

Karsinoma Sel Basoskuamosa Palpebra Rekuren: Laporan Kasus

Wenny Supit

Bagian Ilmu Penyakit Mata Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi, Manado, Indonesia

Email: wennysupit@gmail.com

Abstract: Basosquamous carcinoma (BSCC) is a rare type of skin cancer with an incidence of less than 2% of all skin cancers and the risk of local recurrence ranges between 15% and 50%. We reported a male, aged 57 years old, working as a civil employee, came to the eye clinic with a recurrent BSCC in the right lower palpebral since a month ago. The patient was previously diagnosed as BSCC and had undergone a surgery to remove cancer cells in 2017. However, in 2019, a scan of the axial incision of the head revealed a tumor mass in the right infraorbital area with T4N0Mx. The hypodense structured tumor mass showed increased contrasting. The operative management performed was extensive excision and deep excision with rotational flaps and drainage attached. Histopathological examination of the tumor tissue and excision margins, optic nerve tissue, as well as infraorbital bone tissue indicated a BSCC. Diagnosis of BSCC was confirmed based on anamnesis, physical examination, ophthalmic examination, head CT scan with contrast, and histopathological examination. This case report was aimed to explore BSCC especially in palpebra due to the lack of data of similar cases as well as the potential for diagnosis and promising management.

Keywords: basosquamous carcinoma (BSCC), palpebral, recurrent

Abstrak: Karsinoma basoskuamosa (BSCC) merupakan jenis kanker kulit yang langka dengan kejadian kurang dari 2% dari semua jenis kanker kulit namun dengan risiko kekambuhan lokal berkisar 15% dan 50%. Kami melaporkan kasus seorang laki-laki berusia 57 tahun, bekerja sebagai ASN, datang ke klinik mata dengan BSCC palpebra kanan bawah berulang sejak satu bulan lalu. Pasien sebelumnya didiagnosis dengan BSCC dan telah menjalani operasi untuk mengangkat sel kanker pada tahun 2017. Namun, pada tahun 2019, pemindaian kepala sayatan aksial menunjukkan adanya massa tumor di area infraorbital kanan dengan T4N0Mx. Massa tumor berstruktur hipodens dengan kontras yang meningkat. Manajemen operatif dilakukan eksisi ekstensif dan eksisi dalam dengan flap rotasi dan drainase terpasang. Pemeriksaan histopatologi dilakukan terhadap jaringan tumor dan margin eksisi, jaringan saraf optik, serta jaringan tulang infraorbital dengan simpulan suatu BSCC. Pada kasus ini diagnosis BSCC ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan oftalmologi, pemeriksaan penunjang berupa CT scan kepala dengan kontras, dan pemeriksaan histopatologi. Laporan kasus ini bertujuan untuk mendalami BSCC khususnya di palpebra karena minimnya data mengenai kasus yang serupa, serta potensi diagnosis dan penatalaksanaan yang menjanjikannya.

Kata kunci: karsinoma basoskuamosa (BSCC), palpebra, rekuren

PENDAHULUAN

Tumor palpebra merupakan neoplasia tersering di bidang oftalmologi. Tumor jinak umumnya muncul pada usia muda dan palpebra superior merupakan lokasai tersering. Berbeda halnya dengan tumor

gan yang umumnya muncul pada usia tua dengan lokasi tersering pada palpebra inferior.¹⁻³ Sekitar 86% dari tumor ganas merupakan karsinoma sel basal (*basal cell carcinoma/BCC*). Kasus BCC umumnya berjalan progresif yang lambat, namun jika

tidak diobati, tumor akan menyerang dan menghancurkan jaringan di sekitarnya.^{1,4-8}

Basosquamous carcinoma (BSCC) merupakan jenis keganasan kulit yang jarang dijumpai. Sebagai varian langka atau subtype karsinoma sel basal (BCC), jenis ini memiliki karakteristik BCC dan karsinoma sel skuamosa.⁹⁻¹³ Kejadian BSCC kurang dari 2% untuk semua kanker kulit non-melanoma dan lebih dominan pada jenis kelamin laki-laki.¹³⁻¹⁶ Etiologinya multifaktorial, tetapi radiasi UV, penuaan, dan paparan rokok tembakau tampaknya memainkan peran utama dalam timbulnya BSCC.^{9,13,17,18} Tumor BSCC terutama terjadi pada jenis kelamin laki-laki ras Kaukasia yang lebih tua dan biasanya ditemukan di daerah kepala dan leher atau di daerah lain yang terpapar sinar matahari.^{13,14,19}

Laporan kasus ini difokuskan pada patofisiologi terjadinya BSCC palpebra inferior rekuren. Dengan memahami patofisiologi tersebut diharapkan para klinisi dapat mengembangkan terapi yang lebih efektif pada kasus BSCC rekuren. Berikut ini dilaporkan suatu kasus BSCC palpebra rekuren yang dirawat di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado ditinjau dari segi aspek patofisiologis dan tatalaksana.

LAPORAN KASUS

Seorang laki-laki, 57 tahun, pekerjaan pegawai sipil, datang ke poliklinik mata RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou dengan keluhan benjolan pada mata kanan yang tumbuh cepat sejak satu bulan lalu. Luka pada kelopak mata kanan bawah muncul tiga bulan lalu yang berulang sejak tahun 2017, dengan bentuk luka yang masuk ke dalam dengan pinggir yang kering dan berwarna kecoklatan, agak basah, dan kadang muncul cairan kuning kental. Kelopak mata kanan tidak dapat dibuka sejak satu tahun lalu (2018). Penglihatan mata kanan kabur, penglihatan ganda dirasakan sejak tahun 2017, dan mata kanan tidak dapat melihat ke arah bawah.

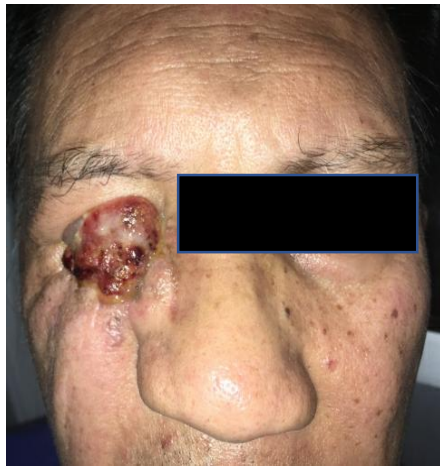
Keluhan pertama kali muncul luka di kulit area samping hidung kanan setinggi batang hidung. Luka hilang timbul, tidak

nyeri dan kadang sembuh sempurna tanpa pengobatan pada tahun 2005. Pada Februari 2017 muncul luka sejenis di bawah kelopak mata kanan dan meluas dengan cepat dalam selang waktu enam bulan. Riwayat penyakit sebelumnya yaitu pada bulan Agustus 2017 pasien didiagnosis dengan keganasan pada kulit kelopak mata kanan bawah dan telah dilakukan operasi pangangkatan sel kanker oleh dokter bedah mata. Riwayat penyakit seperti darah tinggi, penyakit gula dan gangguan lainnya disangkal. Penyakit tumor lambung diderita oleh ayah pasien tahun 2001 dan tidak dilakukan tindakan medis. Riwayat sosial pasien bekerja di Dinas Pekerjaan Umum dan bertugas di lapangan selama 10 tahun (2007-2017). Riwayat merokok selama 20 tahun 2 batang per hari. Pasien menikah, pekerjaan isteri ibu rumah tangga, dan memiliki tiga anak.

Pemeriksaan fisik didapatkan pasien dalam keadaan umum baik dengan kesadaran kompos mentis. Tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 90x/menit, reguler, isi cukup, frekuensi napas 22x/menit, dan suhu badan 36,8 °C. Pada pemeriksaan kepala dan leher tidak ditemukan pembesaran kelenjar getah bening retroaurikula, submandibular dan supraklavikular dekstra. Pada pemeriksaan dada didapatkan dalam batas normal. Pada pemeriksaan paru-paru didapatkan dalam batas normal. Pada pemeriksaan abdomen didapatkan permukaan abdomen datar lemas, bising usus normal, dan tidak ada pembesaran dari hati dan limpa. Pada pemeriksaan ekstremitas, tidak ditemukan adanya kelainan pada keempat ekstremitas dan akral teraba hangat.

Pada pemeriksaan oftalmologi, *visual acuity oculus dextra* (VOD) tidak dapat dievaluasi; *visual acuity oculus sinistra* (VOS) 6/6. Tekanan intra-okular (TIO) *oculus dextra* (OD) tidak dapat dievaluasi; TIO *oculus sinistra* (OS) 15,9 mmHg. Pada segmen anterior OD terdapat benjolan dengan ukuran 4x3x2cm, konsistensi lunak, batas tidak tegas dan pembesaran ke arah atas hingga menekan palpebra superior. Organ orbita tidak dapat dievaluasi karena terdesak jaringan tumor (Gambar 1). Pada segmen anterior OS didapatkan palpebra

dan konjungtiva dalam batas normal, kornea jernih, bilik mata depan dalam dan jernih, iris dan pupil bulat regular dengan diameter 4 mm, lensa jernih. Segmen posterior OD tidak dapat dievaluasi sedangkan pada segmen posterior OS didapatkan refleksi fundus positif uniform, papil N. II, retina dan makula dalam batas normal.



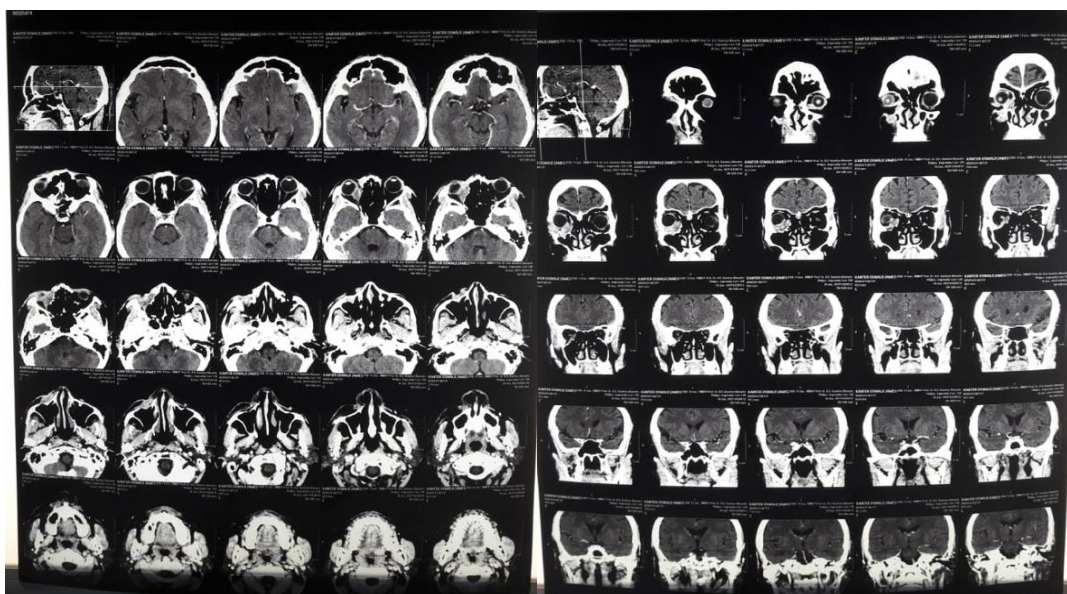
Gambar 1. Pasien saat pertama kali datang

Hasil pemeriksaan histopatologik tanggal 21 Agustus 2017 terhadap sediaan palpebra inferior OD mendapatkan lapisan epidermis dengan sedikit hiperkeratosis. Dalam dermis terdapat sarang-sarang sel

epitel basal yang anaplastik, tepinya ada yang tersusun palisade dan metaplasia skuamosus, infiltrasi sel limfosit dan leukosit polimorfonuklear (PMN) dengan simpulan suatu *basosquamous carcinoma* (BSCC).

Pemeriksaan laboratorium pada tanggal 5 September 2019 mendapatkan kadar hemoglobin 14,5 gr/dl, leukosit 9.000/mm³, eritrosit 4,79x10⁶ / μ l, hematokrit 40,5%, trombosit 316.000/mm³, gula darah sesaat 103 mg/dl, ureum 22mg/dl, kreatinin 0.8 mg/dl, SGOT 22 U/L, SGPT 14 U/L, natrium 133 mEq/L, kalium 4,52 mEq/L, klorida 105,3 mEq/L, dan hemostatis dalam batas normal. Hasil ekspertisi elektrokardiografi (EKG) dalam batas normal. Pemeriksaan x-ray toraks didapatkan dalam batas normal.

Pemeriksaan *scan* kepala irisan aksial tanpa dan dengan kontras tanggal 4 Juli 2019 mendapatkan hasil OD tampak massa tumor regio infraorbita dekstra. Massa berstruktur hipodens yang dengan kontras tampak adanya *enhancement*. Tampak lesi tumor berukuran kurang lebih 5 cm telah menginfiltrasi ke fasia, otot, sampai mendestruksi tulang orbita inferior, dan mulai menekan bulbus okuli. Kesan basalioma regio infraorbita dekstra, saat ini telah menginvasi fasia otot dan sampai mendestruksi tulang orbita inferior dan telah mendesak bulbus okuli dekstra dengan suspek T4N0Mx (Gambar 2).



Gambar 2. *Scan* kepala tanggal 4 Juli 2019

Pada penatalaksanaan operatif bersama dengan dokter bedah onkologi dilakukan eksentrasio dengan eksisi luas dan dalam dengan *rotasional flap* dan terpasang drainase (Gambar 3). Pemeriksaan histopatologik jaringan tumor beserta batas margin eksisi, jaringan nervus optikus, dan jaringan tulang infraorbita. Pemasangan jalur IVFD RL 500cc tiap 8 jam, injeksi ranitidin 50 mg intravena tiap 12 jam, ceftriaxone 1 gr intravena tiap 12 jam, ketorolac 30 mg intravena tiap 8 jam.



Gambar 3. Pasca eksentrasio OD

Saat perawatan hari ke-2 dan ke-3 pasca operasi, pasien mengeluh nyeri pada luka operasi dan adanya rembesan darah. Pemeriksaan segmen anterior dan posterior mata kiri dalam batas normal. Pada hari ke-4 pasca operasi, keluhan nyeri dan rembesan darah masih dirasakan, keadaan umum pasien stabil, dan tidak didapatkan tanda-tanda infeksi pada luka operasi, Pasien menjalani rawat jalan setelah hari ke-5 pasca operasi, dan dilakukan observasi untuk memastikan tidak ada tanda-tanda metastasis.

BAHASAN

Rekurensi yang terjadi pada pasien ini sejalan dengan sifat BSCC yaitu perilaku yang lebih agresif dan berbeda dibanding BCC, dengan kecenderungan tinggi untuk kambuh secara lokal dan menyebar ke kelenjar getah bening atau organ lain.²⁰⁻²²



Gambar 4. Hari ke-3 pasca operasi

Selain tumor ini jarang ditemukan, dikatakan bahwa gejala-gejala BSCC tidak spesifik dan tergantung pada lokasi tumor, dan pada pasien ini tumor terletak di palpebra.^{9,13,21} Histogenesis BSCC belum jelas, tetapi diperkirakan bahwa tumor tersebut berasal dari sel totipoten di lapisan basal epidermis.^{10-11,22}

Dasar diagnosis suatu BSCC palpebra rekuren berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan oftalmologi, pemeriksaan penunjang berupa CT scan kepala dengan kontras, dan pemeriksaan histopatologik.¹⁰ Pada pasien ini, semua hal tersebut telah dilakukan. Manifestasi klinis yang muncul pada kasus BSCC palpebra rekuren sangat bervariasi berupa gambaran klinis lesi di bawah kelopak mata yang mengenai kantung medial berwarna kuning pucat, lesi ulseratif dengan batas berwarna kecoklatan yang sejalan dengan progresifitas gejala pasien.⁸

Terdapat beberapa faktor risiko BSCC pada pasien ini yang meliputi terpapar radiasi UV, usia lebih dari 50 tahun, dan jenis kelamin laki-laki sedangkan faktor risiko lainnya yang belum diketahui seperti riwayat penyakit BSCC pada keluarga.⁵⁻⁸

Berdasarkan hasil CT scan kepala, pada pasien ini ditemukan lesi tumor berukuran kurang lebih 5 cm telah menginfiltrasi ke fascia, otot, sampai mendestruksi tulang orbita inferior, dan mulai menekan bulbus okuli. Kesan suatu basalioma regio infraorbita dekstra yang telah menginvasi fascia

otot dan sampai mendestruksi tulang orbita inferior dan mendesak bulbus okuli. Selain pemeriksaan tersebut dapat juga dilakukan *magnetic resonance imaging* (MRI), namun pemeriksaan baku emas untuk menentukan jenis tumor yakni menggunakan pemeriksaan histopatologik pada jaringan di regio palpebra dan osseus infra orbita.¹¹

Tumor BSCC rekuren lebih sulit disembuhkan daripada lesi primer. Pengobatan BSCC membutuhkan operasi luas dengan margin negatif, dengan risiko kekambuhan lokal berkisar 15% dan 50%.²⁰

Salah satu terapi standar untuk BSCC ialah bedah mikrografi Mohs (*Mohs micrographic surgery*/MMS) dengan margin eksisi yang lebih luas daripada untuk BCC atau SCC, dan tindak lanjut yang cermat merupakan hal yang wajib.¹⁶ Sampai saat ini data tentang penyebaran dan faktor risiko metastasis nodal dan jauh (*distant* metastasis/DM) untuk BSCC secara umum, dan BSCC area wajah khususnya masih sangat minim. Oleh karena itu, kebutuhan untuk manajemen kelenjar getah bening pada BSCC area wajah belum dapat dijelaskan secara memadai sebelumnya. Sampai saat ini masih tidak jelas sejauh mana parameter klinis atau histologik yang dapat membantu penilaian risiko dalam hal BSCC.

Pasien ini memiliki kecocokan untuk dilakukan MMS karena BSCC merupakan varian BCC, dan mempunyai risiko tinggi yaitu: letak di lokasi midfasial (disebut zona H yang meliputi hidung, daerah periokular, bibir, telinga), eksisi tumor berulang dan inkomplit, BCC dengan karakteristik histologik agresif (*sclerosing*, basoskuamosa, infiltratif, dan mikronodular), BCC dengan keterlibatan perineural, dan BCC dengan ukuran tumor melebihi 2 cm.^{20,22} Tindakan MMS ini dapat sangat bermanfaat bagi pasien ini karena MMS sesuai untuk BCC dengan batas klinis tidak jelas. Perlu diingat bahwa subtipe tumor yang agresif cenderung besar, memiliki batas tidak jelas, dan cenderung kambuh ketika diobati dengan modalitas terapi lainnya, sangat sesuai dengan pasien ini.¹⁰⁻¹¹

Tindakan MMS telah terbukti menghasilkan angka kesembuhan yang superior

untuk BCC risiko tinggi dibandingkan pendekatan lain. Rowe et al²³ melakukan studi meta-analisis dan mendapatkan tingkat kekambuhan 10,1% untuk BCC primer yang ditangani dengan eksisi sederhana, sedangkan lesi yang ditangani dengan MMS hanya memiliki tingkat kekambuhan 1%.²¹⁻²³ Penelitian lain telah mengonfirmasi bahwa MMS menghasilkan angka kesembuhan tertinggi pada tumor primer (98,6% -99%) dan pada kasus kekambuhan tumor.^{11,12} Dalam kasus kanker berulang, tingkat kekambuhan 5 tahun dari BCC ialah 17% dengan eksisi sederhana dan hanya 4,5% dengan MMS.^{11,13,23}

SIMPULAN

Pasien ini terdiagnosis suatu BSCC rekuren pada palpebra inferior mata kanan yang agresif berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan oftalmologi, pemeriksaan penunjang berupa CT-*scan* kepala dengan kontras, dan pemeriksaan histopatologik. Pasien ini memiliki kesempatan untuk dilakukan MMS karena batas klinis tidak jelas. Walaupun MMS telah terbukti menghasilkan angka kesembuhan yang superior untuk varian BCC dengan risiko tinggi dibandingkan dengan pendekatan lainnya namun keterbatasan SDM dan fasilitas pelayanan kesehatan menuntut pemilihan tindakan terbaik pada pasien sesuai kemampuan.

Konflik Kepentingan

Penulis menyatakan tidak terdapat konflik kepentingan dalam studi ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Asproudis I, Sotiropoulos G, Gartzios C, Raggos V, Papoudou-Bai A, Ntountas I, et al. Eyelid tumors at the University Eye Clinic of Ioannina, Greece: a 30-year retrospective study. *Middle East Afr J Ophthalmol*. 2015;22:230-2.
2. Deprez M, Uffer S. Clinicopathological features of eyelid skin tumors. A retrospective study of 5504 cases and review of literature. *Am J Dermatopathol*. 2009; 31:256-62.
3. Allali J, D'Hermies F, Renard G. Basal cell carcinomas of the eyelids. *Ophthalmol-*

- logica. 2005;219:57-71.
4. Leiter U, Garbe C. Epidemiology of melanoma and nonmelanoma skin cancer – the role of sunlight. *Adv Exp Med Biol.* 2008; 624:89-103.
 5. Karagas MR, Stannard VA, Mott LA, Slattery MJ, Spencer SK, Weinstock MA. Use of tanning devices and risk of basal cell and squamous cell skin cancers. *J Natl Cancer Inst.* 2002; 94(3):224-6.
 6. Tran H, Chen K, Shumack S. Epidemiology and aetiology of basal cell carcinoma. *Br J Dermatol.* 2003;149(Suppl 66):50-2.
 7. Roewert-Huber J, Lange-Asschenfeldt B, Stockfleth E, Kerl H. Epidemiology and aetiology of basal cell carcinoma. *Br J Dermatol.* 2007;157(Suppl 2):47-51.
 8. Madan V, Lear JT, Szeimies RM. Non-melanoma skin cancer. *Lancet.* 2010; 375(9715):673-85.
 9. Lehnerdt G, Manz D, Jahnke K, Schmitz KJ. Cutaneous basosquamous cell carcinoma. *HNO.* 2008;56(3):306-11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00106-007-1559-z>.
 10. Martin RC, Edwards MJ, Cawte TG, Sewell CL, McMasters KM. Basosquamous carcinoma: analysis of prognostic factors influencing recurrence. *Cancer.* 2000;88(6):1365-9.
 11. de Faria JL, Nunes PH. Basosquamous cell carcinoma of the skin with metastases. *Histopathology.* 1998;12(1):85-94.
 12. Jones MS, Helm KF, Maloney ME. The immunohistochemical characteristics of the basosquamous cell carcinoma. *Dermatol Surg.* 1997;23(3):181-4.
 13. Betti R, Crosti C, Ghiozzi S, Cerri A, Moneghini L, Menni S. Basosquamous cell carcinoma: a survey of 76 patients and a comparative analysis of basal cell carcinomas and squamous cell carcinomas. *Eur J Dermatol.* 2013; 23(1):83-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1684/ejd.2012.1890>
 14. Bowman PH, Ratz JL, Knoepp TG, Barnes CJ, Finley EM. Basosquamous carcinoma. *Dermatol Surg.* 2003;29(8):830-2 [discussion 833].
 15. Leibovitch I, Huilgol SC, Selva D, Richards S, Paver R. Basosquamous carcinoma: treatment with Mohs micrographic surgery. *Cancer.* 2005;104(1):170-5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/cncr.21143>.
 16. Tarallo M, Cigna E, Frati R, Delfino S, Innocenzi D, Fama U, et al. Metatypical basal cell carcinoma: a clinical review. *J Exp Clin Cancer Res.* 2008;27:65. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/1756-9966-27-65>.
 17. Strom SS, Yamamura Y. Epidemiology of nonmelanoma skin cancer. *Clin Plast Surg.* 1997;24(4):627-36.
 18. Diepgen TL, Mahler V. The epidemiology of skin cancer. *Br J Dermatol.* 2002; 146(Suppl161):1-6.
 19. Beer TW, Shepherd P, Theaker JM. Ber EP4 and epithelial membrane antigen aid distinction of basal cell, squamous cell and basosquamous carcinomas of the skin. *Histopathology.* 2000;37(3):218-23.
 20. Padgett JK, Hendrix JD Jr. Cutaneous malignancies and their management. *Otolaryngol Clin North Am.* 2001; 34(3):523-53.
 21. *Ophthalmic Pathology and Intraocular Tumors, Section 4. Basic and Clinical Science Course.* San Francisco: American Academy of Ophthalmology, 2018.
 22. Vu A, Laub D Jr. Metastatic basal cell carcinoma: a case report and review of the literature. *Eplasty.* 2011;11:ic8.
 23. Rowe DE, Carroll RJ, Day CL. Mohs surgery is the treatment of choice for recurrent (previously treated) basal cell carcinoma. *J Dermatol Surg Oncol.* 1989; 15:424-31.