

Cutler Beard Technique for the Management of Superior Palpebra Sebaceous Adenocarcinoma

Putu Yuliawati

Department of Ophthalmology, Faculty of Medicine Udayana University/Sanglah General Hospital, Bali

ABSTRACT

Sebaceous Adenocarcinoma (SAC) is a malignant tumor derived from sebaceous gland. Incidence of SAC is 1–6% of palpebral malignancy. The aim of this article is to report SAC that has been treated with wide excision and palpebral reconstruction with cutler beard technique. This case reported a man of 62 years old, with tumor in his right upper eyelid. At the examination we found mass at superior palpebra 10 × 6 × 5 mm size centrally with clear margin, irregular, fixed, and no inflammation. We performed wide excision on superior palpebra 5 mm from the edge of the tumor, continued by horizontal incision with inverted U shaped. A marker was made in inferior palpebra with the same size of tissue used for flap. Incision was performed under the inferior edge of palpebra around 3 mm until donor flap turned to U shape. Inferior palpebra flap was pulled up, and sutured layer by layer to the skin. The flap was opened after 2 months. Histopatology examination found adenocarcinoma of meibomian gland. After operation, the defect closed well. In this case SAC handled with wide excision and cutler beard reconstruction technique gives the best result cosmetically.

Key words: Sebaceous Adenocarcinoma (SAC), wide excision, cutler beard technique, palpebra defect more than 50%

Correspondence: Putu Yuliawati, c/q: Department of Ophthalmology Faculty of Medicine Udayana University, Bali. Email: putu.yulia@gmail.com. Telp. +62-361-244364. Fax. +62-361-244364

PENDAHULUAN

Adeno karsinoma sebacea (AKS) adalah tumor yang berasal dari kelenjar sebacea yang bersifat ganas. Karsinoma tersebut biasanya berasal dari kelenjar meibom yang terletak pada tarsal plate, namun dapat juga berasal dari kelenjar Zeis dekat bulu mata atau kelenjar sebacea pada karunkula, alis ataupun kulit wajah.^{1,2}

Insiden AKS diperkirakan sekitar 1–6% dari keganasan palpebra. Karsinoma ini lebih banyak ditemukan pada orang Asia daripada orang barat. Insiden tertinggi 60–69 th, wanita lebih sering menderita tumor ini, dengan perbandingan 2:1. Lebih banyak pada palpebra superior yaitu pada 2/3 kasus, 20% pada palpebra inferior, dan 4–7% pada karunkula. Di Amerika insiden karsinoma ini sekitar 0,5–5% dari seluruh karsinoma palpebra, sedangkan di Cina, insiden karsinoma ini bisa mencapai 10% dari seluruh karsinoma palpebra.³⁻⁵ Lee dkk melaporkan insiden karsinoma sebacea sebanyak 10,2% dari total karsinoma palpebra di Singapura selama periode 27 tahun (1968–1995).⁶

Diagnosis klinis adenoma karsinoma sebacea palpebra sulit ditegakkan karena pada stadium dini dapat menyerupai lesi jinak. Penderita biasanya mengeluh timbul benjolan pada palpebra dimana pada pemeriksaan benjolan tersebut dapat menyerupai kalazion, bleparitis kronis, karsinoma sel basal atau sel skuamosa, sikatriks pemfigoid okular, keratokonjungtivitis. Kesalahan pengambilan spesimen histologis dan kesalahan interpretasi hasil pemeriksaan sering ditemukan karena karsinoma tersebut dapat bersifat difus.⁶⁻⁹

Penanganan AKS dapat dilakukan dengan *wide excision*, eksenterasi orbital, diseksi kelenjar getah bening leher radikal dan krioterapi. Palpebra berfungsi sebagai pelindung bola mata, sehingga bila terdapat defek pada palpebra pasca eksisi tumor sebaiknya dilakukan rekonstruksi. Hal-hal yang perlu dipertimbangkan pada rekonstruksi defek palpebra adalah (1) tipe tumor: jika jinak eksisi dapat dilakukan sesuai luasnya tumor, jika ganas eksisi dilakukan kurang lebih 2–3 mm lebih luas dari batas tumor dan harus dikontrol dengan pemeriksaan *frozen section* atau

mikrografik mohs untuk mengetahui daerah bebas tumor, (2) lokasi tumor, untuk memperkirakan tindakan operasi yang akan dilakukan, (3) luasnya defek palpebra, (4) rekam medis seperti keadaan pasien memerlukan obat tetes setiap hari, atau pasien hanya memiliki satu mata.⁹⁻¹⁵

Teknik rekonstruksi untuk palpebra superior dapat dilakukan tergantung dari pertimbangan tersebut di atas. (1) Apabila defek palpebra hanya mengenai kulit (lamellar anterior), tergantung dari luasnya defek. Bila defek palpebranya kecil dapat dilakukan *direct closure*, atau skin flap. Skin graf dilakukan bila defek palpebra terlalu luas. (2) Apabila defek palpebra hanya mengenai konjungtiva, *direct closure* dilakukan pada defek < 1/3 luas palpebra. Flap konjungtiva palpebra sulit dilakukan. *Graft* konjungtiva dengan mukosa bibir sangat baik untuk semua defek konjungtiva. (3) Apabila defek mengenai kulit dan konjungtiva (*full thickness*) tergantung dari luasnya defek, untuk defek palpebra horizontal < 1/3 bisa dilakukan *direct closure* atau dikombinasi dengan *cantholysis*. Bila defek palpebra horizontal < 50% dilakukan flap semicircular. Jika defek palpebra horizontal > 50% dan defek vertikal kecil (5–10 mm) dilakukan *advancement of redundant skin and posterior lamellar graft*. Jika defek palpebra horizontal > 50% dan defek vertikal sedang (10–15 mm) melibatkan darah kantung medius atau kantung lateral dilakukan *skin flap combined with posterior lamellar graft*, jika mengenai daerah sentral dilakukan *cutler beard flap*. Jika defek palpebra horizontal > 50% dan defek vertikal luas (> 15 mm) dilakukan teknik *mustarde rotation flap*.¹⁴

Kesulitan diagnosis dan keterlambatan tatalaksana pada AKS palpebra membuat prognosis menjadi lebih buruk. Prognosis buruk sebesar 83% biasanya didapatkan pada kasus dengan lesi pada palpebra superior dan inferior, invasi vaskular-limfe 88% atau orbita 76%, multisentrik, diameter ukuran lesi > 10 mm, dan gejala klinis lebih dari 6 bulan mempunyai angka mortalitas 38%.^{2,3}

Tujuan penulisan laporan kasus ini adalah menunjukkan tentang penanganan AKS palpebra superior dengan cara *wide excision* dan teknik *cutler beard* untuk menutup defek palpebra yang dapat memberikan hasil kosmetik yang baik.

LAPORAN KASUS

Penderita adalah seorang laki-laki, umur 62 tahun. Penderita datang pada tanggal 24 Desember 2009 dengan keluhan benjolan pada kelopak mata kanan bagian atas sejak 1 tahun yang lalu, nyeri tidak dirasakan, penderita mengeluh mata berair, keluar kotoran. Penderita pernah di operasi dokter spesialis mata, namun kemudian muncul kembali dan semakin lama semakin membesar. Ada riwayat muncul benjolan berulang sebelumnya.

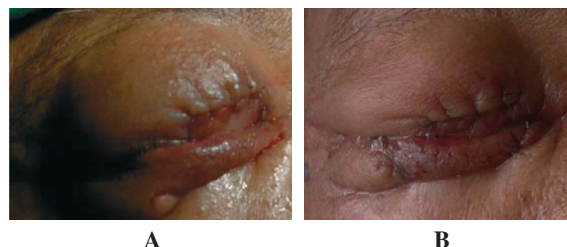
Pada pemeriksaan fisik didapatkan tajam penglihatan mata kanan 6/10, sedangkan mata kiri 6/15, pada palpebra superior kanan teraba masa tumor ukuran 15 × 10 × 5 mm, berbatas tegas, permukaan benjolan, terfiksasi, tidak terdapat

tanda-tanda radang. Pemeriksaan mata kiri dalam batas normal. Penderita di diagnosis dengan OD Tumor palpebra superior, dengan suspek adenokarsinoma sebacea.



Gambar 1. (A) Tumor sebelum *wide excision*, (B) Defek setelah *wide excision*

Penderita direncanakan operasi dengan anestesi umum. Pada tanggal 29 Desember 2009 penderita dilakukan *wide excision* dan penutupan defek dengan teknik *cutler beard* dengan anestesi umum. Teknik pembedahan yang dilakukan adalah sebagai berikut. Dilakukan *wide excision* palpebra superior 5 mm ditepi tumor, rawat perdarahan dengan cauter, insisi dilanjutkan secara horizontal sehingga berbentuk U terbalik. Dibuat marker di palpebra inferior sesuai dengan ukuran jaringan resipien yang akan di flap. Insisi di bawah margo inferior sekitar 3 mm sehingga *flap* donor juga berbentuk U. Tarik *flap* palpebra inferior ke atas, kemudian jahit lapis demi lapis mulai dari konjungtiva, otot orbikularis, kemudian kulit. Konjungtiva dan otot orbikularis dijahit dengan benang vicryl 8/0 dan 6/0, sedangkan kulit dijahit dengan prolene 6/0. Beri salep antibiotika, tutup dengan kasa steril. *Follow up* hari pertama tanggal 30 Desember 2009, tidak ada perdarahan, *flap* menutup sempurna, tanda-tanda infeksi tidak ada.



Gambar 2. (A) Pasca-rekonstruksi, (B) 1 minggu pasca-rekonstruksi

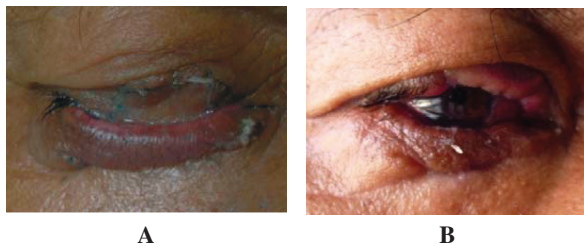
Penderita kontrol ke poli mata tanggal 7 Januari 2010 dengan flap yang baik. kemudian jahitan dilepas selang-seling, diterapi dengan antibiotika salep mata.

Hasil Patologi Anatomi tanggal 14 Januari 2010: I. Batas reseksi: tampak jaringan yang sebagian di batasi epitel skuamous dan adneksa kulit (folikel rambut) dan bagian dalam tampak tumor batas jelas terdiri dari sel bentuk bulat ovoid, sitoplasma bergranuler dan inti bulat oval hiperkromatik. Mitosis > 25/10HPF, sel-sel tersebut infiltrative di antara jaringan ikat dan membentuk susunan solid. II. Batas reseksi tampak jaringan yang sebagian di batasi epitel skuamous dan kelenjar melebar. Bagian dalam tampak tumor dengan morfologi sama dengan no I dan

yang tersusun solid dan sebagian *lobulated* dengan bagian sentral tampak nekrosis III. Tumor/massa: tampak jaringan yang sebagian dilapisi epitel skuamous dan morfologi sama dengan adneksa kulit, bagian dalam tampak tumor dengan morfologi sama dengan no I dengan tersusun solid dan *lobulated*, bagian sentral tampak nekrosis. Kesimpulan: *Adenocarcinoma of meibom gland*.

Follow up 3 minggu pascabedah (21 Juni 2010) kondisi flap baik dan dilakukan pengambilan seluruh jahitan. Pemotongan *flap* dilakukan pada tanggal 11 Maret 2010 dengan anestesi umum. Insisi *full thickness flap* dilakukan tepat di atas margo palpebra inferior sepanjang *flap*, rawat perdarahan dengan cauter, jahit sisa *flap* palpebra inferior dengan tepi luka di bawah margo inferior dengan benang vicryl 6/0 dan prolene 6/0 untuk kulit. Jahit kulit dengan mukosa konjungtiva pada ujung sisa flap di palpebra superior dengan vicryl 8/0.

Hasil follow up pada tanggal 18 Maret 2010, tajam penglihatan mata kanan 6/10, mata kiri 6/15, flap baik, tidak ada perdarahan, palpebra edema, konjungtiva hiperemi, kornea jernih, bilik mata depan normal, reflek pupil (+), lensa jernih.



Gambar 3. (A) Rekonstruksi setelah 2 bulan, (B) Rekonstruksi setelah pemotongan *flap*

DISKUSI

Insiden AKS berkisar 1–6% dari total karsinoma palpebra, tertinggi pada usia 60–69 tahun, dengan perbandingan pria:wanita = 1:1, lebih banyak pada palpebra superior dan ditemukan pada orang Asia. Pada pasien ini, didapatkan tumor di bagian sentral palpebra superior dengan ukuran 10 × 5 × 5 mm, tidak nyeri, rapuh dan berbenjol-benjol dengan batas tegas dan terfiksasi. Ada riwayat muncul benjolan berulang. Pada pasien ini dilakukan *wide excision* dan rekonstruksi palpebra superior.

Ada dua pilihan teknik reseksi pada bedah tumor palpebra, yaitu teknik *frozen section* (bedah standar dengan potong beku) tepi tumor dan teknik *mikrografik Mohs*. Teknik *frozen section* menggunakan pemeriksaan histopatologis pada tepi spesimen pada saat operasi bertujuan untuk memastikan tepi jaringan yang diangkat bebas dari tumor. Bila tidak ada lagi sel tumor yang terdeteksi, maka palpebra langsung dapat direkonstruksi. Namun bila masih ada sel tumor pada area tertentu, eksisi selanjutnya dapat dilakukan sampai batas tepi jaringan benar-benar bebas dari tumor. Keuntungan teknik *frozen*

section antara lain sebagai berikut: (1) pengawasan yang baik terhadap tepi tumor, (2) biasanya tersedia di banyak rumah sakit, dan (3) tingkat kesembuhan yang cukup tinggi. Kelemahannya antara lain sebagai berikut: (1) memerlukan waktu yang lebih banyak daripada teknik *Mohs*, (2) pada institusi pendidikan (di mana potong beku dilakukan oleh residen) ketepatan patologis kurang baik dibandingkan bila tumor direseksi dengan teknik *Mohs*, (3) banyak jaringan yang harus diangkat untuk mendapatkan tepi bebas tumor terutama bila tumor tidak berbatas tegas.¹⁵

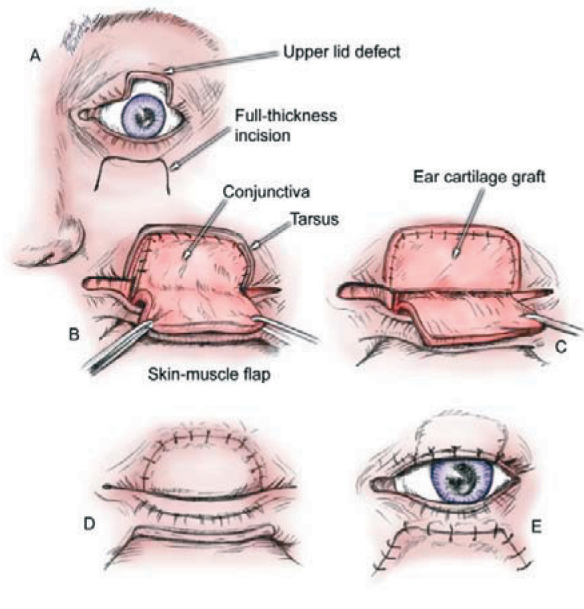
Teknik bedah mikrografik *Mohs* merupakan teknik eksisi serial horizontal pada jaringan sekitar tumor. Kemudian jaringan ditandai untuk mengidentifikasi area tumor yang tersisa. Keuntungan teknik *Mohs* adalah: (1) adanya dua tim yang berbeda dalam reseksi dan rekonstruksi palpebra untuk menghindari reseksi batas tumor yang tidak adekuat, (2) waktu yang diperlukan lebih singkat karena tidak perlu menunggu hasil pemeriksaan tepi bebas tumor, (3) insiden rekurensi tumor yang rendah. Kelemahan teknik *Mohs* antara lain: (1) biaya yang tinggi karena digunakan dua tim, (2) operator harus terlatih dengan teknik *Mohs*, (3) masih ada kemungkinan reseksi palpebra yang berlebihan. Tujuan teknik *Mohs* adalah untuk mengenali dan mengangkat tumor pada batas tepinya dengan tepat dan mempertahankan jaringan yang sehat. Ketika massa tumor utama telah diangkat, pengangkatan sisa tumor lapis demi lapis dilakukan untuk menentukan tepi tumor. Setiap lapis jaringan yang diambil diperiksa secara histologis untuk menemukan sisa tumor, kemudian pengangkatan sisa tumor serta survei mikrografik dilakukan pada area dimana tumor ditemukan.^{15,16}

Pada kasus ini tidak dilakukan teknik *mohs* karena tidak tersedianya sarana. Sedangkan tidak dilakukan *frozen section* karena eksisi tumor sudah cukup luas yaitu 5 mm dari tepi tumor.

Setelah *wide excision* dilanjutkan dengan rekonstruksi pada defek dengan teknik *cutler beard*. Indikasi penggunaan teknik *cutler beard* adalah tumor pada palpebra superior, sentral, defek horizontal > 50% dan defek vertikal sedang (10–15 mm). Keuntungan dari teknik ini adalah efek kosmetik yang lebih baik. Sedangkan kerugiannya memerlukan waktu yang lebih lama untuk dilakukan pemotongan *flap*, yaitu 2 bulan.

Tahap-tahap melakukan teknik *cutler beard* adalah ukur defek horizontal palpebra superior, buat marker sesuai defek horizontal kurang lebih 2 mm di bawah margo palpebra, insisi kulit sepanjang marker yang telah dibuat, lindungi kornea dan tembus kelopak mata bawah *full thickness* pada bagian akhir insisi horizontal. Kelopak mata di potong sesuai marker yang telah dibuat, *flap* yang terjadi diselipkan di bawah margo palpebra inferior ke arah defek palpebra superior, konjungtiva dipisahkan dari kulit dan m. orbikularis, kemudian konjungtiva yang berasal dari *flap* dijahitkan ke konjungtiva palpebra superior dengan prolene 6.0, pemasangan *graft* tulang rawan dapat dijahitkan di antara konjungtiva dan muskulus orbikularis dan kulit, kulit dan muskulus orbikularis yang berasal dari *flap* dijahitkan

ke kulit palpebra posterior dengan benang prolene 6.0, flap dipertahankan sampai kurang lebih 6 minggu–3 bulan. Pemisahan flap dengan memotong konjungtiva dan kulit, jahit konjungtiva dan kulit untuk membentuk margo palpebra baru dengan prolene 6.0 secara kontinyu, dan dibuat luka baru pada bekas insisi di palpebra inferior dan jahit lapis demi lapis.¹⁴



Gambar 6. Tahap-tahap cutler beard.¹³

KESIMPULAN

Dilaporkan penderita laki-laki 62 tahun, dengan Adenokarsinoma Sebacea palpebra superior mata kanan. Penderita dilakukan operasi *wide excise* dengan teknik *cutler beard*. Follow up pasca bedah memberikan hasil yang lebih baik secara kosmetika. Diperlukan pemantauan jangka panjang untuk mengamati terjadinya kekambuhan penderita ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. American Academy of Ophthalmology. Classification and management of eyelid disorders. Orbit, eyelids and lacrimal system Basic and clinical science course. San Francisco: American Academy of Ophthalmology 2009–2010. p. 186–200
2. Kanski JJ. Disorders of the eyelids. Kanski Clinical Ophthalmology. 4th ed. Oxford: Butterworth-Heinemann; 2009.
3. American Cancer Society. Diagnosis of lid carcinoma. In: Char DH, editor. Atlas of clinical oncology. Karsinomas of the eye and ocular adnexa. London: BC Decker; 2003.
4. Tse DT, Gilberg SM. Malignant eyelid tumors. In: Krachmer JH, Mannis MJ, Holland EJ, editors. Cornea. 2nd ed. Philadelphia Elsevier Mosby; 2005. p. 470–2.
5. Callahan EF, Appert DL, Roenigk RK, Bartley GB. Sebaceous carcinoma of the eyelid: a review of 14 cases. Dermatol Surg. 2004 August; 30(8): 1164–8
6. Lee SB, Saw SM, Eong KGA. Incidence of eyelid cancers in Singapore from 1968 to 1995. Br J Ophthalmol 1999; 1999: 595–7.
7. American Academy of Ophthalmology. Orbit and ocular adnexa. Fundamentals and principles of ophthalmology Basic and clinical science course. San Francisco: American Academy of Ophthalmology; 2005. p. 21–36.
8. Albert Hornblasse. Sebaceous Carcinoma of the Eyelids, New York, Ophthalmology 111(12): 2149–2150
9. American Cancer Society. Surgical treatment of lid tumors. In: Char DH, editor. Atlas of clinical oncology. Tumors of the eye and ocular adnexa. London: BC Decker Inc; 2001. p. 36–56.
10. American Cancer Society. Nonsurgical treatment of lid tumors. In: Char DH, editor. Atlas of clinical oncology. Tumors of the eye and ocular adnexa. London: BC Decker Inc; 2001. p. 24–35.
11. Allen M. Putterman. The Cutler-Beard Clamp for Lid Reconstruction Available at <http://www.revoptom.com>. Last updated April 05, 2003.
12. Ana M.S. Morley, Techniques of Upper Eyelid Reconstruction. Available at <http://www.witwaterand.edu>. Last updated, 2010.
13. Mounir.B. Eyelid Reconstruction, Upper Eyelid: Treatment Available at <http://www.eMedicine.medscape.com>. Last updated: Jan 29, 2010.
14. Soeharko. H, Rekonstruksi palpebra pasca eksisi Tumor, Jakarta, 2005, p. 1–18
15. Clinical oncology. Tumors of the eye and ocular adnexa. London: BC Decker Inc; 2001. p. 36–56.
16. Battley GB. Mohs surgery: proclamation, proof, principles and promise. Ophthalmology. 2004; 111: 615–6.