
Laporan Kasus

NEVUS KONGENITAL MELANOSITIK SEDANG DITERAPI DENGAN BEDAH EKSISI DAN *ISLAND PEDICLE FLAP*

*Dhini Indah Nugriaty, Arif Widiatmoko, Diah Prabawati Retnani, Yuli Megasasi,
Yasmina Diah Kumala*

*Departemen Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin
FK Universitas Brawijaya/RSUP dr. Saiful Anwar - Malang*

ABSTRAK

Salah satu ciri dari nevus kongenital melanositik (Congenital melanocytic nevus /CMN) adalah risiko transformasi menjadi melanoma. Terapi biasanya dilakukan untuk mengurangi risiko terjadinya melanoma atau alasan kosmetik.

Dilaporkan suatu kasus pada perempuan berusia 17 tahun dengan keluhan utama benjolan yang terasa nyeri pada leher kiri atas sejak 3 tahun yang lalu yang bertambah parah. Benjolan pertama kali muncul ketika lahir dan berkembang perlahan. Pemeriksaan dermatologis pada submandibula sinistra, terdapat plak hiperpigmentasi, padat, batas tegas, ukuran 1.2x1.6 x0.75 cm, coklat kehitaman, simetris, dan permukaan verukosa. Dilakukan terapi dengan bedah eksisi, dan island pedicle flap, konseling serta terapi farmakologik. Pemeriksaan histopatologis pada dermis didapatkan proliferasi sel, dengan nukleus bulat-oval, pleomorfik ringan, beberapa atipikal, melanin tersusun dalam sarang pada dermis superfisial, dengan kecurigaan displastik pada nevus campuran. Pemeriksaan imunohistokimia antiKi67 didapatkan lesi melanositik jinak. Tujuh minggu pasca eksisi, didapatkan sedikit makula eritematosa tanpa tanda jaringan parut hipertrofik.

Bedah eksisi direkomendasikan sebagai terapi lini pertama pada CMN. The island pedicle flap digunakan pada defek kecil sampai sedang pada lokasi yang mempunyai sumber perekrutan jaringan yang baik. Serial follow up direkomendasikan pada nevus yang telah diangkat.

Kata kunci: nevus, island pedicle flap

MEDIUM CONGENITAL MELANOCYTIC NEVUS TREATED WITH EXCISION SURGERY AND ISLAND PEDICLE FLAP

ABSTRACT

The most significant feature of a congenital melanocytic nevus (CMN) is the associated risk for transformation into melanoma. Treatment is undertaken to reduce the risk of melanoma or cosmetic reasons.

It was reported A-17 year old female came with the chief complaint of a tender bump in left upper neck since 3 years ago and get worsen. The bump appeared when she was born and slowly developed. Dermatological examination of submandible sinistra, there was single hyperpigmented plaque, solid, well defined, 1.2x1.6 x0.75 cm, dark brown black, symmetrical, and verrucous. An excisional surgery, island pedicle flap, counselling and pharmacological therapies were given. Histopathological examination revealed cell proliferation, round-oval nucleus, mild pleomorphic, several atypical, melanin arranged in the nests in dermoepidermal junction and superficial dermis, suggested compound nevus and suspect of dysplastic. AntiKi67 immunohistochemistry revealed benign melanocytic lesion. After 7 weeks, slight erythematous macule without signs of hypertrophy scar observed.

Excision recommended as the first-line treatment for CMN. The island pedicle flap used in small to medium size defect in location where its provide a good source of tissue recruitment. A series of follow up recommended after removal.

Keywords: congenital melanocytic nevus, dysplastic, excisional surgery, island pedicle flap

Korespondensi:

Jl. Letjen. Suprpto no 2 Malang

Telp/fax: 0341-340991, 0813-8306-1589

email:dhini.nugriatymaulana@gmail.com

PENDAHULUAN

Nevus melanositik merupakan proliferasi jinak normal dari melanosit yang secara garis besar dibedakan menjadi nevus melanositik kongenital dan nevus melanositik didapat.¹⁻³ Nevus melanositik kongenital atau *Congenital melanocytic nevus* (CMN) adalah nevus melanositik yang muncul sejak lahir atau pada tahun pertama kehidupan.¹⁻³ Lesi dapat kecil atau menutupi sebagian besar permukaan tubuh.^{1,3} Biasanya berwarna lebih gelap dibandingkan dengan kulit sekelilingnya, terdapat rugose atau permukaan halus yang meninggi, dapat disertai rambut yang tebal, panjang dan gelap.^{1,2} Klasifikasi nevus melanositik kongenital dibagi berdasarkan ukurannya; kecil (<1,5 cm), sedang (1,5–19 cm), dan besar (>20 cm).^{1,3}

Nevus displastik (*dysplastic nevus*/DN) atau atipikal, digunakan pada lesi melanositik neoplasia atau hiperplasia yang memiliki variasi histologi dari pola yang biasa atau terjadinya peningkatan risiko terhadap keganasan.^{2,7} Nevus displastik atau atipikal pertama kali ditemukan pada keluarga yang memiliki kerentanan terhadap melanoma.^{2,7-12} Nomenklatur lain yang berhubungan dengan lesi ini, di antaranya *B-K moles*, *Clark's nevus*, dan *nevus with architectural disorder* (NAD).⁸⁻¹² Hingga saat ini DN dikenal sebagai salah satu faktor risiko melanoma, dengan risiko relatif bervariasi antara 3.9% dan 8.8%.^{2,7-12}

Secara umum terdapat beberapa perbedaan antara bentuk klinis CMN yang sedang berkembang dan DN. Ciri klinis CMN yang sedang berkembang adalah: bentuk yang halus dan reguler, berbatas tegas, diameter lebih dari 1,5 cm dan cenderung kurang berambut.^{1,2,4} Sedangkan pada DN: bentuk lesi rata atau mempunyai *flat shoulders*, beberapa asimetri dan mempunyai warna yang bervariasi dalam satu lesi,⁷ walaupun sebagian DN cenderung mengalami regresi.^{2,7}

Terapi bedah tidak selalu dapat menurunkan risiko CMN atau DN untuk berkembang menjadi melanoma namun, apabila terdapat kecurigaan maka seluruh lesi harus dieksisi dengan margin yang baik untuk mendapatkan hasil yang secara kosmetik baik.^{1,3,13,14} Upaya utama pencegahan pada CMN atau DN adalah mengurangi pajanan terhadap sinar ultraviolet (UV), dengan perilaku perlindungan terhadap pajanan sinar UV sedini mungkin.^{2,5,7}

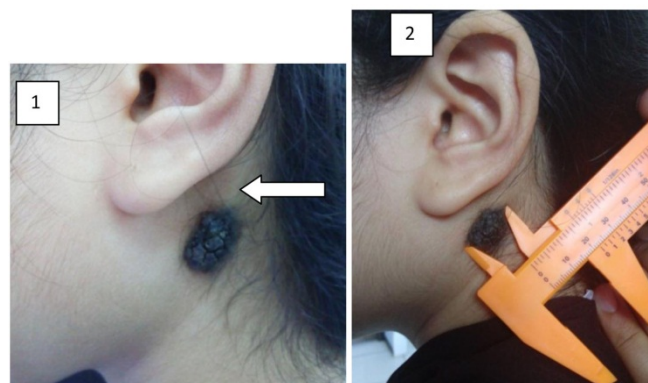
LAPORAN KASUS

Seorang perempuan berumur 17 tahun datang ke Poli Kulit dan Kelamin dengan keluhan utama benjolan pada leher kiri atas yang terasa nyeri sejak 3 tahun yang lalu yang bertambah parah. Benjolan muncul sejak pasien lahir, berukuran kecil dengan permukaan rata, perlahan berkembang sesuai dengan pertumbuhan tubuh pasien.

Benjolan tidak gatal dan tidak nyeri. Pasien memiliki sejumlah tahi lalat pada badannya. Tidak ada riwayat penurunan berat badan secara cepat dalam waktu singkat. Tidak didapatkan riwayat keganasan pada pasien ataupun keluarga, termasuk keganasan pada kulit dan pankreas. Pasien belum pernah berobat ke dokter sebelumnya untuk keluhan benjolan tersebut. Tidak ada riwayat kejang ataupun hidrosefalus.

Pada pemeriksaan fisik, didapatkan tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 82 x/menit, pernapasan 16x/menit, dan temperatur aksila 36oC. Pemeriksaan fisik lainnya tidak didapatkan kelainan.

Pemeriksaan dermatologik, pada submandibula sinistra (Gb 1-2), didapatkan plak hiperpigmentasi, tunggal, padat, batas tegas, ukuran 1,2 cm x 1,6 cm x 0,75 cm, coklat kehitaman, simetris, permukaan verukosa, tanpa *flat shoulder* pada kedua sisinya.



Gambar 1-2 () plak hiperpigmentasi, tunggal, padat, batas tegas, ukuran 1.2 cm x 1.6 cm x 0.75 cm, coklat kehitaman, simetris, permukaan verukosa, tanpa flat shoulder pada kedua sisinya

Diagnosis banding awal adalah nevus melanositik kongenital, nevus verukosa, dan nevus melanositik atipikal.

Pasien direncanakan untuk dilakukan bedah eksisi, *island pedicle flap* untuk memperbaiki defek akibat tindakan bedah dan dilakukan pemeriksaan histopatologik. Indikasi dilakukannya bedah eksisi pada pasien ini adalah karena alasan estetik. Tidak ada riwayat diabetes melitus, alergi obat, penyakit pembekuan darah, luka yang sulit sembuh serta keloid. Informasi mengenai prosedur lengkap diberikan pada pasien dan orangtuanya, serta dimintakan persetujuan tindak medik.

Setelah tindakan aseptik dan penyuntikan anestesi lokal, dilakukan bedah eksisi untuk mengangkat seluruh lesi (gambar 3). Dibuat garis segitiga diluar lesi sebagai penanda *island pedicle flap* (gambar 4). Dilakukan eksisi pada tepi penanda segitiga, dan juga dilakukan *undermine* secukupnya sehingga tersisa pedicle berbentuk se-

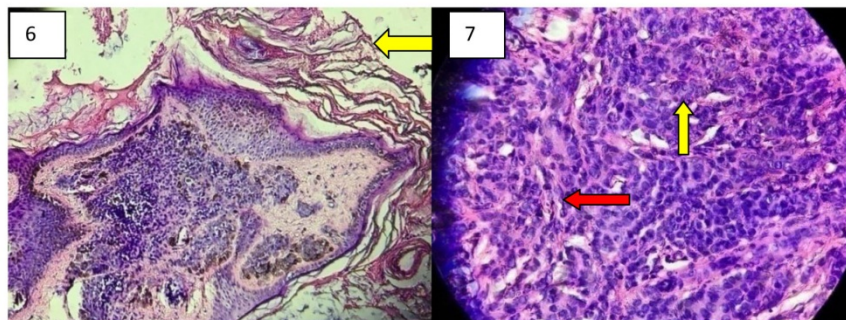
perti pulau pada pusat flap. Kemudian dilakukan penjahitan pada lesi yang dieksisi sampai tepi *pedicle* sehingga terbentuk mirip huruf Y (gambar 5). Pasien diberikan sefadroksil 500 mg dua kali sehari, asam mefenamat 500 mg tiga kali sehari, dan salep mupirosin. Pasien diminta kontrol dua minggu setelah dilakukan bedah eksisi untuk pengangkatan jahitan dan evaluasi penyembuhan luka.

Hasil pemeriksaan histopatologik didapatkan hiperkeratosis, dengan pertumbuhan verukosa pada lapisan epidermis (gambar 6).

Pada lapisan dermis ditemukan proliferasi sel, nukleus bulat-oval (gambar 7), pleomorfik ringan (gambar 8), beberapa atipikal, sebagian kromatin halus sebagian kasar, sitoplasma mengandung pigmen melanin yang tersusun pada sarang pada kait dermo-epidermal (gambar 9) dan dermis atas (gambar 10), dengan kecurigaan DN pada nevus melanositik campuran. Kemudian dilakukan pemeriksaan imunohistokimia anti Ki67 untuk membedakan proliferasi pada sel nevus. Pemeriksaan antiKi67 menunjukkan proliferasi sel yang rendah (kurang dari 1%) dengan kesimpulan lesi melanositik jinak.

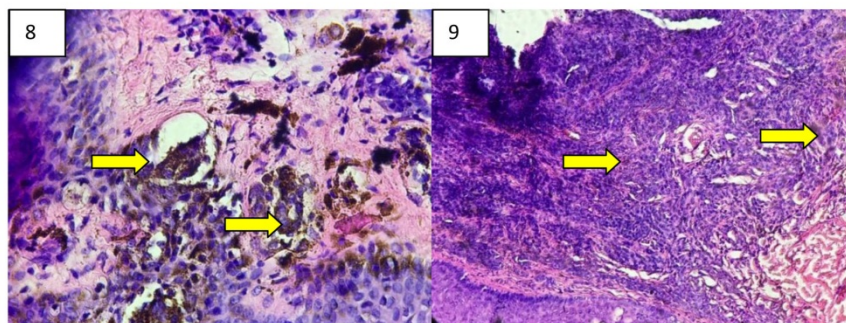


Gambar 3-5. Prosedur bedah eksisi dan *island pedicle flap*



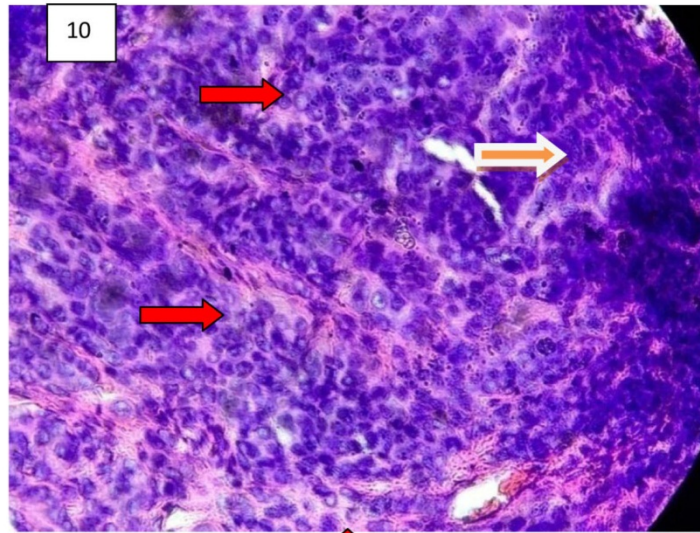
Gambar 6. Pengecatan HE, 100x, (↑) hiperkeratosis

Gambar 7. Pengecatan HE, 1000x (↑) sel proliferasi nukleus bulat-oval, (↓) pleomorfisme ringan

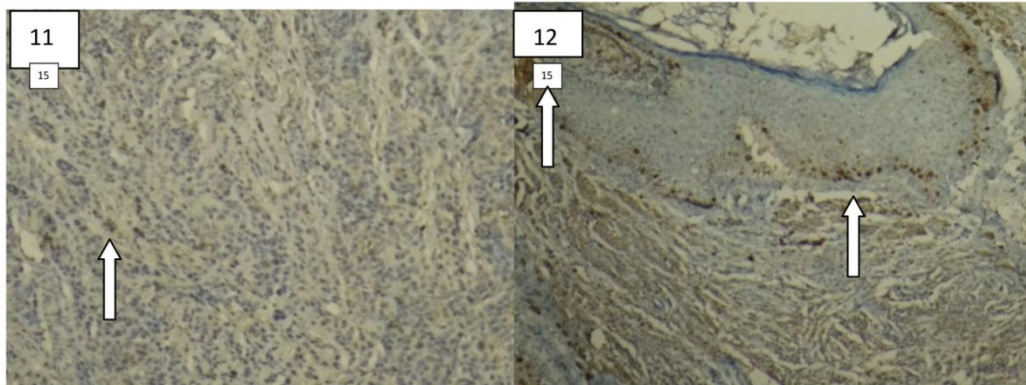


Gambar 8. Pengecatan HE, 1000X, (↑) sel nevus, dalam sarang pada kait dermo-epidermal

Gambar 9. Pengecatan HE, 100x, (↑) sel nevus dalam sarang pada dermis atas

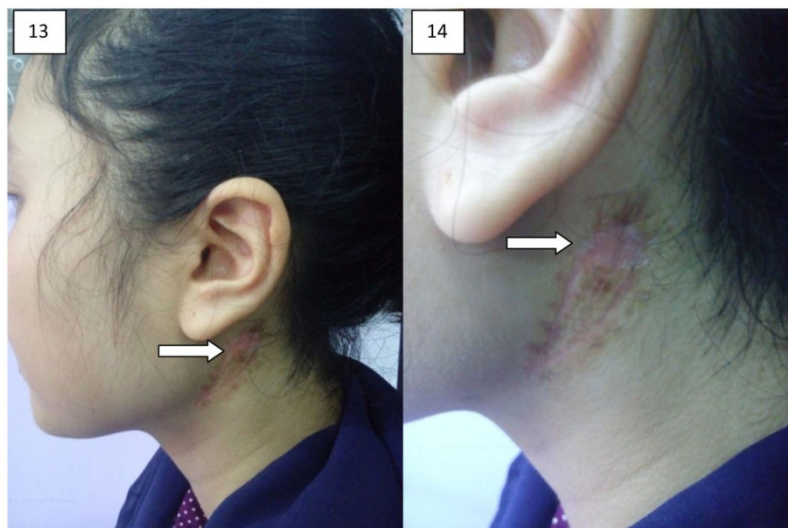


Gambar 10. Pengecatan HE, 1000x, (↑) sel atipikal, solid, pile up, (↑) sitoplasma kasar



Gambar 11. antiKi67,40x (↑) proliferasi sel rendah

Gambar 12. Anti Ki67,100x (↑) proliferasi sel rendah



Gambar 13
(↑) makula eritematosa , makula hiperpigmentasi, jaringan parut atrofik minimal

Gambar 14

Pasien diminta kontrol ke Poliklinik Kulit untuk pengangkatan jahitan dan evaluasi penyembuhan luka dua minggu kemudian. Penutupan luka baik dan ditemukan sedikit krusta pada tepi luka (gambar 11-12). Setelah pengangkatan jahitan, didapatkan makula eritematosa di sekitar luka. Pasien diminta untuk melanjutkan terapi dan kontrol ke Poliklinik Kulit dua minggu setelah kontrol pertama, atau satu bulan pasca operasi. Setelah enam minggu, pasien datang kembali ke Poliklinik Kulit dan didapatkan sedikit makula eritematosa, makula hiperpigmentasi serta jaringan parut atrofik minimal (gambar 13-14).

PEMBAHASAN

Salah satu ciri CMN adalah risiko transformasi menjadi melanoma.^{1,3} Lesi yang berukuran lebih kecil mempunyai faktor risiko yang lebih kecil dibandingkan CMN yang lebih besar.³ Risiko transformasi pada nevus yang berukuran lebih kecil adalah antara 0% dan 4,0%, sementara yang berukuran lebih besar adalah antara 4,5% dan 10%.^{2,3} Castilla dkk. pada satu studi di tahun 1981, melaporkan bahwa satu nevus dengan diameter kira-kira 10 cm dapat diidentifikasi pada 20 445 subyek dari total subyek 500 000 balita di Amerika Selatan.²

Pasien ini datang dengan keluhan utama benjolan pada leher kiri atas yang dirasakan nyeri sejak 3 tahun yang lalu dan bertambah parah. Benjolan muncul sejak pasien lahir, berukuran kecil dengan permukaan rata, perlahan berkembang sesuai dengan pertumbuhan tubuh pasien hingga pasien berusia 17 tahun. Benjolan tidak gatal dan tidak nyeri. Tidak didapatkan riwayat melanoma, keganasan pada kulit atau keganasan lainnya pada pasien dan keluarga. Tidak ada riwayat kejang dan hidrosefalus. Dari pemeriksaan dermatologik pada submandibula sinistra, didapatkan plak hiperpigmentasi, padat, berbatas tegas, ukuran diameter 1,2 cm x 1,6 cm x 0,75 cm, berwarna coklat tua dan hitam, simetrik, permukaan verukosa, tanpa *flat shoulder* pada sisinya. Satu-satunya ciri yang sesuai dengan DN yang ditemukan pada pasien ini adalah ukuran diameter lesi 1,5 cm, sedangkan ciri lesi lainnya termasuk lesi yang simetrik, batas tegas dan bentuk lesi regular lebih sesuai dengan CMN. Berdasarkan hal tersebut, secara klinis pasien didiagnosa sebagai nevus kongenital melanositik berukuran sedang.

Pada pasien ini, pemeriksaan histopatologik pada bagian dermis menunjukkan proliferasi sel dengan nukleus bulat-oval, pleomorfik ringan, beberapa atipikal dengan derajat yang bervariasi, dengan beberapa kromatin halus sedangkan beberapa kasar. Sitoplasma mengandung pigmen melanin yang tersusun berbentuk sarang pada kait dermo-epidermal dan dermis superfisial. Menurut parameter dari kromatin dan sitoplasma, kasus ini sesuai dengan kriteria diagnosis DN, walaupun derajat keparahan tidak dapat diklasifikasikan. Namun, adanya temuan pigmen melanin yang tersusun

dalam sarang pada kait dermo-epidermal dan dermis superfisial, sesuai dengan nevus melanositik campuran yang biasa ditemukan pada CMN. Hasil pemeriksaan histopatologik menyebutkan kecurigaan terhadap adanya DN, tetapi hasil pemeriksaan imunohistokimia anti Ki67 menunjukkan proliferasi sel yang rendah, sehingga disimpulkan merupakan nevus melanositik jinak.

Pada pasien ini, walaupun secara klinis bentuknya seperti nevus melanositik biasa, karena alasan estetik maka dilakukan eksisi seluruh lesi dan koreksi dengan menggunakan *island pedicle flap*, serta ditambahkan margin 2 mm, sesuai dengan literatur.

Pada pasien ini, dipilih *the island pedicle flap* karena ukuran lesi (1,6 cm x 1,2 x 0,75 cm), lokasi dari defek yaitu pada submandibula sehingga mempunyai sumber untuk pengambilan jaringan, dan disesuaikan dengan estetika. *The island pedicle flap* mempunyai suplai vaskular dibandingkan *classic advancement flap*, dengan pasokan darah berasal dari dasar flap dan harus menjangkau seluruh panjang dari flap sampai ke tepi.¹¹ Tipe flap ini akan memberikan panjang tambahan jaringan yang diperkirakan sama ukurannya dengan defek dan meminimalisir distorsi lokal.¹¹

Penyembuhan bekas luka eksisi dan flap pada pasien ini cukup baik. Hal tersebut dilihat dari didapatnya makula eritematosa di sekitar luka dua minggu pasca eksisi dan berkurang setelah enam minggu serta dengan jaringan parut hipertropik minimal.

Dengan diagnosis ini, aspek yang penting untuk diperhatikan adalah edukasi pasien tentang adanya risiko keganasan dan apa saja yang harus dipantau secara berkala.^{1,2} Pasien harus diajarkan bagaimana memeriksa diri sendiri dengan bantuan dari foto dan melakukan *follow-up* jangka pendek yang dapat mendeteksi dan memastikan bahwa nevus stabil.^{1,2} Konseling untuk pasien CMN yang telah dilakukan pengangkatan termasuk bagaimana melindungi kulit dari pajanan sinar matahari dan penghindaran sunburn, baik untuk pasien maupun keluarga pasien.^{2,7} Hal tersebut termasuk penghindaran matahari pada siang hari, berjalan di tempat yang teduh, bila beraktifitas di luar ruangan memilih pada pagi hari atau sore hari, penggunaan pakaian protektif misalnya baju lengan panjang, rok atau celana panjang, dan juga tabir surya.²

Karena pasien merupakan pelajar SMA tanpa adanya aktifitas tambahan di luar ruangan, pajanan sinar matahari terhadap pasien relatif tidak banyak. Meskipun demikian, pada pasien dan keluarganya perlu dilakukan konseling menyeluruh mengenai perlindungan terhadap pajanan sinar matahari dan dianjurkan kontrol secara berkala untuk nevus lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

1. Grichnik JM, Rhodes AR, Sober A J, Benign Neoplasias and Hyperplasias of Melanocytes. Dalam: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffel DJ, penyunting. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. Edisi ke-8. New York: McGraw-Hill; 2012.h. 1377-82.
2. Bishop JA. Lentigos, Melanocytic Nevi and Melanoma. Dalam: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, penyunting. Rook's Textbook of Dermatology. Edisi ke-8. United Kingdom: Willey-Blackwell; 2010.h. 54.10-54.9.
3. Lyon VB. Congenital Melanocytic Nevi. *Pediatr Clin N Am*. 2010; 57: 1155–76.
4. Barnhill RL. Tumors of the Melanocytes. Dalam: Barnhill RL, Crowson MA, Magro CM, Piepkorn MW, penyunting. *Dermatopathology*. Edisi ke-3. New York: McGraw-Hill Companies Inc; 2010.h. 615-81
5. Weedon D. Lentigenes, Nevi and Melanomas. Dalam: Weedon D. *Weedon's Skin Pathology*. Edisi ke-3. China: Churchill Livingstone Elsevier; 2010.h.713-34.
6. Elder DE, Elenitsas R, Murphy GF, Xu X, Benign Pigmented Lessions and Malignant Melanoma. Dalam: Elder DE, Johnson BL, Elenitsas R, Murphy GF, penyunting. *Lever's Histopathology of the Skin*. Edisi ke-9. New York: Lippincot Williams and Wilkins; 2005.h.713-44.
7. Grichnik JM, Tucker MA. Atypical (Dysplastic) Melanocytic Nevi. Dalam: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffel DJ, penyunting. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. Edisi ke-8. New York: McGraw-Hill; 2012.h. 1410-6.
8. Arumi-Uria M. Dysplastic nevus: the eye of thehurricane. *J Cutan Pathol*. 2008; 35 (Suppl. 2): 16–9.
9. Culpepper KS, Granter SR, McKee PH. My approach to atypical melanocytic lesions. *J Clin Pathol* 2004; 57: 1121–31.
10. Sheehan JM, Kingsley M, Rohrer TE, Excisional Surgery and Repair, Flaps, and Grafts. Dalam: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffel DJ, penyunting. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. Edisi ke-8. New York: McGraw-Hill; 2012.h. 2921-49.
11. Ibrahimi O A, Alikhan A, Eisen DB. Congenital melanocytic nevi: Where are we now? *J Am Acad Dermatol*. 2012; 67: 515.e1-13.
12. Bader RS. The Island Pedicle Flap: A Valuable Tool for the Repair of Small- to Medium-Sized Surgical Defects on the Extremities. *Cosm Dermatol*. 2007; 20(7): 446-8.
13. Lee KK, Swanson NA, Lee HN, Overview of flaps. Dalam: *Color Atlas Of Cutaneus Excision And Repairs*. Edisi ke-1. Cambridge: Cambridge University Press; 2008.h 33-48.
14. Patel KG, Sykes J M. Concepts in local flap design and classification. *Operative Techniques in Otolaryngology*. 2011; 22: 13-23
15. Prieto VG,Shea CR. Immunohistochemistry of Melanocytic Proliferations. *Arch Pathol Lab Med*. 2011; 135: 853–9