

Tinjauan Pustaka: Manifestasi Klinis dan Gambaran Dermoskopi pada Karsinoma Sel Basal

Irma Fakhrosa¹, Eva Krishna Sutedja¹, Jono Hadi Agusni¹, Vina Feriza¹,
Nia Ayu Saraswati¹

¹Departemen Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin, RS dr. Hasan sadikin
Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran, Bandung, Indonesia

Submitted: December 2017 | Accepted: February 2018 | Published: March 2018

Abstrak

Karsinoma sel basal (KSB) adalah suatu tumor ganas yang berasal dari sel basal epidermis, ditandai dengan pertumbuhan tumor yang lambat, tetapi dapat menyebabkan destruksi jaringan sekitarnya. Berdasarkan manifestasi klinis, KSB dibagi menjadi sub tipe nodular, pigmentasi, superfisial, morfeaformis, dan fibroepitelioma of pinkus. Suatu lesi dapat dicurigai keganasan jika lesi tersebut mudah rapuh, mudah berdarah, sulit sembuh, dan sering berulang. Dalam membantu menegakkan diagnosis KSB selain dari manifestasi klinis, diperlukan pemeriksaan penunjang seperti dermoskopi. Dermoskopi merupakan salah satu pemeriksaan penunjang yang tidak invasif, mudah dilakukan, murah dan cepat dalam membantu menegakkan diagnosis KSB dengan sensitivitas mencapai 95-97% dan spesifitas mencapai 87-96%. Berdasarkan gambaran dermoskopi, diagnosis KSB harus memenuhi dua syarat yaitu tidak ditemukan gambaran pigment network dan terdapat minimal satu karakteristik gambaran dermoskopi KSB. Karakteristik gambaran dermoskopi yang dapat ditemukan pada KSB berupa arborizing vessel, superfisial fine telangiectasis, ulserasi, multiple small erosions, blue-gray ovoid nest, multiple blue-gray dots/globules, maple leaf-like areas, dan spoke-wheel areas. Berdasarkan hal tersebut, dermoskopi dapat dijadikan suatu pemerikaan rutin pada setiap lesi yang dicurigai keganasan.

Kata kunci: Dermoskopi, karsinoma sel basal, manifestasi klinis

Abstract

Basal cell carcinoma (BCC) is a malignant tumor originating from epidermal basal cells, characterized by slow tumor growth, but can lead to adjacent tissue destruction. Based on clinical manifestations, BCC is divided into nodular, pigmented, superficial, morfeaformis, and fibroepitelioma of pinkus type. A lesion may be suspected as malignancy if the lesion is fragile, easily bleeding, difficult to heal, and often recurrent. For establishing a diagnosis of BCC, beside the clinical manifestations it self, additional diagnosis prosedure such as dermoscopy is required. Dermoscopy is not invasive, one of procedur that easy to perform, cheap and quick in helping to diagnosis of BCC with 95-97% sensitivity and 87-96% spesificity. Based on the description of dermoscopy, the diagnosis of BCC must meet two conditions, there are no pigment network picture found and there is at least one characteristic picture dermoscopic KSB. Dermoscopic features that could be found in BCC include arborizing vessels, superficial fine telangiectasis, ulceration, multiple small erosions, blue-gray ovoid nest, multiple blue-gray dots / globules, maple leaf-like areas, and spoke-wheel areas. Based on those, dermoscopy can be for use a routine diagnosis procedur of any lesions suspected to be a malignancy.

Keyword: Arborizing vessel, karsinoma sel basal, tumor ganas.

Pendahuluan

Karsinoma sel basal (KSB) adalah suatu tumor ganas yang berasal dari sel basal epidermis,^{1,2} merupakan keganasan kulit yang paling banyak ditemukan terutama pada orang kulit putih.^{3,4} Insidensi semakin meningkat sehingga 3-10% setiap tahunnya.⁴ KSB lebih sering terjadi pada laki-laki dibandingkan perempuan,⁵ dan terutama mengenai usia lanjut.^{1,4} Paparan sinar ultraviolet (UV) menjadi faktor risiko utama KSB,^{5,6} sehingga predileksinya adalah daerah tubuh yang terpajan sinar UV, terutama wajah,^{3,7,8} telinga, dan leher.^{3,7} Tumor ganas ini ditandai dengan pertumbuhan tumor yang lambat,⁷⁻⁹ jarang menimbulkan metastasis,³ tetapi dapat menyebabkan destruksi jaringan sekitar.^{4,10,11}

Manifestasi klinis KSB terbagi menjadi beberapa subtipe, yaitu subtipe nodular, pigmentasi, superfisial, morfeaformis, dan tipe *fibroepitelioma of pinkus* (FOP).^{4,7} Lesi KSB juga dapat menyerupai lesi kulit lain yang tidak ganas seperti dermatitis psoriasis,¹² atau *skin tag*⁴ sehingga sering kali lesi tersebut tidak terdiagnosis sebagai suatu keganasan.^{4,12} Oleh karena itu, selain berdasarkan manifestasi klinis diperlukan pemeriksaan penunjang untuk membantu penegakan diagnosis seperti pemeriksaan histopatologis.¹³ Pemeriksaan histopatologis merupakan pemeriksaan baku emas dalam penegakan KSB.^{14,15} Namun, pemeriksaan ini bersifat invasif,

mahal dan membutuhkan waktu dalam pemeriksaannya.^{1,4,13} Pemeriksaan penunjang KSB lain yang tidak invasif, mudah dilakukan, murah¹⁴ dan cepat diketahui hasil pemeriksaannya adalah dermoskopi.¹⁶⁻¹⁸

Dermoskopi merupakan suatu pemeriksaan lesi kulit dengan menggunakan alat pembesaran optik hingga 10-20 kali¹⁶ untuk melihat lapisan kulit bagian epidermis dan dermis.¹⁹ Karakteristik gambaran dermoskopi yang ditemukan pada KSB dapat berupa *arborizing vessel*, *superfisial fine telangiectasis*, ulserasi, *multiple small erosions*, *blue-gray ovoid nest*, *multiple blue-gray dots/globules*, *maple leaf-like areas*, *spoke-wheel areas*.^{16,17,20} Sensitivitas dermoskopi dalam penegakan diagnosis KSB mencapai 95-97% dan spesifitas mencapai 87-96%,¹⁴ sehingga pemeriksaan dermoskopi dapat menjadi pemeriksaan rutin pada setiap lesi yang secara klinis dicurigai sebagai suatu KSB.¹⁶

Pembahasan

I. Epidemiologi dan Etiopatogenesis KSB

Karsinoma sel basal merupakan kanker kulit tersering yang terjadi di seluruh dunia,¹⁸ dengan insidensi yang bervariasi.⁵ Insidensi di Eropa sekitar 200-400 per 100.000 orang tiap tahunnya, sedangkan insidensi KSB di Asia sekitar 16-20 per 100.000 orang per tahun.²¹ Berdasarkan data rawat jalan di Rumah Sakit Hasan Sadikin, Bandung sejak Januari 2014 hingga

Desember 2017 didapatkan 32 Kasus KSB dengan usia rerata 58 tahun.

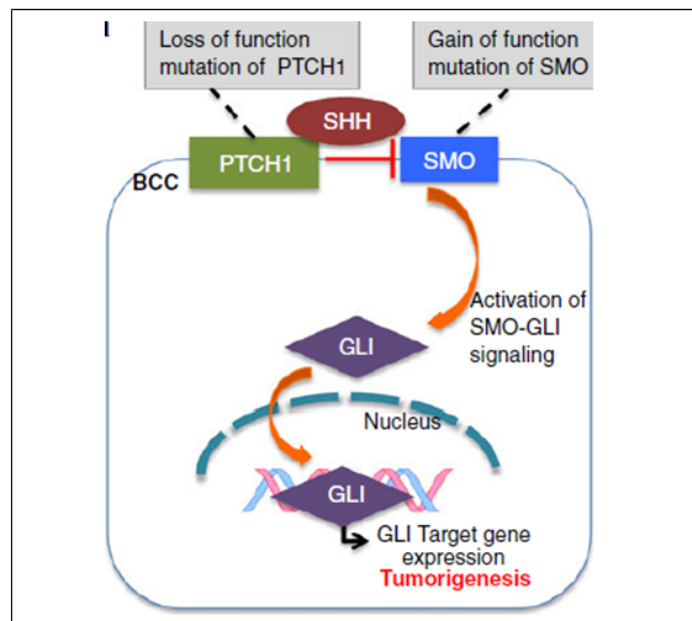
Etiologi KSB sampai saat ini belum diketahui secara pasti.⁴ Namun, pajanan sinar UV, 5-8 terutama UVB,⁶ yang terus menerus dalam waktu lama dapat memicu kejadian KSB.^{5,6,22} Sekitar 50% kasus KSB terjadi pada usia 50-80 tahun.³ Manifestasi klinis KSB dapat terjadi dalam 20-50 tahun setelah mengalami pajanan radiasi sinar UV yang terus menerus.^{6,7} Predileksi KSB ditemukan pada daerah yang sering terpajan sinar UV, terutama daerah kepala dan leher sebanyak 85-90%, batang tubuh sebanyak 40%, dan ekstremitas sebanyak 14%.²³ Kejadian KSB dilaporkan meningkat pada pekerja lapangan, seperti petani, nelayan, dan buruh.^{5,24} Szezyk dkk.,²⁴ melakukan penelitian terhadap 312 orang yang bekerja di lapangan dan didapatkan hasil bahwa petani memiliki risiko tinggi untuk kejadian KSB, sekitar 33%. Faktor lain yang diduga berhubungan dengan KSB antara lain faktor kerentanan genetik,²⁵ tipe kulit, dan pajanan radiasi ionisasi.^{1,4}

Etiopatogenesis KSB sampai saat ini tidak diketahui secara pasti, tetapi diduga berhubungan dengan *signaling pathway sonic hedgehog (SHH)/patched-1 (PCTH-1) /smoothened (Smo) / Glioma (Gli)*,^{26,27} yang berperan dalam pembentukan neoplasma.^{22,28} SHH *pathway* mempunyai peranan penting dalam perkembangan embriogenesis sel dan berperan juga dalam populasi *stem* sel kulit, perkembangan folikel rambut, dan kelenjar sebacea.^{28,29}

Dalam keadaan normal pada SHH *pathways*, terdapat gen PCTH-1 yang menghambat protein Smo yang berperan dalam proliferasi sel, sehingga terjadi keseimbangan pada SHH *pathways*. SHH *pathways* aktif selama proses embriogenesis dan umumnya sudah tidak aktif pada sel yang sudah matang.²⁹ Namun, jika terdapat gangguan pada SHH *pathways* maka PCTH1 akan berikatan dengan Smo, membentuk PCTH1-Smo yang memberikan sinyal ke Gli membentuk Smo-Gli. Ikatan Smo-Gli akan mengaktifkan sinyal GLi ke inti sel, sehingga akan menyebabkan proliferasi sel yang terus-menerus dan menyebabkan tumorigenesis (neoplasma), seperti KSB.^{28,29} GLi berperan sebagai sinyal untuk mengaktifkan perkembangan dan proliferasi sel,^{5,29} seperti yang dapat terlihat pada Gambar 1.

II. Manifestasi Klinis dan Gambaran Dermoskopi KSB

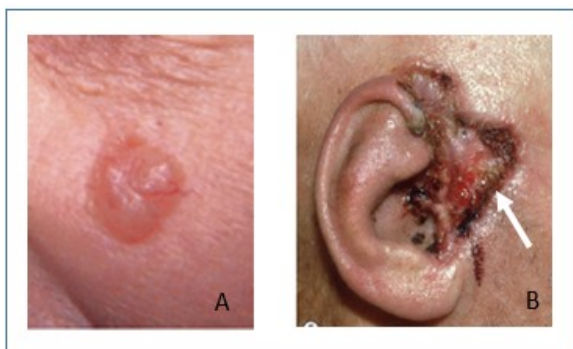
Berdasarkan manifestasi klinis, KSB dibagi menjadi beberapa sub tipe nodular, pigmentasi, superfisial, morfeaformis,^{3,4} dan tipe FOP.^{4,12} Predileksi lesi KSB di area yang terpajan sinar matahari seperti pada wajah dan leher.^{1,4} tetapi dapat juga ditemukan di bagian tubuh lain.^{12,24} Szezyk dkk.²⁴ melaporkan hasil penelitian pada pasien yang didiagnosis KSB dengan lesi di daerah kepala dan leher, lokasi yang paling banyak ditemukan adalah di hidung dan pipi (37%), telinga (26%), bibir (18%), mata (12%), serta kulit kepala berambut



Gambar 1. Peran *SHH pathways* dalam tumorigenesis
dikutip dari: Crowson²⁹

(8%). Lesi KSB dapat berupa papul atau nodul translusen, dengan atau tanpa disertai ulserasi, dan sering disertai telangietasis serta tepi lesi yang membulat (*rolled border*).^{1,4,12}

Gambaran lesi tersebut merupakan tanda khas pada KSB subtipe nodular, yang merupakan subtipe KSB terbanyak,¹⁷ dapat dilihat pada gambar 2.



Gambar 2. KSB tipe nodular
A .Gambaran klinis tipe nodular tranlusen ; B. Gambaran klinis nodular dengan ulserasi dengan tepi lesi *rolled*
Dikutip dari: ¹²

Selain berdasarkan manifestasi klinis, diperlukan pemeriksaan penunjang untuk membantu menegakkan suatu KSB.^{16,18} Dermoskopi atau yang sering disebut dermatoskopi merupakan suatu metode *in vivo* dengan menggunakan mikroskop epiluminens untuk melihat lesi kulit epidermis dan dermis.¹⁵ Penggunaannya telah banyak diteliti, dapat meningkatkan 5%-30% penilaian klinis secara visual, yang dipengaruhi pengalaman pemeriksa.¹⁶ Beberapa penelitian memberikan angka sensitivitas dan spesifitas dermoskopi yang bervariasi dan cukup tinggi untuk penegakan diagnosis KSB. Altamura dkk., tahun 2010 melaporkan keberhasilan diagnosis KSB dengan angka sensitivitas mencapai 95-97% dan spesifisitas 87-96%.³⁰ Lallas dkk.,¹⁴ tahun 2014, mendapatkan angka sensitivitas dermoskopi 81,9% dan spesifitas 81,8%.

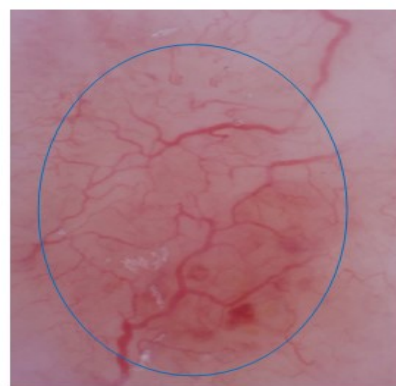
Pada tahun 2015, Lallas dkk,¹⁷ melaporkan angka sensitivitas dan spesifisitas yang lebih tinggi mencapai 95-99%. Dermoskopi telah menjadi pemeriksaan rutin di Eropa¹⁶ tetapi belum menjadi pemeriksaan rutin di Asia. Meskipun, Jepang merupakan negara yang paling banyak melakukan pemeriksaan dermoskopi.^{16,20}

Sesuai etiopatogenesisnya, pada KSB terjadi proliferasi sel tumor yang berasal dari gangguan gen supresi tumor sehingga menyebabkan tumorigenesis.¹⁴ Gambaran lesi tumor ini, selain akan terlihat pada gambaran klinis pasien, dapat juga terlihat gambaran dermoskopi yang khas.^{14,17} Sel tumor yang berpigmen akan berkumpul di epidermis dan dermis yang sehingga memberikan gambaran *blue-gray ovoid nest, multiple blue-gray dots/globules, maple leaf-like areas, atau spoke-wheel area* pada pemeriksaan dermoskopi.¹⁷ Sel tumor membutuhkan nutrisi yang lebih banyak sehingga timbul neovaskularisasi, pada dermoskopi membentuk gambaran khas berupa pembuluh darah melebar seperti *arborizing vessel dan atau superfisial fine telangiectasis*.^{14,17} Lesi tumor mudah rapuh sehingga mudah erosi dan ulserasi, sehingga pada gambaran dermoskopi dapat ditemukan gambaran ulserasi *dan atau multiple small erosions*.¹⁴

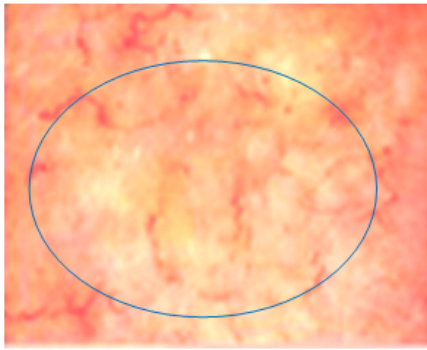
Penegakan diagnosis KSB pada pemeriksaan dermoskopi harus memenuhi dua syarat yaitu tidak ditemukan gambaran dermoskopi berupa *pigment network* dan terdapat minimal satu karakteristik

gambaran dermoskopi yang ditemukan pada KSB.^{15,16,20} *Pigment network* merupakan gambaran dermoskopi berbentuk seperti sarang lebah yang dikenal dengan *honeycomb-like* yang terdiri dari garis berpigmen (*pigmented lines*) dan lubang-lubang hipopigmentasi (*hypopigmented holes*).¹⁶ Karakteristik gambaran dermoskopi yang ditemukan pada KSB dapat berupa *arborizing vessel dan atau superfisial fine telangiectasis, ulserasi dan atau multiple small erosions, blue-gray ovoid nest, multiple blue-gray dots/globules, maple leaf-like areas, atau spoke-wheel area*.^{14-16,17}

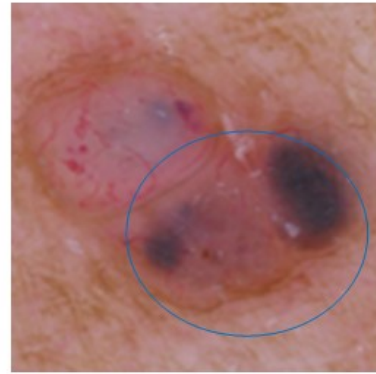
Arborizing vessels adalah salah satu karakteristik gambaran dermoskopi KSB yang mirip seperti ranting pohon.¹⁹ Gambaran ini berupa pembuluh darah dengan diameter yang besar, berwarna merah terang, bercabang, tidak teratur, di atas permukaan tumor.^{17,19} Gambaran tersebut merupakan pelebaran pembuluh darah di dermis akibat peningkatan volume vaskularisasi¹⁷ atau neo-vaskularisasi untuk nutrisi sel tumor,^{17,30} seperti yang terlihat pada Gambar 3.



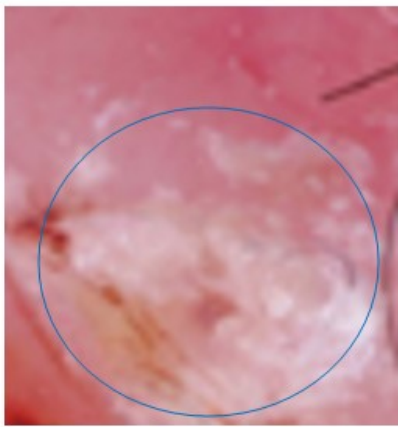
Gambar 3. *Arborizing vessels* dikutip dari:Lallas¹⁷



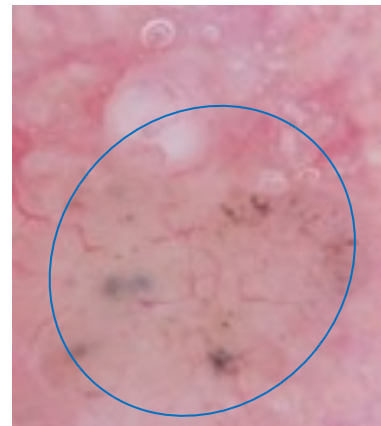
Gambar 4. *Superficial fine telangiectasis* dikutip dari: Lallas¹⁷



Gambar 6. *Blue-gray ovoid nest* dikutip dari: lallas¹⁷



Gambar 5. Ulserasi dikutip dari: lallas¹⁷



Gambar 7. *Multipel blue-gray dots/globules* dikutip dari: lallas¹⁷

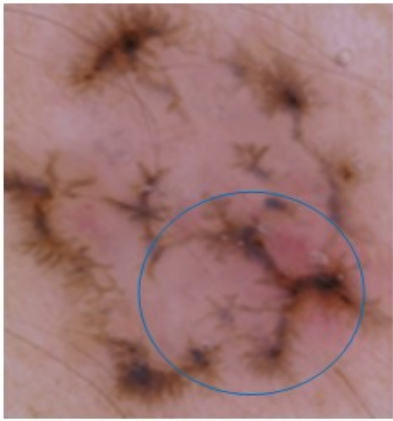
Superficial fine telangiectasis merupakan gambaran dermoskopi berupa garis lurus, pendek, berwarna merah muda,¹⁷ tanpa cabang,¹⁹ yang merupakan pembuluh darah yang pendek, halus, lurus.^{17,19,30} Gambaran tersebut tampak seperti pada Gambar 4.

Ulserasi atau *multiple small erosion* pada gambaran dermoskopi berupa gambaran yang tidak berstruktur (berwarna putih), gambaran lesi dapat soliter atau multipel^{17,19} di atas area yang berwarna merah atau merah kehitaman.¹⁷ Gambaran tersebut dikarenakan hilangnya lapisan

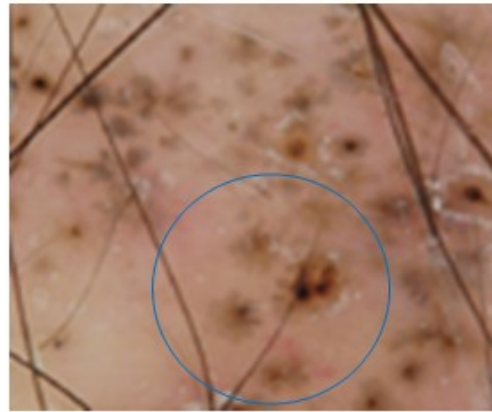
epidermis, sering pula ditutupi oleh krusta hemoragik,^{17,30} seperti yang terlihat pada Gambar 5.

Blue-gray ovoid nest merupakan gambaran berbentuk bulat seperti telur yang berkonfluens,¹⁷ lebih besar dari *globules*,^{17,19} berbatas tegas,¹⁹ berwarna biru keabu-abuan.^{16,17} Gambaran tersebut terbentuk akibat sel tumor yang berpigmen berkumpul di lapisan dermis.³⁰ seperti yang tampak pada Gambar 6.

Multipel blue-gray dots/globules adalah gambaran berbentuk lonjong atau bulat, berbatas tegas, ukurannya lebih kecil



Gambar 8. *Maple leaf-like areas* dikutip dari: lalas¹⁷



Gambar 9. *Spoke wheel areas* dikutip dari: lalas¹⁷

dari *ovoid nest*.^{16,17} Gambaran *dots* berukuran kurang dari 0,1 mm, sedangkan *globules* berukuran lebih dari 0,1 mm.¹⁶ Gambaran tersebut terbentuk akibat kumpulan sel tumor berpigmentasi yang berlokasi di dermis,^{16,17} seperti yang terlihat pada gambar 7.

Maple leaf-like areas adalah gambaran berbentuk daun,¹⁹ berwarna coklat transparan sampai biru keabuan dan berkumpul di daerah perifer lesi.^{17,19} Gambaran ini terbentuk akibat sel-sel tumor berpigmen yang bergabung, banyak ditemukan di lapisan epidermis, tetapi kadang-kadang juga ditemukan di lapisan dermis.^{17,30} Gambaran tersebut tampak pada gambar 8.

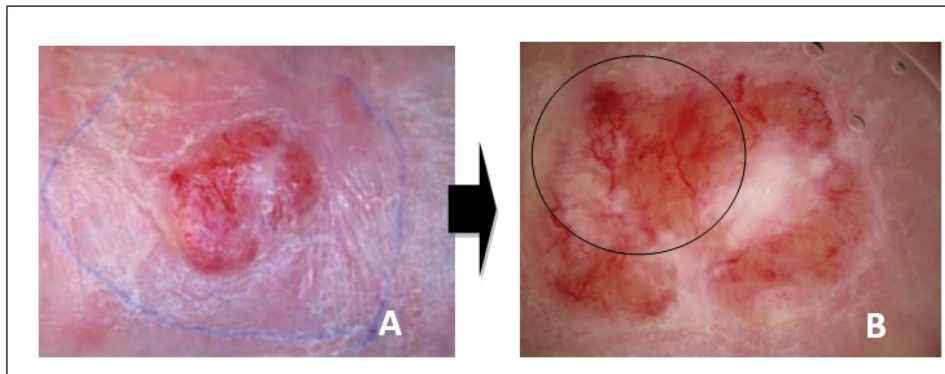
Spoke wheel areas merupakan gambaran berbentuk jari-jari roda berbatas tegas, dengan warna yang bervariasi seperti coklat, hitam, biru, dan abu-abu.^{17,30} Pada tengah *spoke wheel area* warna terlihat lebih gelap (*axis sentral*).¹⁹ Gambaran tersebut merupakan kumpulan sel tumor yang sering ditemukan pada lapisan

epidemis,¹⁷ seperti yang tampak pada Gambar 9.

Pada setiap subtype KSB dapat ditemukan gambaran dermoskopi yang khas. Oleh karena itu dermoskopi dapat digunakan untuk membantu menegakkan diagnosis subtype KSB.¹⁹ Lalas dkk.,¹⁴ melaporkan bahwa dermoskopi dapat membedakan KSB subtype superfisial dengan subtype KSB lainnya. Berikut ini dipaparkan berbagai manifestasi klinis setiap subtype KSB beserta masing-masing gambaran dermoskopinya.

a. KSB subtype Nodular

Karsinoma sel basal tipe nodular merupakan tipe yang paling sering ditemukan,⁴ sekitar 50-80% kasus KSB.³ Manifestasi klinis berupa papul dan nodul transparan,^{1,4} atau nodul dengan ulserasi disertai tepi lesi bulat dan telangiektasis.⁴ Lesi ini berwarna Lesi ini dapat didiagnosis banding dengan nevus dermal yang traumatik.⁴ Gambaran klinis subtype



Gambar 10. KSB tipe nodular
 A .Gambaran klinis tipe nodular: nodul translusen
 B. Gambaran dermoskopi memerlihatkan *arborizing vessels* (tanda bulat)
 Dikutip dari: Wang³¹

nodularis berupa nodul translusen, disertai ulserasi yang dapat dilihat pada Gambar 10.

Pada gambaran dermoskopi pada lesi tersebut ditemukan *arborizing vessel*³¹ Gambaran dermoskopi menunjukkan suatu KSB karena tidak ditemukan adanya *pigment network* yang dapat ditemukan pada nevus dermal.¹⁶ *Arborizing vessel* ditemukan pada 75% kasus KSB tipe nodular¹⁹ dan pada penelitian lain ditemukan pada 52,4% kasus.¹³ Sehingga *arborizing vessel* merupakan suatu tanda khas sub tipe nodular.¹⁷ Pada 30% kasus ditemukan adanya telangiectasi, serta 6% kasus ditemukan ulserasi.¹⁹ Gambaran *maple leaf like area* dan *spoke wheel area* tidak ditemukan pada sub tipe ini.¹⁹

b. KSB sub tipe Superfisial

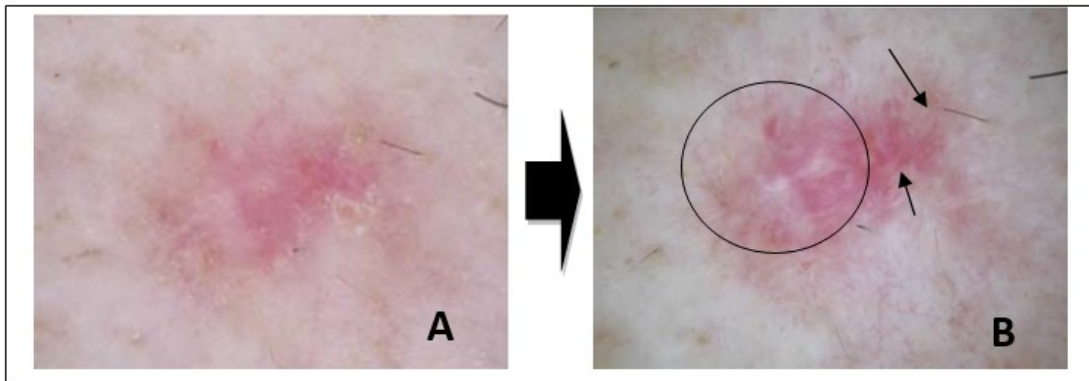
Manifestasi klinis KSB tipe superfisial ditandai dengan lesi berupa makula eritema atau plak eritema berskuama. Lesi ini mempunyai ukuran bervariasi dari beberapa milimeter sampai sentimeter.¹¹ Sebanyak 76,6% kasus KSB

sub tipe superfisial bermanifestasi sebagai suatu lesi datar dan hanya 23,4% sebagai suatu lesi timbul.¹⁴ Gambaran sub tipe superfisial terlihat pada Gambar 11.a. Gambaran klinis yang menyerupai KSB tipe superfisial antara lain, dermatofitosis,³ keratosis likenoid, dan psoriasis.¹² Predileksi pada batang tubuh dan bahu,^{4,32}

Pada penelitian Longo dkk.,³³ pada 88 pasien KSB, didapatkan sub tipe superfisial dengan gambaran dermoskopi terbanyak berupa *superfisial fine telangiectasis* dan *multipel small erosions*. Lelas dkk.,¹⁴ menemukan gambaran *superfisial fine telangiectasis* dan *multiple small erosions* sebanyak 51,9% dan 15,6% kasus KSB sub tipe superfisial. *Superfisial fine telangiectasis* merupakan gambaran khas pada KSB sub tipe superfisial,¹⁷ seperti pada gambar 11.b.

c. KSB sub tipe Pigmentasi

KSB tipe pigmentasi merupakan sub tipe KSB yang jarang³⁴ dibandingkan



Gambar 11. KSB tipe superfisial

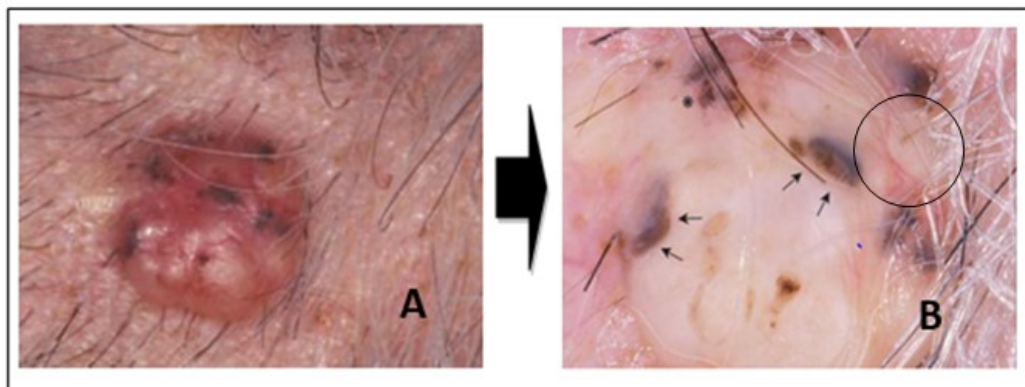
A. Gambaran klinis tipe superfisial; B. Gambaran dermoskopi *superficial fine telangiectasis* (tanda bulat) dan *multiple small erosions* (tanda panah)
Dikutip dari: Lallas¹⁷

subtipe KSB lainnya,¹⁵ yang mempunyai gambaran klinis serupa dengan subtipe nodular, superfisial, atau morfeaformis dengan pigmentasi.³ Predileksi tersering pada wajah dan leher^{3,4} Popadic dkk.,¹⁵ melakukan penelitian pada 116 pasien KSB, didapatkan hanya 3.76% merupakan subtipe pigmentasi.

Gambaran dermoskopi lesi subtipe ini berupa gambaran adanya suatu kumpulan melanin seperti *blue-gray ovoid nests*, *leaf-*

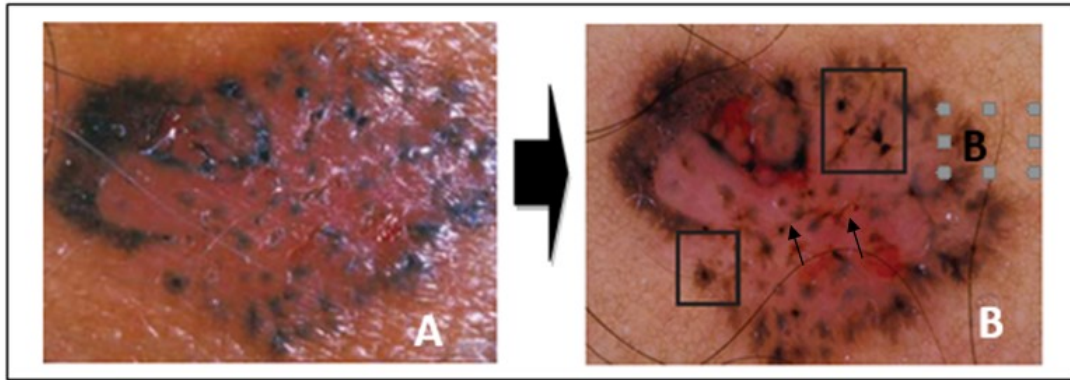
like area, *spoke wheel area*,^{16,17} seperti yang terlihat pada gambar 12, 13, dan 14.

Lesi KSB tipe pigmentasi dapat didiagnosis banding dengan lesi berpigmen lainnya seperti melanoma maligna dan keratosis seboroik berpigmen.³ Popadic dkk.,¹⁵ menemukan gambaran *blue-gray avoid nest* pada seluruh kasus KSB subtipe pigmentasi, 50% kasus ditemukan *meaple leaf-like area*, dan 33,3% kasus ditemukan *multiple blue-gray dots/globules*, serta

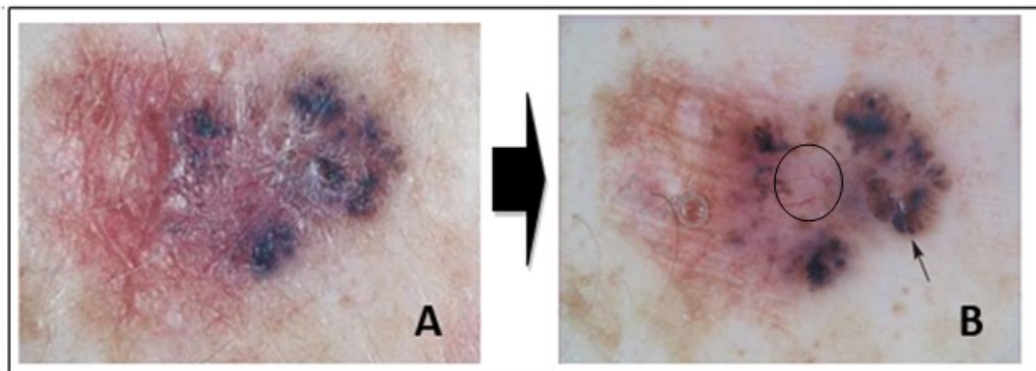


Gambar 12. KSB subtipe pigmentasi yang menyerupai subtipe nodular

A. Gambaran klinis subtipe superfisial; B. Gambaran dermoskopi *blue-gray avoid nest* (tanda panah) dan *superficial fine telangiectasis* (tanda bulat)
Dikutip dari: Braun³⁵



Gambar 13. KSB sub tipe pigmentasi yang menyerupai sub tipe superfisial
A. Gambaran klinis KSB pigmentasi; B. Gambaran demaskopi *spoke wheel areas* (tanda kotak), *multiple small erosions* (tanda panah)
Dikutip dari: Braun³⁵



Gambar 14. KSB sub tipe pigmentasi yang menyerupai sub tipe superfisial
A. Gambaran klinis KSB pigmentasi (superfisial); B. Gambaran dermoskopi *meaple leaf-like areas* (tanda panah) dan *superficial fine telangiectasis* (tanda bulat)
Dikutip dari: Braun³⁵

16,7% terdapat gambaran *spoke wheel area*. Pada penelitian tersebut, tidak ditemukan gambaran *arborizing vessel* maupun ulserasi, sedangkan *superfisial fine telangiectasis* dapat ditemukan pada 33,3% kasus.

Kriteria Menzies dapat digunakan untuk membedakan lesi KSB tipe pigmentasi dengan suatu lesi melanoma maligna. Berdasarkan kriteria tersebut,^{16,17} jika tidak ditemukan dua gambaran negatif yaitu lesi simetris dan warna homogen (satu

warna), serta terdapat sekurang-kurangnya satu gambaran positif seperti *blue-white veil*, *pseudopods*, *radial streaming*, dan *multiple colour* dapat didiagnosis sebagai melanoma maligna. Sedangkan pada KSB sub tipe pigmentasi, kriteria Menzies tidak ditemukan. Pada keratososis seboroik dapat ditemukan *comedo-like opening*, *multiple milia-like cyst*, atau gambaran *brain-like fissure*.¹⁶

d. KSB sub tipe Morfeaformis

Karsinoma sel basal sub tipe ini dikenal juga dengan sklerodermaformis.²⁹ Lesi ini dapat berupa plak atrofi, berwarna kuning keputihan, menyerupai jaringan parut,¹² atau lesi kecil pada morfea.^{1,12} seperti pada Gambar 15.a Insidensinya jarang, yaitu sekitar 1-5% dari seluruh sub tipe KSB.²⁹ lesi kulitnya berupa batas yang tidak jelas, yang jarang menimbulkan ulserasi.³ Jika terdapat lesi jaringan parut tanpa didahului oleh trauma atau terdapat jaringan parut atipikal pada kulit yang telah diobati sebelumnya, dapat kita curigai suatu KSB tipe morfeaformis.^{4,12}

Pada pemeriksaan dermoskopi dapat ditemukan gambaran berupa *superfisial fine telangiectasis*¹³ dengan latar belakang warna putih menunjukkan suatu jaringan parut.³⁰ seperti terlihat pada Gambar 15.b Popedic dkk.,¹⁵ melaporkan pada kasus KSB sub tipe morfeaformis, gambaran yang paling banyak ditemukan yaitu *superfisial fine telangiectasis* (75%).

e. KSB sub tipe *Fibroepitelioma of Pinkus*

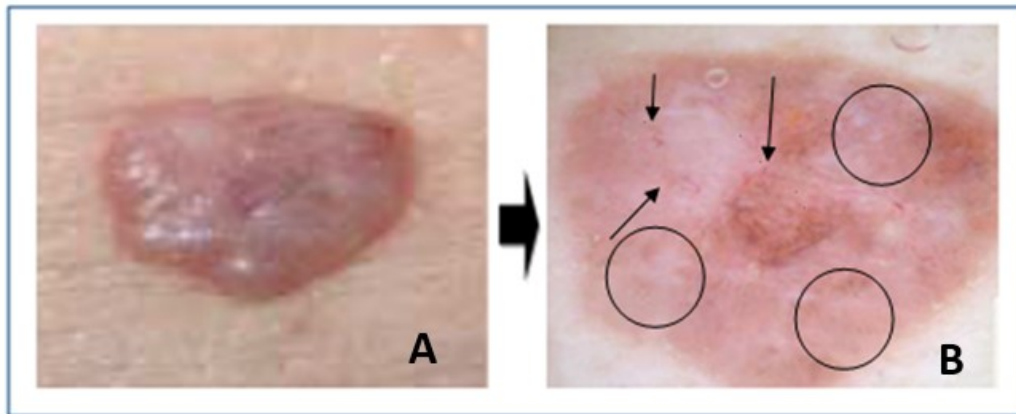
Fibroepitelioma of pinkus merupakan sub tipe KSB yang menyerupai tumor jinak.³⁶ Sub tipe KSB ini jarang ditemukan,^{4,12,36} Herman Pinkus merupakan orang yang pertama kali menemukan KSB sub tipe ini.³⁴ Gambaran klinis sub tipe ini berupa lesi soliter, tetapi kadang-kadang dapat berupa lesi multipel, berbentuk papula⁴ atau plak yang berbatas tegas.³⁴ Lesi ini berwarna merah muda,⁴ atau cokelat muda menyerupai warna daging, seperti terlihat pada Gambar 16.a. Pada KSB sub tipe FOP kadang-kadang lesi dapat bertangkai (*pedunculated*), *polypoid*, dengan atau tanpa disertai ulserasi, sehingga lesi ini dapat didiagnosis banding dengan dengan tumor jinak seperti *skin tag* dan keratosis seboroik.³⁶ Predileksi lesi ini di daerah lumbal-sakral, tetapi dapat juga pada daerah ekremitas dan genitalia.^{4,36} Zalaudek dkk.,³⁶ melakukan penelitian pada 10 orang pasien dicurigai KSB sub tipe FOP, sembilan dari 10 pasien tersebut



Gambar 15. KSB tipe morfeaformis

A. Gambaran klinis KSB tipe morfeaformis; B. Gambaran dermoskopi *superfisial fine telangiectasis* (tanda bulat)

Dikutip dari: Soyer¹²



Gambar 16. KSB tipe *fibroepitelioma of pinkus* (FOP)

A. Gambaran klinis KSB subtipe FOP; B. Gambaran dermoskopi ditemukan *arborizing vessel* (tanda panah) dan *white streaks area* (tanda bulat)

Dikutip dari: Zalaudek³⁶

didapatkan hasil pemeriksaan dermoskopi berupa gambaran *arborizing vessels* sebanyak 100% dan *white streaks area* 90% yang mendukung gambaran KSB tipe FOB. Pada penelitian tersebut hasil pemeriksaan dermoskopi ini sesuai dengan pemeriksaan histopatologis yaitu KSB subtipe FOP. *White streaks area* merupakan gambaran khas pada KSB subtipe FOP, yaitu berupa gambaran berwarna putih yang merupakan area fibrosis.^{17,36} Hal tersebut membuktikan bahwa pemeriksaan dermoskopi sangat membantu dalam penegakan diagnosis KSB subtipe FOP.³⁶ Gambaran dermoskopi subtipe ini, dapat terlihat pada Gambar 16.b.

Simpulan dan Saran

Karsinoma sel basal merupakan suatu tumor ganas yang berasal dari sel basal epidermis,^{1,2} ditandai dengan pertumbuhan tumor yang lambat dan dapat menyebabkan destruksi jaringan sekitarnya.^{8,12,13} Suatu

lesi dapat dicurigai suatu keganasan jika lesi tersebut mudah rapuh, mudah berdarah, sulit sembuh, dan sering berulang, seperti KSB. Lesi KSB dapat berupa papul atau nodul translusen, disertai telangiektasis, atau ulserasi.^{12,13} Predileksi KSB pada daerah yang sering terpajan sinar UV, seperti kepala dan leher. Berdasarkan manifestasi klinis, KSB dibagi menjadi beberapa subtipe, yaitu nodular, pigmentasi, superfisial, morfeaformis, dan tipe FOP.^{3,4}

Dermoskopi merupakan pemeriksaan penunjang yang tidak invansif, mudah dilakukan, murah, dan cepat diketahui hasil pemeriksaannya. Penegakan diagnosis KSB¹⁶⁻¹⁸ memiliki sensitivitas mencapai 95-97% dan spesifitas mencapai 87-96%.¹⁴ Berdasarkan gambaran dermoskopi, diagnosis KSB harus memenuhi dua syarat, yaitu tidak ditemukan gambaran dermoskopi berupa *pigment network* dan terdapat minimal satu karakteristik gambaran dermoskopi yang ditemukan pada

KSB.^{16,17} Karakteristik gambaran dermoskopi yang ditemukan pada KSB dapat berupa *arborizing vessel, superfisial fine telangiectasis, ulserasi, multiple small erosions, blue-gray ovoid nest, multiple blue-gray dots/globules, maple leaf-like areas, spoke-wheel areas*,^{16,17} *white streaks area*.³⁶ Dengan demikian diharapkan dermoskopi dapat dijadikan pemeriksaan rutin untuk setiap lesi yang dicurigai KSB.

Daftar Pustaka

1. Madan V, Lear JT. Basal cell carcinoma. Ansley AV. Dalam: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, penyunting. Rook's text book of dermatology. Edisi ke-8. UK: Wiley-Blackwell; 2016. Hlm. 141.1-141.6.
2. Sharquie KE, Noaimi AA. Basal cell carcinoma: topical therapy versus surgical treatment. J Soud Soc Dermatol Surg. 2012; 16: 41-51.
3. Chinem VP. Epidemiology of basal cell carcinoma. An Bras Dermatol. 2011; 86: 292-305.
4. Carucci JA, Leffell DJ, Pettersen JS. Basal cell carcinoma. Dalam: Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffel DA, Wolff K, penyunting. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. Edisi ke-8. New York: McGraw-Hill; 2012. hlm. 1294-1303.
5. Correia de sa TR, Sliva R, Lopes JM. Basal cell carcinoma in the skin (part I): epidemiology, pathology and genetic syndromes. Future Oncol. 2015;1-10.
6. Situm M, Buljan M, Bulat V, dkk. The role of UV radiation in the development of basal cell carcinoma. Coll Antropol. 2008;2:167-170.
7. Lewin JM, Carucci JA. Advanced in the management of basal cell carcinoma. Prime Report. 2015;7:1-8.
8. Telfer NR, Colver GB, Morton CA. Guidelines for the management of basal cell carcinoma. B J Dermatol. 2008; 159: 35-48.
9. Wysocka MM, Dochowska MB, Weklar DS, Pazdrowska AD, Adamski Z. Basal cell carcinoma-diagnosis. Contemp Oncol. 2013; 17: 337-42.
10. Madhura KM, Honeyalsinh MH, Rinkan VA. Basal cell carcinoma: a case report. IJJS J Surg. 2015;1:21-22.
11. Walling HW, Fosko AW, Geraminejad PA, Whitaker DC, Arpey CJ. Basal cell carcinoma: presentation, pathogenesis, and management. Cancer Metas Rev. 2004;23:389-402.
12. Soyer HP, Rigel DS, Wurm EM. Actinic keratosis, Basal cell carcinoma. Squamous cell carcinoma. Dalam: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, penyunting. Dermatology. Edisi ke-2. Philadelphia: Mosby; 2008. Hlm. 773-94
13. Emiroglu N, Kemeriz F. The relation between dermoscopy and histopathology of basal cell carcinoma. An Bras Dermatol. 2015; 90: 351-6.
14. Lallas A, Tzello T, Kyrgidis A, Apalla Z, Zalaudek I, Karatolias A. Accuracy of dermoscopic criteria for discriminating superficial from other subtypes of basal cell carcinoma. J Am Acad Dermatol. 2014;70:303-11.
15. Popadic M. Dermoscopic features in different morphologic types of basal cell carcinoma. Dermatol Surg. 2014;40:725-32.
16. Braun RP, Rabinovitz HS, Oliviero M, dkk. Dermoscopy of pigmented skin lesions. J Am Acad Dermatol. 2005; 52: 109-21.
17. Lallas A, dkk. Dermoscopy in the diagnosis and management of basal cell carcinoma. Future Oncol. 2015; 1-10.
18. Marghoob AA, Braun RP, Mahlevy J. Introduction dermoscopy. Dalam: Marghoob AA, Malvey J, Braun RP. Penyunting. Atlas of dermoscopy. Edisi ke-2. London: Informa Healthcare; 2012. Hlm.1-2.

19. Trigoni A, Lazaridou E, Apalla Z, Vakirlis E, Chrysomallis, Varytimiadis D, dkk. Dermoscopic feature in the diagnosis of different types of basal cell carcinoma a prospective analysis. *Hippokratia*. 2012;16: 29-34.
20. Altamura D, Menzies SW, Argenziano G, Zalaudek I, Soyer HP, Sera F, dkk. Dermatoscopy of basal cell carcinoma: morphologic types of basal cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol*. 2010; 62: 67-75.
21. Moore MG, Bennett RG. Basal cell carcinoma in asians: retrospective analysis of ten patients. *J Skin Cancer*. 2012;5:1-5.
22. Rubin AI, Chen EH, Ratner DR. Basal cell carcinoma. *N Eng J Med*. 2005; 353:2262-69.
23. Chung S. Basal cell carcinoma. *Arch Plast Surg*. 2012;39:166-70.
24. Szewczyk M, dkk. Basal cell carcinoma in farmers: an occupation group at high risk. *Int Arch Occup Environ Health*. 2015; 9: 1-5.
25. Fleming DI, Amonette R, Monaghan T. Principles of management of basal and squamous cell carcinoma of the skin. *J Cancer Suppl*. 1995;75:699-704.
26. Epstein EH. Basal cell carcinomas: attack of the hedgehog. *Nat Rev Cancer*. 2008; 8: 743-54.
27. Berking C, Hauschild A, Kolbl O, Mast G, Gutzmer R. Basal cell carcinoma. *Dtsch Arztebl Int*. 2014;111:389-95.
28. Miller SJ. Biology of basal cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol*. 1991; 24:1-13.
29. Crowson AN, Basal cell carcinoma: biology, morphology, and clinical implications. *Modern Pathol*. 2006; 19: 127-47.
30. Lallas A, Apalla Z, Argenziano G, Longo C, Moscarella E, Specchio F, dkk. The dermatoscopic universe of basal cell carcinoma. *Dermatol Pract Concept*. 2013;4: 11-24.
31. Wang SQ, Menzies SW. Basal cell carcinoma. Dalam: Marghoob AA, Malvey J, Braun RP. *Penyunting. Atlas of dermoscopy*. Edisi ke-2. London: Informa Healthcare; 2012. Hlm.40-7.
32. Raasch BA, Buettner PG, Garbe C. Basal cell carcinoma: histological classification and body-site distribution. *Brit J Dermatol*. 2006; 155:401-7.
33. Longo C, Lallas A, Kyrgidis A, Rabinovitz H, Moscarella E, Ciardo S, dkk. Classifying distinct basal cell carcinoma subtype by means of dermascopy and reflectance confocal microscopy. *J Am Acad*. 2014; 10:1-9.
34. Moraskar A, Shirodkar S, Lambor D, dkk. Pigmented basal cell carcinoma, a rare case report. *Int J Oto Head Neck Surg*. 2015; 5: 121-24.
35. Braun RP, Scope A, Marghoob AA, Kerl K, Rabinovitz HS, Mahlevy J. Histopathologic tissue correlation of dermoscopic structures. Dalam: Marghoob AA, Malvey J, Braun RP. *Penyunting. Atlas of dermoscopy*. Edisi ke-2. London: Informa Healthcare; 2012. Hlm.10-32.
36. Zalaudek I, Ferrara G, Broganelli P, Moscarella E, Mordente I, Giancomel J, dkk. Dermoscopy patterns of fibroepithelioma of pinkus. *Arch Dermatol*. 2006;142:1318-22.