

Laporan Kasus

Anterior Lamellar Reposition with Lid Split in Management of Severe Upper Eyelid Cicatricial Entropion

Ratna Doemilah

Departemen Ilmu Kesehatan Mata
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga/RSUD Dr. Soetomo
Surabaya

ABSTRACT

The purpose of this case report is to report the result of combined procedure, anterior lamellar reposition (ALR) with lid split in management of severe upper eyelid cicatricial entropion. Severe cicatricial entropion on upper eyelid patients who underwent ALR with lid split procedure by one surgeon and performed under local anesthesia, from Mei 2006 until April 2008 retrospectively reviewed. There were 10 patients (20 eyes), who diagnosed as severe cicatricial entropion, 2 patients caused by Stevens Johnson syndrome and 8 patients caused by trachoma stage 4, 2 patients among this cases had tarsotomy operation (SBL) more than twice. All patients had undergone this procedure, 9 patients achieved good results and 1 patient caused by Stevens Johnson syndrome had recurrences. Successful management in upper eyelid cicatricial entropion depends on cause and severity. ALR with lid split is an alternative procedure to manage the severe cicatricial entropion.

Key words: upper eyelid cicatricial entropion, anterior lamellar reposition

Korespondensi: Ratna Doemilah, c/o: Departemen/SMF Ilmu Kesehatan Mata Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga/RSUD Dr. Soetomo. Jl. Mayjend. Prof. Dr. Moestopo 6-8 Surabaya 60286. E-mail: ratna_d2004@yahoo.com

PENDAHULUAN

Entropion sikatriks kelopak mata atas adalah melipatnya tepi kelopak mata atas ke arah bola mata yang disebabkan adanya tarikan jaringan parut pada tarsus dan konjungtiva (*posterior lamella*), sehingga terjadi pemendekan *posterior lamella* secara vertikal, hal ini akan menyebabkan iritasi terutama pada kornea mata akibat dari masuknya bulu mata atau keratinisasi tepi kelopak mata.

Penyebab tersering dari entropion sikatriks kelopak atas adalah trakhoma, dan penyebab yang lain adalah trauma kimia, Stevens Johnson syndrome, dan ocular pemphigoid.^{1,2,3,4} Pemeriksaan yang penting selain anamnesis yaitu inspeksi dari *posterior lamella* kelopak mata atas di mana akan nampak jaringan parut (*subepithelial fibrosis*) yang berat pada permukaan tarsokonjungtiva.^{2,5}

Tujuan penatalaksanaan entropion sikatriks adalah untuk menurunkan iritasi kronis pada bola mata dengan cara memindahkan garis bulu mata atau *lengthening of the posterior lamella* dengan atau tanpa graft mukosa, dan eversi tepi kelopak mata yang abnormal dengan *Anterior Lamellar Reposition (ALR)*.^{1,2,3,5,6}

Kami akan melaporkan 10 kasus (20 kelopak mata) entropion sikatriks yang berat pada periode Mei 2006 hingga April 2008, dengan tujuan untuk menunjukkan bahwa penatalaksanaan entropion sikatriks yang berat seperti; trakhoma stadium 4, Stevens Johnson syndrome dengan jaringan parut yang berat pada *posterior lamella*, serta adanya metaplasia bulu mata, dan kasus dengan penebalan serta pemendekan *posterior lamella* setelah tindakan tarsotomi "SBL" yang berulang, di mana tidak dapat hanya dengan tindakan ALR saja tetapi dikombinasi dengan *lid split* dengan atau tanpa graft mukosa.



Gambar 1. Sikatrik pada *posterior lamella* pasien trakhoma (koleksi pribadi).

LAPORAN KASUS

Pada periode Mei 2006 sampai April 2008, secara retrospektif dari rekam medis didapatkan 10 pasien (20 kelopak mata) dengan entropion sikatriks yang berat, terdiri dari; 2 pasien Stevens Johnson syndrome dan 8 pasien dengan trakhoma stadium 4, 2 pasien diantaranya entropion yang residif dan pernah dilakukan tindakan tarsotomi “SBL” lebih dari 2 kali sehingga terjadi penebalan dan pemendekan tarsus secara vertikal yang berat.

Keseluruhan pasien dilakukan tindakan ALR dikombinasi dengan *lid split* tanpa graft mukosa dan dilakukan dengan bius lokal *Lidocain cum adrenalin (Pehacain 2 ml)*.

Insisi marker dibuat pada *skin crease* kelopak mata atas, dilakukan anestesi lokal pada area marker dengan injeksi

Pehacain subkutan dan subkonjungtiva fornix superior, ditunggu 10–15 menit. Insisi blefaroplasti dilakukan pada area marker dengan *mess* no 15, diperdalam sampai otot orbikularis (*skin muscle flap*), sehingga terlihat bagian atas *tarsal plate*, dipisahkan dan diseksi ke arah bulu mata (*anterior lamella*), di atas *tarsal plate*. Insisi dibuat sepanjang *grey line* dan diperdalam 2 mm dengan *mess* no 11 (gambar 2), dengan bantuan gunting ujung tajam-tajam, dari sisi *skin muscle flaps* ditembuskan sampai keluar di insisi *grey line*, seterusnya sampai *anterior lamella* dan *posterior lamella* dapat dipisahkan.

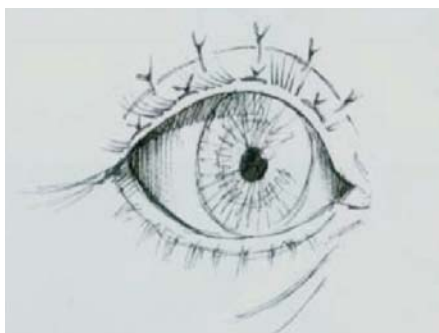
Teknik ALR dilakukan dengan cara; *anterior lamella* direposisi kembali pada posisi baru yang lebih tinggi, kemudian dibuat 3 jahitan *U suture* dengan benang absorbable vicryl 6.0 melalui kulit-otot orbikularis (1–2 mm di atas bulu mata), ditembus sampai ke *tarsal plate*, *U suture* dijahitkan pada tarsus dengan posisi yang baru (yang lebih tinggi) dan keluar melalui otot orbikularis-kulit 1–2 mm di atas bulu mata dengan jarak 2 mm dari jahitan pertama, kemudian diikat sampai bulu mata eversi dan *posterior lamella* atau *tarsal plate* nampak (2–4 mm), yang akan terjadi penyembuhan primer oleh jaringan granulasi. Luka kulit insisi blefaroplasti dijahit dengan benang prolene 6.0/7.0 *interrupted* atau *continous suture*.

Antibiotika salep mata, antibiotik dan analgesik oral diberikan jahitan prolene diangkat 5–7 hari sedangkan jahitan ALR diangkat 1 bulan pasca operasi. Evaluasi dilakukan 1 minggu, 2 minggu, 1 bulan dan 3 bulan pasca operasi.

Komplikasi yang sering terjadi selain edema, hematoma adalah residif, dan akan dilakukan tindakan koreksi setelah 6 bulan.⁵



Gambar 2. Cara melakukan insisi di *grey line*.¹



Gambar 3. Jahitan ALR dan *lid split*.¹



Gambar 4. Preoperasi pasien trakhoma.



Gambar 5. Pasien trakhoma yang telah dilakukan ALR dan *lid split* (koleksi pribadi).



Gambar 6. Satu bulan post operasi (koleksi pribadi).



Gambar 7. Entropion sikatriks kelopak mata atas pada Stevens Johnson syndrome (koleksi pribadi).



Gambar 8. Pasien Steven Johnson syndrome 2 minggu pasca operasi ALR dan *lid split* (koleksi pribadi).



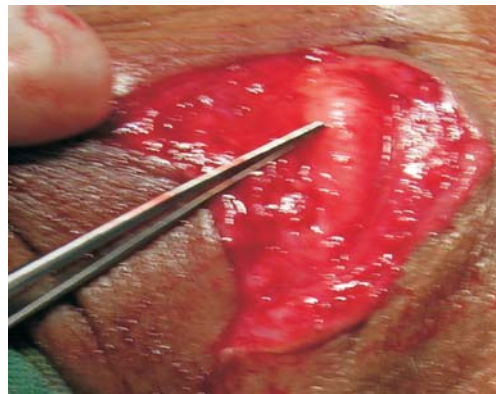
Gambar 9. Pasien Steven Johnson syndrome 3 bulan pascaoperasi ALR dan *lid split* (koleksi pribadi).

HASIL

Dari 10 kasus yang terdiri dari 8 kasus dengan trakhoma stadium 4 dan 2 kasus Stevens Johnson syndrome, pada pemeriksaan ulang 3 bulan pasca operasi, 9 kasus tidak didapatkan residif (90%), sedangkan 1 kasus dengan Stevens Johnson syndrome mengalami residif (10%).

DISKUSI

Kesuksesan penatalaksanaan entropion sikatriks tergantung pada evaluasi preoperasi seperti penyebab dan derajat keparahan.⁴ Jika penyebab entropion sikatriks karena proses autoimun (Cicatricial Pemphigoid) atau proses inflamasi (Stevens Johnson syndrome) maka prognosinya kurang baik. Hal ini disebabkan proses penyakitnya masih terus berlanjut sehingga kasusnya sering residif. Pada laporan kasus kami, residif 1 pasien karena Stevens Johnson syndrome. Pada kasus trakhoma dan trauma umumnya memiliki prognosis baik,⁵ seperti laporan kasus ini, pasien trakhoma tidak ada yang residif. Derajat keparahan entropion sikatriks dibagi menjadi 3 derajat yaitu ringan, sedang dan berat. Pada laporan kasus ini semua pasien termasuk derajat yang berat, dengan tanda-tanda yaitu bulu mata menyentuh kornea pada posisi primer, terdapat penebalan tarsus, terjadi distorsi tepi kelopak mata, terdapat metapalasia bulu mata.⁶ Dua kasus trakhoma yang residif dan telah dilakukan tarsotomi “SBL” lebih dari 2 kali. Menjadikan tarsusnya semakin tebal, melengkung dan pendek, sehingga tindakannya perlu kombinasi ALR dan *lid split*.



Gambar 10. Tarsus yang menebal dan pemendekan vertikal (koleksi pribadi).

KESIMPULAN

Teknik operasi kombinasi ALR dan *lid split* merupakan tindakan alternatif pada penatalaksanaan entropion sikatriks kelopak mata atas yang berat dengan komplikasi operasi minimal.

DAFTAR PUSTAKA

1. Leatherbarrow B. Upper Eye Lid Entropion. In: *Oculoplastic Surgery*. London, Martin Dunitz Ltd; 2002; p. 59–67.
2. Rose GE, Collin JR. Management of Entropion and Trichiasis. In *Ophthalmology Monographs*. American Academy of Ophthalmology. Vol 2. 1994; p. 34–37, 45–48.
3. Kronish JW. Entropion. In *Oculoplastic Surgery the essential*. Chen. W.P. eds. New York: Thieme Medical Publishers Inc.; 200. p. 41–53.
4. Kersten R.C, Codere F, Dailey R.A. American Academy of Ophthalmology, BCSC. 2006–2007. Section 7.Orbit, Eyelid and Lacrimal System. San Francisco. p. 205–207.
5. Tyers AG, Collin JRO. Cicatricial Entropion. In: *Colour Atlas of Ophthalmic Plastic Surgery*. Churchill Livingstone; 1995, p. 77–82.
6. *Seminat Bedah Plastik Mata dan Rekonstruksi. Prosedur Diagnostik dan Penatalaksanaan Bedah Plastik Mata dan Rekonstruksi*. Perdami. Jakarta; 2003. pp. 7, 31.