhubungan dengan iradiasi ultraviolet (UV), paparan HPV, defisiensi imun, dan anomali perbaikan DNA. Keratoakantoma juga dapat berkembang dari bekas luka, trauma, dan pelapisan ulang laser. Lebih lanjut, perkembangan KA multipel dijelaskan pada pasien yang terkena sindrom bawaan, seperti sindrom Muir-Torre dan sindrom Witten-Zak. Gambaran klinis utamanya diwakili oleh regresi spontan setelah pertumbuhan yang cepat.

3. SCC invasif

SCC invasif sebagian besar terdeteksi pada kulit yang terpapar sinar matahari dan umumnya muncul sebagai tukak yang persisten (Gambar 1C) atau luka yang tidak kunjung sembuh. Telah dilaporkan bahwa hingga 55% dari seluruh SCC berkembang di kepala dan leher, sedangkan area dorsal tangan dan lengan terlibat hingga 18% kasus. Selain itu, tungkai, punggung, dan ekstremitas atas masing-masing terlibat dalam 13%, 4%, dan 3% kasus. Namun, SCC dapat mengenai area anatomi mana pun, termasuk bibir, anus, dan alat kelamin.

Gambaran klinis SCC sangat bergantung pada derajat diferensiasi lesi. Di satu sisi, SCC yang berdiferensiasi baik bermanifestasi sebagai nodus bersisik atau plakat bijih; di sisi lain, SCC yang berdiferensiasi buruk sebagian besar muncul sebagai lesi lunak, ulserasi, atau hemoragik. Ulkus Marjolin adalah jenis SCC tertentu yang berkembang pada luka bakar, biasanya pada ekstremitas bawah. Ulkus Marjolin muncul pada 32% kasus dengan metastasis kelenjar getah bening pada saat diagnosis. Selain itu, metastasis jauh telah dilaporkan pada 27% kasus. Karsinoma sel skuamosa terkait HPV umumnya muncul sebagai kutil baru atau yang membesar di area genital dan periungual. Biasanya, pasien melaporkan riwayat kutil yang sulit disembuhkan.

E. TATALAKSANA

Tujuan utama pengobatan SCC adalah pengangkatan tumor secara menyeluruh dengan pelestarian fungsional dan kosmetik maksimal. Kebanyakan SCC berhasil diobati hanya dengan eksisi bedah, dengan prognosis yang baik dan tingkat kesembuhan lebih dari 90%. Meskipun pendekatan bedah adalah pengobatan yang paling efektif dan efisien, teknik tradisional (yaitu kuretase, elektrodessikasi, cryosurgery, laser, terapi fotodinamik (PDT)) tersedia untuk SCC noninvasif seperti BD.

1. Pembedahan untuk SCC

Pembedahan konvensional dengan batas keamanan dan pembedahan terkontrol secara mikrografis adalah dua pendekatan bedah berbeda yang dapat digunakan pada pasien dengan SCC primer. MCS memberikan tingkat reseksi R0 tertinggi (yaitu, tidak ada sel kanker yang terlihat secara mikroskopis di lokasi tumor primer), di atas 90%, dengan tingkat kekambuhan yang lebih rendah (0-4%) dibandingkan dengan operasi konvensional (3,1-8,0%). Mengenai MCS, dua teknik berbeda telah dijelaskan: bedah mikrografik Mohs,

berdasarkan potongan beku intraoperatif; dan prosedur berdasarkan analisis bagian yang tertanam parafin (yaitu, Mohs “lambat”, histologi 3D, dan penilaian tepi perifer dan dalam yang lengkap).

Pendekatan ini umumnya diperuntukkan bagi pasien dengan tumor berisiko tinggi untuk mendapatkan reseksi tumor lengkap dengan pelestarian anatomi dan fungsional yang optimal.

1.1 Eksisi Standar dengan Penilaian Margin

Pasca Operasi

Pendekatan terapeutik yang umum untuk SCC adalah eksisi standar yang diikuti dengan penilaian margin pasca operasi. Batas keamanan dengan jaringan yang tampak normal secara klinis di sekitar tumor dan batas negatif seperti yang dilaporkan oleh patologi diperlukan untuk meminimalkan risiko kekambuhan lokal dan metastasis. Telah dilaporkan bahwa teknik ini menjamin tingkat bebas penyakit dalam lima tahun sebesar 91% atau lebih tinggi untuk SCC.^{2,3,9}

Batas keamanan eksisi harus ditentukan sesuai dengan risiko perluasan subklinis dan kekambuhan tumor, tergantung pada faktor risiko rendah atau tinggi dari SCC. Untuk SCC risiko rendah dengan diameter kurang dari 2 cm, margin 4 mm telah mencapai tingkat kesembuhan sebesar 95-97% dalam penelitian prospektif. Pedoman menunjukkan margin antara 4 mm dan 6 mm untuk tumor yang tidak memiliki gambaran risiko tinggi. Kelompok konsensus Eropa mengusulkan margin 5 mm untuk SCC berisiko rendah. Sebaliknya, untuk SCC yang berisiko tinggi, meskipun diperlukan margin keamanan yang lebih luas, namun tidak ada rekomendasi terpadu mengenai margin keamanan yang sesuai.

Pedoman *American Academy of Dermatology* (AAD) dan *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) merekomendasikan margin

keamanan untuk SCC di lokasi berisiko tinggi (kulit kepala, telinga, kelopak mata, hidung, bibir) atau dengan fitur risiko tinggi lainnya (tingkat histologis ≥ 2 , invasi jaringan subkutan), dengan diameter <1 cm, 1 hingga 1,9 cm, dan margin ≥ 2 cm masing-masing minimal 4 mm, 6 mm, dan 9 mm. Untuk SCC dengan diameter klinis maksimum >2 cm dan/atau dengan faktor risiko tinggi lainnya, diperlukan margin eksisi minimal 5 mm. Kelompok konsensus Eropa mengusulkan margin keamanan 6-10 mm untuk cSCC berisiko tinggi.

Selain itu, pada pasien yang terkena SCC invasif multipel (yaitu, pada punggung tangan atau kulit kepala), eksisi en bloc pada area yang terkena dan pencangkokan kulit berikutnya dapat menjadi strategi bedah yang efektif, dengan kedalaman eksisi yang harus mencakup jaringan subkutan. Eksisi ulang harus dilakukan pada kasus yang dapat dioperasi jika terdapat margin positif, sedangkan eksisi yang lebih luas harus dipertimbangkan jika margin tampak lebih terbatas dibandingkan margin keamanan yang direkomendasikan karena penyusutan jaringan.

1.2 Bedah yang Terkendali Secara Mikrografis

Bedah yang terkontrol secara mikrografis adalah teknik bedah eksisi tumor kulit, pengolahan jaringan kulit pada bagian horizontal dan pemeriksaannya di bawah mikroskop hingga seluruh batas bebas tumor. Dua teknik tersedia di Eropa: MMS, dan histologi 3D. Kedua teknik tersebut berbeda karena yang pertama menggunakan bagian beku sedangkan yang kedua menggunakan bagian paraffin. MMS lebih memakan waktu, padat karya, dan mahal dibandingkan dengan eksisi konvensional. Sebuah penelitian retrospektif yang melibatkan 579 pasien dengan 672 SCC pada kepala dan leher (380 diobati dengan MMS dan 292 dengan eksisi standar) melaporkan bahwa MMS lebih unggul dibandingkan eksisi standar untuk SCC pada kepala dan leher

karena tingkat kekambuhan yang lebih rendah.

1.3 Pembedahan Penyakit Nodal Regional

Pedoman mengenai pengelolaan penyakit kelenjar getah bening regional pada pasien dengan SCC masih sedikit dan berdasarkan penelitian yang dilakukan pada SCC mukosa kepala dan leher. Pasien dengan metastasis nodal akibat SCC harus ditangani dengan pembedahan, serupa dengan pasien yang terkena tumor kulit lain seperti melanoma atau karsinoma sel Merkel. Ketika pembedahan tidak diindikasikan, misalnya karena faktor yang berhubungan dengan pasien, pendekatan non-bedah yang dilakukan oleh kelompok multidisiplin harus dipertimbangkan.

Perawatan bedah yang diindikasikan dalam kasus metastasis kelenjar getah bening adalah terapi diseksi kelenjar getah bening regional. Diseksi kelenjar getah bening elektif atau profilaksis pada kasus pasien yang terkena SCC dengan kelenjar getah bening negatif tidak dianjurkan, mengingat rendahnya tingkat metastasis kelenjar getah bening, tingginya morbiditas, dan terbatasnya bukti pada pasien dengan SCC mukosa kepala dan leher.

F. FLAP

Flap adalah suatu unit jaringan jaringan kulit beserta jaringan lunak dibawahnya yang dipindahkan dan masih memiliki sistem vaskularisasi yang sama dengan tempat asal.¹⁰ Flap terdiri dari kulit dan jaringan subkutan yang dipindahkan dari satu bagian tubuh ke bagian lain dengan pedikel vaskular atau perlekatan pada tubuh yang dipertahankan untuk nutrisi.

Berbeda dengan *Skin Graft*, *skin graft* adalah suatu prosedur menutup defek yang tidak dapat ditutup secara primer yang terdiri dari epidermis dan sebagian atau seluruh dermis¹⁰

Skin graft terbagi menjadi dua berdasarkan jumlah dermis yang dibutuhkan, yaitu *split-*

thickness dan *full- thickness*. Pada *split-thickness* pemindahan jaringan dermis diambil dengan ketebalan yang bervariasi sedangkan pada *full- thickness* menggunakan seluruh dermis.¹⁰

Flap biasanya digunakan untuk menutupi defek resipien yang memiliki vaskularisasi buruk, menutupi struktur vital, merekonstruksi ketebalan penuh kelopak mata, bibir, telinga, hidung, pipi, dan menonjolkan bagian tubuh yang menonjol.^{10,11}

1. Klasifikasi Flap

Secara garis besar klasifikasi flap dapat dibagi menjadi tiga kategori yaitu berdasarkan tipe vaskularisasi, tipe jaringan yang dipindahkan, dan lokasi donor.

1.1 Berdasarkan Vaskularisasi

Untuk dapat bertahan, flap juga seperti jaringan lain yang membutuhkan suplai darah yang adekuat. Terdapat 2 cara untuk mencukupi suplai darah pada flap, yaitu.

1.1.1 Flap Random

Jika vaskularisasi flap tidak berasal dari arteri yang dikenal tetapi berasal dari arteri-arteri kecil yang belum memiliki nama secara anatomis, maka flap ini disebut flap random. Flap kutaneus termasuk dalam kategori ini. Flap random adalah flap yang tidak memiliki sumber pembuluh darah tertentu yang dominan.^{2,11} Flap random dapat menjadi pilihan pertama yang dapat diandalkan untuk menutupi kerusakan kecil di seluruh tubuh.^{10,11}

1.1.2 Flap Aksial

Jika vaskularisasi flap berasal dari arteri yang dikenal maka disebut sebagai flap aksial. Sebagian besar flap otot termasuk kategori ini. Flap bersumbu atau flap aksial dibuat pada kulit yang berasal dari suatu pembuluh darah arteri dan vena. Flap aksial memiliki sumber pembuluh darah yang dominan. Flap aksial terdiri dari

flap aksial peninsular, *island flap*, dan *free flap*^{2,11}

1.1.3 Reverse-Flow Flap

Flap yang pembuluh darah bagian proksimalnya dipotong, dan sumber pembuluh darah flap berasal dari perdarahan distal.¹¹

1.2 Berdasarkan Jaringan yang digunakan

Pada umumnya, flap dapat berasal dari bagian tubuh manusia manapun sepanjang suplai darah yang adekuat pada flap dapat dipastikan saat jaringan tersebut digunakan. Flap dapat terdiri dari satu tipe jaringan (misalnya jaringan kulit pada flap kutaneus) atau beberapa tipe jaringan (misalnya, kulit dan fascia fasiokutaneus)¹¹

- Flap Cutaneus
- Flap Fasciocutaneus
- Flap Musculocutaneus
- Flap Osteocutaneus
- Flap Osteomusculocutaneus
- Flap Omentum

1.3 Berdasarkan Lokasi Donor

1.3.1 Rotasi

Flap rotasi adalah lipatan setengah lingkaran pada kulit dan jaringan subkutan yang berputar pada suatu titik pivot ke dalam defek. Pada flap rotasi defek akan ditutup menggunakan jaringan yang sayatan berbentuk semisirkular sehingga jaringan flap yang terdekat dengan defek memiliki tegangan terbesar dibandingkan titik pivot¹⁰

1.3.2 Transposisi

Flap transposisi adalah flap yang berbentuk persegi panjang atau persegi dari sebuah jaringan kulit dan jaringan subkutan yang diputar dari titik pivot ke titik defek yang berdekatan. Flap jenis ini digunakan paling sering pada pembedahan kepala.¹⁰

1.3.3 Interpolasi

Flap interpolasi adalah flap jaringan dua tahap yang dasar flapnya tidak berbatasan langsung dengan defek resipien. Flap

menjembatani segmen jaringan normal diantara keduanya. Flap ini digunakan ketika jaringan atau mobilitas kulit didekatnya tidak mencukupi sehingga mencegah penutupan cacat bedah dengan penutupan primer¹²

1.3.4 Advancement (Flap Maju)

Flap *advancement* adalah flap maju dengan menggeser atau meregang jaringan kulit ditarik untuk menutup defek kulit atau menghilangkan tukak. Flap maju dapat dibagi menjadi tiga:

- 1) Pedikel tunggal : Flap ini dibuat membuat dua insisi paralel dari defek, idealnya sepanjang garis regangan kulit.
- 2) Bipedikel : flap ini umumnya digunakan untuk menutup defek pada area yang terlihat jelas dengan memindahkan defek ke daerah yang kurang terlihat misalnya dari dahi ke kulit kepala.
- 3) V-Y : pada flap VY ini dibuat sayatan membentuk huruf V yang setelah digeser membentuk huruf Y. Flap *advancement* V-Y unik karena flap dibiarkan mundur ke posisinya dan bukannya maju di bawah tekanan ke dalam defek. Sayatan dirancang sedemikian rupa sehingga anggota tubuh V tegak lurus terhadap arah *advancement* jaringan yang diinginkan. Setelah jaringan maju, sayatan segitiga yang dihasilkan ditutup dengan dahan vertikal, yaitu batang Y¹⁰

III. KASUS

Seorang perempuan berusia 64 tahun datang ke Poli RS Unand dengan keluhan benjolan pada rahang bawah yang semakin membesar sejak 3 bulan lalu. Awalnya, benjolan tersebut sebesar biji kacang. Sekitar bulan Agustus, benjolan semakin membesar sebesar telapak tangan dan mulai terasa nyeri. Benjolan tersebut juga mengeluarkan cairan berwarna merah, pasien mengaku keluar cairan tersebut sedikit-sedikit dan keluar apabila bergesekan. Keluhan nyeri tersebut menjalar sampai ke tenggorokkan

sehingga pasien sulit menelan. Kemudian, keluarga membawa pasien ke Puskesmas dan diberi obat sariawan, pasien mengaku tidak ada perbaikan setelah berobat. Badan terasa mudah lelah ada, mual muntah tidak ada, sesak nafas tidak ada, dan tidak ada keluhan nyeri pinggang belakang. Pasien mengeluhkan penurunan berat badan 10 kg sejak 3 bulan ini. Pasien tidak merokok dan tidak memiliki riwayat keluarga penyakit kanker.

Pasien merupakan seorang petani yang setiap hari terpapar sinar matahari. Pasien tidak menggunakan *sunscreen* ataupun pelindung kulit saat bertani. Pada pasien telah dilakukan pemeriksaan biopsi dan didapatkan hasil *Keratinized Squamous Cell Carcinoma Moderate To Poorly Differentiated*.



GAMBAR 2. KONDISI PASIEN SEBELUM OPERASI



GAMBAR 3. KONDISI PASIEN SEBELUM OPERASI



GAMBAR 4. KONDISI PASIEN SETELAH MANDIBULEKTOMI OPERASI



GAMBAR 5. KONDISI PASIEN SETELAH TINDAKAN V-Y FLAP



GAMBAR 6. KONDISI PASIEN SETELAH TINDAKAN V-Y FLAP

Pada pemeriksaan *vital sign* didapatkan keadaan umum tampak sakit sedang, kesadaran somnolen tekanan darah 103/66, nadi 81 kali per menit, nafas 20 kali per menit, suhu 36 derajat celsius. Pada pemeriksaan fisik didapatkan inspeksi regio mentalis tampak massa berukuran 6 cm x 4 cm x 3 cm, tepi ireguler, darah (+), pus (+), dan krusta (+). Pada palpasi teraba massa di mandibular kiri dengan konsistensi padat, kenyal, nyeri, terfiksir, permukaan tidak rata, berjumlah satu buah.

Pasien direncanakan tindakan mandibulektomi segmental dan rekontruksi flap. Pemberian obat-obatan post operasi antibiotik intravena dan antinyeri. Pasien post operasi rawat ICU dan kondisi vital stabil.

IV. DISKUSI

Karsinoma sel skuamosa adalah suatu proliferasi ganas dari keratinosit epidermis yang merupakan tipe sel epidermis yang paling banyak dan merupakan salah satu dari kanker kulit yang sering dijumpai setelah basalioma.

Disebutkan bahwa SCC lebih sering ditemukan pada laki-laki dibandingkan perempuan dengan rasio 3:1. Namun, Pasien merupakan seorang perempuan. Pasien berusia 64 tahun, yang sesuai pada teori menyatakan SCC insidensinya meningkat pada usia diatas 40 tahun.

Pasien merupakan seorang petani dan memiliki aktivitas terpapar sinar matahari langsung lebih banyak dan tidak menggunakan pelindung kulit seperti *sunscreen* ataupun topi. Faktor lingkungan yang paling berperan pada SCC adalah akumulasi pajanan sinar ultraviolet. Ultraviolet A dan B adalah sinar matahari yang berbahaya bagi kulit, terutama ultraviolet B dengan panjang gelombang 200-320 nm lebih bersifat karsinogenik.

Radiasi UVB menyebabkan mutasi pada DNA keratinosit yang membentuk ikatan kovalen antara pirimidin dan pembentukan mutagen sehingga muncul sel potensi ganas. Pada kasus ini, dari anamnesis ditemukan adanya keluhan benjolan pada rahang bawah. Benjolan semakin membesar dalam 3 bulan terakhir dan mulai terasa nyeri, mudah berdarah, serta disertai nanah. Berdasarkan klinis SCC sering terjadi di daerah keratosis aktinik dan daerah yang sering terpapar matahari seperti wajah dan punggung tangan²

Pemeriksaan lokalis didapatkan inspeksi regio mentalis tampak benjolan dengan ulkus ukuran 6 cm x 4 cm x 3 cm tepi irregular, berdarah, mengeluarkan pus. Pada palpasi teraba massa di mandibular kiri dengan konsistensi padat, kenyal, nyeri, terfiksir, permukaan tidak rata, berjumlah satu buah. Temuan klinis pada pasien ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa SCC memiliki tampilan klinis superfisial, diskret, keras, indurasi, dan berbentuk bulat.

Karsinoma sel skuamosa dapat timbul pada semua permukaan kulit dan membran mukosa tetapi lebih sering berkembang di

daerah yang terpapar langsung sinar matahari. SCC invasif dapat timbul dari kulit normal, diawali sebagai nodul kecil, keras, merah, dan ulserasi di sentral. Lesi juga dapat muncul sebagai papul berkrusta atau verukosa. Lesi juga menyerupai kutil virus atau lebih rapuh, lunak, dan tumbuh cepat pada beberapa pasien. Jika dibiarkan lesi dapat tumbuh secara horizontal dan vertikal sehingga terfiksasi pada jaringan dibawahnya.

Pada pemeriksaan FNAB didapatkan hasil *Keratinized Squamous Cell Carcinoma Moderate To Poorly Differentiated*. Pasien awalnya direncanakan *wide* eksisi dan rekonstruksi. Namun, pada intraoperatif didapatkan bahwa lesi tumor sudah mendestruksi tulang mandibular sehingga pada pasien dilakukan mandibulektomi segmental. Untuk tindakan rekonstruksi pasca mandibulektomi dilakukan tindakan rekonstruksi V-Y flap yaitu dengan cara membuat sayatan V pada area submandibula dan menggeser jaringan kulit submandibular membentuk huruf Y di regio mentalis. V-Y flap adalah salah satu prosedur untuk menutupi defek pada area wajah akibat kanker. Selain itu, V-Y flap dapat digunakan untuk menutupi defek yang lebih besar dan area yang memiliki mobilitas kulit terbatas¹⁰

DAFTAR PUSTAKA

- [1]. James WD, Elston DM, Treat JR, Rosenbach MA, Neuhaus IM. Andrew's Disease Of The Skin. 2015(13). 752-
- [2]. Griffiths C, Barker J, Bleiker T, Chalmers R, Creamer D. Rooks Textbook of Dermatology. 2016.(9).95-31
- [3]. Alam M, Armstrong A, Baum C, et al. Guidelines of care for the management of cutaneous squamous cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol.* 2018;78(3):560–578. doi: 10.1016/j.jaad.2017.10.007. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
- [4]. Kim C, Cheng J, Colegio OR. Cutaneous squamous cell carcinomas in solid organ transplant recipients: emerging strategies for surveillance, staging, and treatment. *Semin Oncol.* 2016;43(3):390–394. doi: 10.1053/j.seminoncol.2016.02.019.
- [5]. Trakatelli, M.; Ulrich, C.; Del Marmol, V.; Euvrard, S.; Euvard, S.; Stockfleth, E.; Abeni, D. Epidemiology of nonmelanoma skin cancer (NMSC) in Europe: Accurate and comparable data are needed for effective public health monitoring and interventions. *Br. J. Dermatol.* **2007**, *156*, 1–7.
- [6]. Andersson, E.M.; Paoli, J.; Wastensson, G. Incidence of cutaneous squamous cell carcinoma in coastal and inland areas of Western Sweden. *Cancer Epidemiol.* **2011**, *35*, e69–e74. 1992-2003. *Br. J. Dermatol.* **2007**, *156*, 1295–1300.
- [7]. Brewster, D.H.; Bhatti, L.A.; Inglis, J.H.C.; Nairn, E.R.; Doherty, V.R. Recent trends in incidence of nonmelanoma skin cancers in the East of Scotland,
- [8]. Katalinic, A.; Kunze, U.; Schäfer, T. Epidemiology of cutaneous melanoma and non-melanoma skin cancer in Schleswig-Holstein, Germany: Incidence, clinical subtypes, tumour stages and localization (epidemiology of skin cancer). *Br. J. Dermatol.* **2003**, *149*, 1200–1206
- [9]. Fania L, Didona D, Di Pietro FR, Verkhovskaia S, Morese R, Paolino G, Donati M, Ricci F, Coco V, Ricci F, et al. Cutaneous Squamous Cell Carcinoma: From Pathophysiology to Novel Therapeutic Approaches. *Biomedicines.* 2021; 9(2):171. <https://doi.org/10.3390/biomedicines9020171>
- [10]. Thorne CH. Grabb and Smiths Plastic Surgery. 2014. Edisi 7. Lippicott-Raven Publisher. Hal 385- 398
- [11]. Anggraini, D., Hasni, D., & Amelia, R. (2022). Pathogenesis of Sepsis. *Scientific Journal*, 1(4), 332-339.
- [12]. Sudjatmiko G. Petunjuk Praktis Ilmu Bedah Plastik Rekonstruksi. 2014. Hal 32-34
- [13]. Ramsey ML, Ellison CA, Al Aboud AM. Interpolated Flaps. [Updated 2022 Jul 25]. In: StatPearls [online].