

Laporan Kasus

EKSISI ELLIPS NEVUS MELANOSITIK INTRADERMAL PADA AREA WAJAH: SERIAL KASUS

Tri Pradesa Boco Pranowo*✉, Arif Widiatmoko*, Diah Prabawati Retnani**

Abstrak

Nevus melanositik intradermal merupakan varian nevus melanositik yang paling umum. Metode terbaik untuk terapinya adalah tindakan eksisi elips. Bekas luka pasca operasi eksisi nevus memerlukan perhatian ekstra terutama pada area wajah karena pasien mengharapkan bekas luka yang minimal. Eksisi elips diorientasikan searah dengan *relaxed skin tension line* (RSTL) untuk mencapai hasil kosmetik yang optimal. Kasus pertama melaporkan seorang perempuan 23 tahun dengan tahi lalat di area dagu yang membesar mulai 15 tahun yang lalu. Keluhan gatal, nyeri, mudah berdarah pada tahi lalat disangkal. Pemeriksaan dermatologis pada regio mentalis didapatkan nodul hiperpigmentasi, soliter, oval, diameter ± 6 mm, batas tegas, homogen, permukaan mengkilat dengan terdapat rambut, pada palpasi teraba keras dan solid. Kasus kedua melaporkan seorang perempuan 33 tahun dengan beberapa tahi lalat berwarna kehitaman di area hidung yang membesar sejak 27 tahun yang lalu. Keluhan gatal, nyeri, dan mudah berdarah pada tahi lalat disangkal. Pemeriksaan dermatologis pada regio nasal didapatkan papul hiperpigmentasi, multipel, solid, bulat, diameter $\pm 2-4$ mm, batas tegas, homogen, pada palpasi teraba kenyal. Histopatologis kedua kasus menunjukkan nevus intradermal. Pengangkatan nevus pada kedua kasus dengan bedah eksisi elips pada pasien diikuti sampai 1 tahun pertama pasca operasi, dan didapatkan bekas luka yang minimal. Dapat disimpulkan bahwa pengangkatan nevus melanositik intradermal dengan bedah eksisi elips merupakan salah satu modalitas terapi terbaik dalam pemeriksaan histopatologis untuk penegakan diagnosis. Pencegahan pembentukan bekas luka pasca operasi dapat diminimalisir dengan memperhatikan teknik eksisi, *relaxed tension skin line*, teknik *undermining*, penjahitan, dan perawatan luka.

Kata kunci: eksisi elips, eksisi intradermal, nevus melanositik wajah.

ELLIPTICAL EXCISION INTRADERMAL MELANOCYTIC NEVUS ON FACE: CASE SERIES

Abstract

Intradermal melanocytic nevus is the most common variant of melanocytic nevus. Elliptical excision is the best treatment option for this type of nevi. Post-operative scar from the excision of nevi needs extra caution especially when involving face area, which expected minimal scar. Elliptical excision is oriented in the direction of the relaxed skin tension line (RSTL) to achieve optimal cosmetic results. The first case reported a 23 years old female with single mole on her chin area that started to grow bigger since 15 years ago. There was no itchy and pain sensation on the nevi, nor easy to bleed. Dermatological examination on mentalis region showed single hyperpigmented nodule, oval-shaped, 6 mm on diameters, well-defined, homogenous in colour, hard and solid in palpation. The second case reported a 33 years old female with multiple blackish moles on the nose enlarged since 27 years ago. There was no complaint of itchy and pain sensation and nor bleed easily. Dermatological examination on nasal region revealed multiple hyperpigmented papules, solid, rounded-shape with 2-4 mm in diameters, well-defined, homogenous in colour, and rubbery in palpation. The histopathologic features of the two cases showed intradermal nevus. Surgical excision method was chosen as the therapeutical modality for both patients. All patients followed up to one year after surgery, in which both had minimal scar. The conclusion that elliptical excision method is one of the best choice for diagnostic and treatment modalities of intradermal melanocytic nevus. The excision technique, relaxed tension skin line, undermining, suture techniques and wound care should be concerned to achieve minimal post operative scar.

Keywords: intradermal excision, elliptical excision, melanocytic nevus on face.

*Departemen Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya, Malang.

** Departemen Patologi Anatomi, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya, Malang.

✉ Email: bocodv@gmail.com

Pendahuluan

Nevus melanositik intradermal adalah varian dari *common acquired melanocytic nevi* (CAMN) yang paling sering muncul.^{1,2} Nevus ini merupakan proliferasi jinak dari sel nevus pada dermis. Varian CAMN terbagi berdasarkan karakteristik lokasi dari sel nevus.¹ Pembagian tersebut dapat dikelompokkan menjadi 3 sub tipe antara lain *junctional* untuk sel nevus terletak di epidermis, *intradermal* jika sel nevus terletak di dermis, dan *compound* jika sel nevus terletak di kedua area.¹⁻⁴

Common Acquired Melanocytic Nevi mayoritas muncul saat usia dekade 2 dan 3, walaupun terkadang lesi muncul pada usia 3-6 bulan. Lesi klinis nevus intradermal dapat berupa papul hingga nodul sewarna kulit, *pink*, atau kecoklatan, berbentuk bulat atau oval, permukaan yang homogen, tepi reguler dan berbatas tegas.¹⁻³

Modalitas terapi untuk nevus melanositik terbagi menjadi tindakan pembedahan dan non pembedahan. Tindakan pembedahan dengan teknik eksisi *ellips/fusiform* klasik merupakan metode yang paling banyak digunakan dan salah satu metode terbaik karena dapat mengangkat tumor dengan margin yang tepat, serta aksis panjang eksisi diorientasikan pasejalan dengan RSTL untuk mencapai hasil kosmetik yang optimal dan kedalaman eksisi yang mencapai subkutis, sehingga tepi luka dapat diangkat dengan menyeluruh. Nevus melanositik di area wajah merupakan masalah aestetik pada banyak pasien terutama perempuan. Pasien dengan nevus di area wajah sangat memperhatikan bekas luka pasca eksisi, oleh karena itu bekas luka minimal merupakan salah satu faktor yang harus diperhatikan. Faktor-faktor yang mempengaruhi bekas luka minimal antara lain teknik eksisi, penentuan tegangan kulit

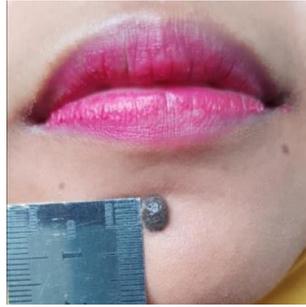
area nevus, teknik penjahitan dan perawatan luka.^{1,5,6,7}

Dilaporkan 2 kasus nevus intradermal pada 2 area yang berbeda yaitu dagu dan hidung dimana dilakukan teknik eksisi elips untuk pengangkatan nevus.

Kasus

Kasus pertama tentang perempuan berusia 22 tahun dengan keluhan tahi lalat berwarna kehitaman di area dagu sejak 15 tahun yang lalu. Awalnya terdapat bintil coklat kehitaman kecil yang perlahan bertambah besar, menonjol dan mulai tumbuh rambut. Keluhan tahi lalat rapuh, gatal, nyeri, dan mudah berdarah disangkal pasien. Pasien tidak pernah mengoleskan obat oles apapun pada tahi lalatnya. Pasien adalah mahasiswi jurusan pertanian yang sering melakukan aktivitas di luar ruangan dan menggunakan jilbab saat beraktivitas di luar rumah. Sehari hari pasien rutin menggunakan tabir surya.

Pemeriksaan dermatologis pada regio nasal, tampak adanya papul hiperpigmentasi, multipel, solid, bentuk bulat, dengan diameter $\pm 2-4$ mm, batas tegas, homogen, permukaan mengkilat, pada palpasi teraba kenyal, dan tidak ada nyeri tekan (Gambar 1). Diagnosis klinis adalah *common acquired melanocytic nevus*. Tindakan eksisi intradermal dijadwalkan setelah pasien didukasi, menandatangani *informed consent* dan dilakukan penilaian sebelum operasi antara lain riwayat alergi obat anestesi, riwayat keloid, gangguan perdarahan, hipertensi dan kondisi yang berkaitan dengan immunosupresi. Tak satu pun dari kondisi tersebut dialami oleh pasien. Pasien didukasi mengenai kemungkinan bekas luka operasi, skar hipertrofi dan keloid. Pemeriksaan umum menunjukkan tanda vital dalam batas normal.



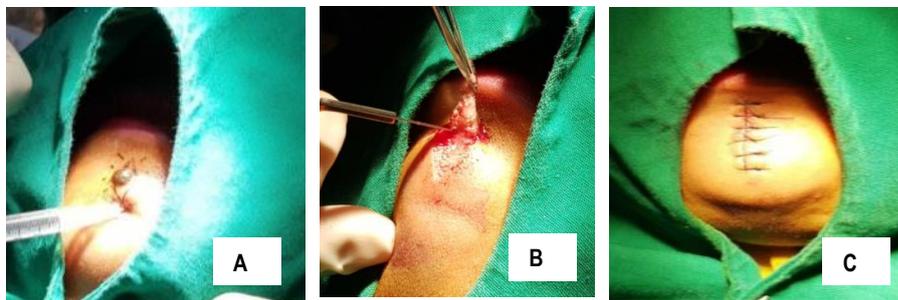
Gambar 1. Regio mental tampak nodul hiperpigmentasi, *single*, diameter 0.6 cm, permukaan mengkilap dengan rambut, batas jelas, bentuk oval, dan homogen.

Tindakan eksisi intradermal diawali dengan prosedur aseptik, kemudian dilakukan injeksi subkutan agen anestesi lokal (pehacain), dan dilanjutkan eksisi ellips pada seluruh lesi. Sebelumnya, daerah eksisi ditandai dengan sumbu panjang yang berorientasi pada *relaxed skin tension lines* dan rasio panjang terhadap lebar adalah 3:1. Setelah tahi lalat dan jaringan sekitar diangkat, kulit di sekitarnya area eksisi dilakukan *undermining* secara tumpul untuk mengurangi tegangan kulit. Luka eksisi kemudian ditutup dengan jahitan interuptus menggunakan benang 5/0 polypropylene monofilament-non absorbable (Gambar 2A-C)

Pasien diberikan terapi natrium diklovenak 2x50 mg per oral bila perlu, luka jahitan ditutup dengan perban dan dioles

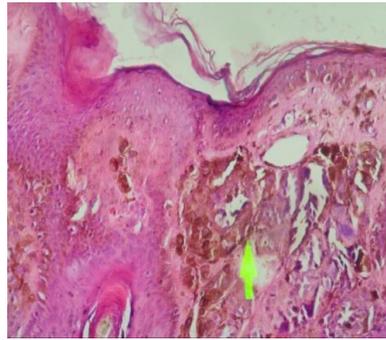
salep gentamicin dua kali sehari bila perban terbuka. Pasien diminta datang ke poli 1 minggu pasca operasi untuk pengangkatan jahitan serta evaluasi luka.

Hasil pemeriksaan histopatologi menunjukkan gambaran epidermis normal, pada dermis didapatkan kelompok sel berinti bulat oval, tersusun solid, kromatin halus, sitoplasma bergranul coklat dengan kesimpulan suatu nevus intradermal (Gambar 3). Evaluasi 1 minggu pasca operasi didapatkan luka jahitan tampak tertutup dengan baik dan tidak didapatkan tanda-tanda infeksi. Pasien mendapat terapi silikon gel dua kali sehari, setelah 1 tahun bekas luka pasca operasi dievaluasi ulang dan bekas luka tampak samar (Gambar 4A-B).



Gambar 2 (A-C). Prosedur langkah teknik operasi eksisi nevus.

Keterangan: Injeksi anastesi lokal pada area *site marking* yang akan dieksisi berorientasi pada RSTL dan telah dilakukan tindakan aseptik (A). Prosedur eksisi intradermal pada seluruh lesi (B). Luka eksisi ditutup dengan jahitan interuptus menggunakan benang 5/0 polpropylene monofilament non absorbable (C).



Gambar 3. *Cluster* sel nevus inti bulat oval, kromatin halus, sitoplasma *granule* coklat dengan pewarnaan HE (↗) (100x).

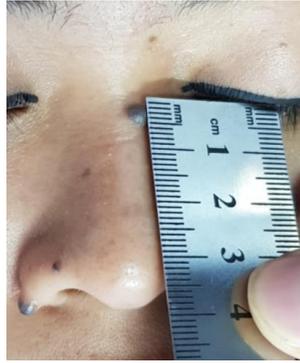


Gambar 4. Evaluasi bekas luka pasca operasi 1 minggu (A) dan 1 tahun (B).

Kasus kedua mengenai seorang perempuan berusia 33 tahun dengan keluhan terdapat tahi lalat berwarna kehitaman di bagian hidung sejak 27 tahun yang lalu. Awalnya berupa bintil coklat kehitaman kecil kemudian bertambah besar. Menurut pasien tahi lalat tidak rapuh, terasa gatal, nyeri, dan mudah berdarah. Pasien tidak pernah mengoleskan obat oles pada tahi lalatnya. Pasien berkerja di kantor dan jarang beraktivitas di luar ruangan dan menggunakan jilbab saat beraktivitas di luar

rumah. Sehari-hari pasien tidak pernah menggunakan tabir surya. Pasien menginginkan tahi lalat pada hidung diambil karena alasan kosmetik.

Pemeriksaan dermatologis didapatkan pada regio mentalis, tampak adanya nodul hiperpigmentasi, *single*, solid, bentuk oval, dengan diameter ± 6 mm, batas tegas, homogen, permukaan mengkilat dengan terdapat rambut, tidak melekat pada dasar, pada palpasi teraba kenyal dan tidak ada nyeri tekan (Gambar 5).



Gambar 5. Regio nasal tampak papul hiperpigmentasi, multipel, diameter 2-4 mm, permukaan mengkilap, batas jelas, bentuk bulat, dan homogen.

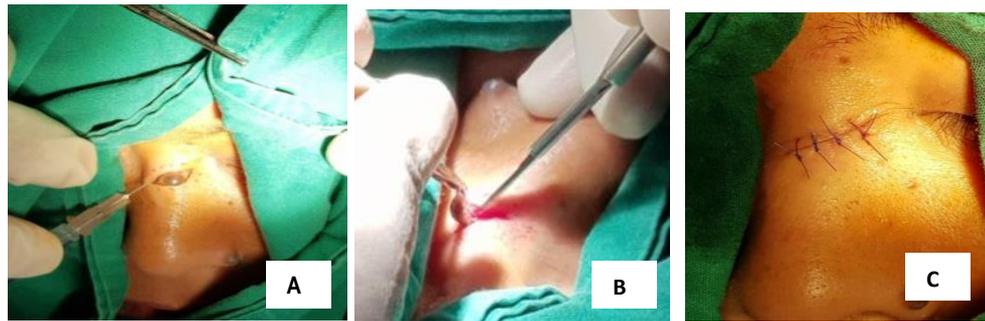
Diagnosis klinis adalah *common acquired melanocytic nevus*. Tindakan eksisi intradermal dijadwalkan setelah pasien diedukasi, menandatangani *informed consent* dan dilakukan penilaian sebelum operasi antara lain riwayat alergi obat anestesi, riwayat keloid, gangguan perdarahan, hipertensi dan kondisi yang berkaitan dengan immunosupresi. Tak satu pun dari kondisi tersebut dialami oleh pasien. Pasien diedukasi mengenai kemungkinan bekas luka operasi, skar hipertrofi dan keloid. Pemeriksaan umum menunjukkan tanda vital dalam batas normal.

Tindakan eksisi intradermal diawali dengan prosedur aseptik, kemudian dilakukan injeksi subkutan agen anestesi lokal (pehacain), dan dilanjutkan eksisi ellips pada seluruh lesi. Sebelumnya, daerah eksisi ditandai dengan sumbu panjang yang berorientasi pada *relaxed skin tension lines* dan rasio panjang terhadap lebar adalah 3:1. Setelah tahi lalat dan jaringan sekitar diangkat, kulit di sekitarnya area eksisi dilakukan *undermining* secara tumpul untuk

mengurangi tegangan kulit. Luka eksisi kemudian ditutup dengan jahitan interuptus menggunakan benang 5/0 polypropylene monofilament-non absorable (Gambar 6A-C). Pasien diberikan terapi natrium diklovenak 2x50 mg per oral bila perlu, luka jahitan ditutup dengan perban dan dioles salep gentamicin dua kali sehari bila perban terbuka. Pasien diminta datang ke poli 1 minggu pasca operasi untuk pengangkatan jahitan serta evaluasi luka.

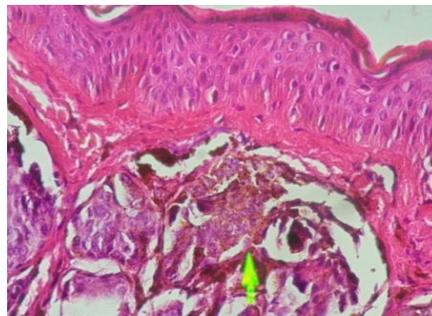
Hasil pemeriksaan histopatologi menunjukkan gambaran epidermis normal, pada dermis didapatkan kelompok sel berinti bulat oval, tersusun solid, kromatin halus, sitoplasma bergranul coklat dengan kesimpulan suatu nevus intradermal (Gambar 7).

Evaluasi 1 minggu pasca operasi didapatkan luka jahitan tampak tertutup dengan baik dan tidak didapatkan tanda-tanda infeksi. pasien mendapat terapi silikon gel dua kali sehari, setelah 1 tahun bekas luka pasca operasi dievaluasi ulang dan bekas luka tampak samar. (Gambar 8A-B).

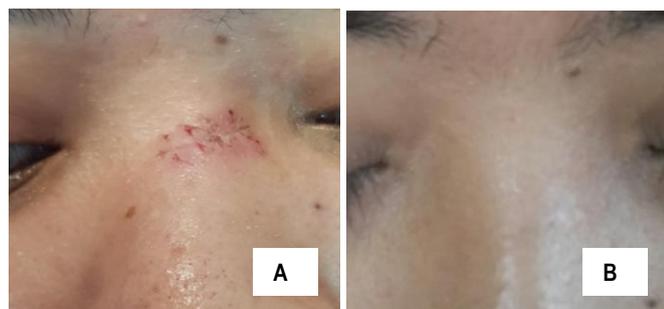


Gambar 6 (A-C). Prosedur langkah teknik operasi eksisi nevus.

Keterangan: Injeksi anastesi lokal pada area *site marking* yang akan dieksisi berorientasi pada RSTL dan telah dilakukan tindakan aseptik (A). Prosedur eksisi intradermal pada seluruh lesi (B). Luka eksisi ditutup dengan jahitan interuptus menggunakan benang 5/0 polpropylene monofilament non absorbable (C).



Gambar 7. *Cluster* sel nevus inti bulat oval, kromatin halus, sitoplasma *granule* coklat dengan pewarnaan HE (↗) (100x).



Gambar 8. Evaluasi bekas luka pasca operasi 1 minggu (A) dan 1 tahun (B).

Pembahasan

Common acquired melanocytic nevi adalah proliferasi jinak sel nevus yang diklasifikasikan berdasarkan letak anatomi, susunan dan pola histologi sel. Kelainan ini juga disebut juga dengan *signature nevi*. *Common acquired melanocytic nevi* muncul

pada masa kehidupan pasien, berbeda dengan nevus congenital yang muncul sejak lahir.⁸

Kejadian munculnya nevus dipengaruhi kontrol genetik yang kuat, sedangkan paparan lingkungan mempengaruhi jumlah merata nevus. Faktor utama yang mempengaruhi perkembangan nevus

melanositik adalah paparan sinar matahari saat masa anak-anak. Mayoritas nevus muncul pada anak laki-laki daripada anak perempuan, pada kulit putih daripada kelompok etnis lain, dan pada kulit yang cerah, rambut pirang atau merah.^{8,9}

Kasus didapatkan perempuan usia 23 dan 33 tahun dengan riwayat tahi lalat yang muncul saat usia anak-anak pada area wajah dengan riwayat keluarga tidak ada yang mempunyai keluhan yang sama.

Melanosit diduga berasal dari sel pluripotent yang bermigrasi dari *neural crest* ke kulit melalui ganglia paraspinal dan saraf perifer yang akhirnya berdiferensiasi setelah bermigrasi ke dermis dan lapisan basal pada epidermis. Histogenesis proliferasi melanositik ini belum sepenuhnya diketahui. Dari sudut pandang konvensional, nevus muncul dari proliferasi melanosit intraepidermal di dalam *junctional nest* atau *theques*. Hal ini mengasumsikan sel nevus merupakan variasi morfologi melanosit yang dianggap lebih epiteloid dan bukan dendritik. Selama perkembangan lesi, terdapat sel yang *drop off* (*Abtropfung of Unna*) ke dermis. Hipotesis *Abtropfung* berasal dari observasi *cross-sectional* yang berkorelasi penemuan histologi nevus dengan bertambahnya usia.^{10,11}

Hipotesis lain yaitu jalur diferensiasi melanosit, yang menjelaskan asal dari melanosit dan migrasi ke epidermis, kebalikan dari *Abtropfung*.^{12,13} Hipotesis lain nevus melanositik adalah awal muncul sebagai lentigo yang mengalami proliferasi unit sel tunggal di sepanjang zona basal pada rete ridges yang hiperpigmentasi dan memanjang. Melanosit kemudian akan

mengalami transisi morfologis menjadi sel nevus epiteloid dengan kecenderungan menjadi kumpulan *junctional nests* (*junctional nevus*). Perjalanan tahapan *junctional nevus* terjadi perkembangan serta proliferasi selular lebih lanjut mengakibatkan migrasi atau *dropping off* sel nevus dan berkumpul menjadi sarang dalam papilla dermis (*compound nevus*) dan pada akhirnya semua proliferasi melanosit intradermal akan berhenti dan nevus sepenuhnya menjadi intradermal (*dermal nevus*). Sel nevus pada dermis mengalami penurunan aktivitas metabolisme dan proliferasi kecuali pada pembentukan melanosom. Penurunan replikasi, populasi sel nevus secara bertahap digantikan oleh elemen mesenkimal termasuk fibrous matrix, glycosaminoglycans, dan jaringan adiposa. Hampir seluruh nevus dermal diyakini mengalami involusi progresif, beberapa berakhir menjadi *acrochordons* dan lainnya meluruh. Hal ini merefleksikan perjalanan nevus yang dengan bertambahnya usia, terjadi penurunan progresif jumlah nevus. Jumlah nevus pada usia dewasa muda bervariasi dari 15 sampai 40 dan berkurang di atas usia 50 tahun.¹⁴

Nevus melanositik berbentuk bulat oval dengan tepi regular dan berbatas tegas yang diklasifikasikan menjadi 3 varian klinis (Tabel 1). Sistem klasifikasi nevus berdasarkan gambaran dermoskop pada tahun 2007 antara lain globuler (*congenital*), retikular (*acquired*), *starburst* (Spitz/Reed), *blue* (homogen), dan nevus berdasarkan letak serta beberapa dengan gambaran khusus seperti halo, eczematous, kombinasi, dan *recurrent nevi*.^{15,16}

Tabel 1. Klasifikasi klinis *common acquired melanocytic nevi*.⁸

	<i>Junctional nevus</i>	<i>Compound nevus</i>	<i>Dermal nevus</i>
Ukuran	2–5 mm makula	3-6 mm papul	3–6 mm papul, <i>dome-shaped</i> atau <i>papillomatous</i>
Onset	Anak-anak, remaja	Anak-anak, remaja, dekade ke-3	Dekade ke-1,2,3 atau lebih
Bentuk	Bulat, oval, simetris	Bulat, oval, simetris	Bulat, oval, simetris
Batas	Batas tegas, regular	Batas tegas, regular	Batas tegas, regular
Warna	Homogen Coklat, coklat gelap	Homogen Coklat, coklat gelap	Coklat muda sampai warna kulit

Pada kasus 1 didapatkan nodul hiperpigmentasi, *single*, solid, bentuk oval, dengan diameter ± 6 mm, batas tegas, homogen, permukaan mengkilat dengan terdapat rambut. Kasus 2 didapatkan papul hiperpigmentasi, multipel, solid, bentuk bulat, dengan diameter $\pm 2-4$ mm, batas tegas, homogen, permukaan mengkilat.

Pemeriksaan histologi nevus perlu dilakukan, hal ini berdasarkan 2,3% nevus jinak yang didiagnosa secara klinis terdiagnosa tumor malignan pada pemeriksaan mikroskopis, antara lain melanoma, basal atau *squamous cell carcinoma*.¹⁶

Nevus melanositik mengandung kumpulan sel nevus intraepidermal atau dermal. Sel dalam *junctional nest* berbentuk bulat, ovoid atau fusiform serta tersusun dalam *cohesive nest*. Pada dermis superfisial, sel ini memiliki topografi sel epiteloid dan mengandung sitoplasma amphopilik dengan granular melanin. Inti memiliki kromatin uniform dengan tekstur berkelompok. Pada dermis dalam terdapat isi sitoplasma yang berkurang dan sel mirip dengan limfosit serta tersusun secara *linear cord*. Terdapat transisi lebih lanjut yang dipisahkan oleh jaringan penghubung dan konfigurasi *spindled* mirip dengan fibroblast atau sel Schwann.⁸

Hasil pemeriksaan histologi pada kedua kasus didapatkan pada dermis terdapat kumpulan sel berinti bulat oval, tersusun solid, kromatin halus, sitoplasma bergranul coklat dengan kesimpulan suatu nevus intradermal (Gambar 3 dan Gambar 7).

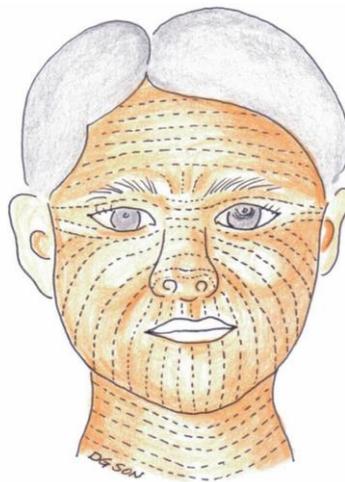
Terapi *Common acquired melanocytic nevi* (CAMN) dilakukan mayoritas berdasarkan kebutuhan kosmetik dan iritasi yang berulang. Awal prosedur terapi harus dipastikan terlebih dahulu kemungkinan melanoma atau dysplasia dengan tindakan biopsi. Walaupun dinyatakan merupakan suatu proliferasi jinak sel nevus, terdapat referensi yang menyatakan transformasi melanositik nevi menjadi melanoma dengan prevalensi 1:10.800 kasus pada wanita, sehingga perlu dilakukan eksisi intradermal pada kasus ini. Banyak teknik yang cepat dan meminimalkan trauma diperkenalkan untuk terapi dan diagnosis nevus atipikal, seperti biopsi *punch*, *shave* dan *scoop shave*, akan tetapi teknik eksisi skalpel komplis pada nevus atipikal memberikan penilaian histologi yang akurat untuk penegakkan diagnosis. Terapi nevus yang destruktif seperti elektrodesikasi, krioterapi, dermabrasi, dan laser harus dihindari karena menghalangi penilaian histopatologis. Teknik *gold standart* untuk pengangkatan nevus melanositik adalah eksisi yang dilanjutkan dengan pemeriksaan histologi.^{5,18,19}

Eksisi ellips atau fusiform merupakan metode yang paling banyak digunakan untuk pendekatan klasik menghilangkan lesi bulat atau linier. Teknik eksisi ini menjadi pilihan karena kemudahan dalam penutupan luka serta dapat mengangkat tumor dengan margin yang tepat, serta aksis panjang eksisi diorientasikan sejalan dengan RSTL. Hal ini untuk mencapai hasil kosmetik yang optimal dan kedalaman eksisi yang mencapai subkutis, sehingga tepi luka dapat diangkat dengan menyeluruh.⁵ Eksisi elips harus

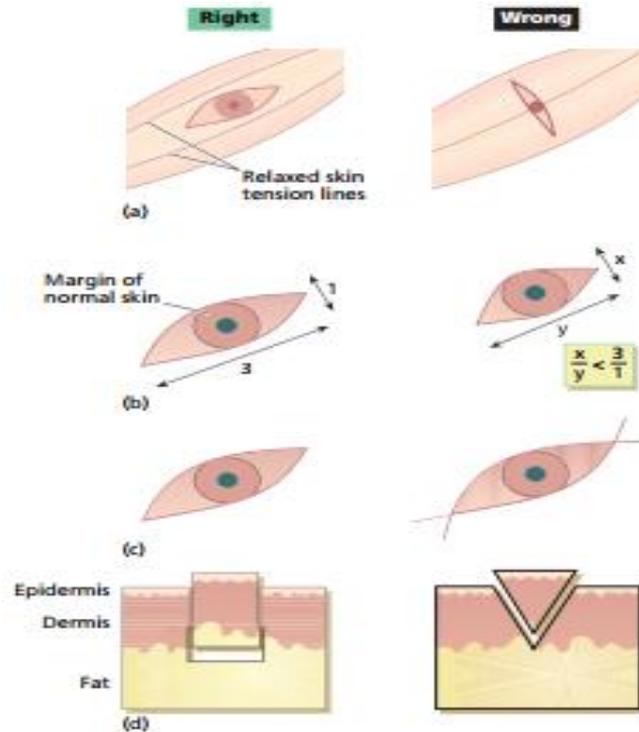
mencakup lebar 0,2 cm dari sekeliling lesi dan jaringan subkutan. Tindakan insisi kulit harus searah dengan RSTL.²⁰ Tegangan kulit dapat diminimalisir ketika insisi dilakukan searah RSTL, oleh karena itu pengetahuan yang jelas tentang vektor tegangan kulit sangat penting pada desain insisi. Desain insisi yang salah merupakan alasan utama terbentuknya skar hipertrofi pada penyembuhan luka. Tegangan antar kulit yang tinggi menyebabkan tarikan tepi kulit yang saling menjauh, sehingga terjadi peningkatan deposit kolagen dan muncul skar hipertorfik.²¹

Tata cara teknik bedah eksisi elips diawali dengan menentukan *relaxed skin tension lines* (RSTL) area sekitar nevus dengan cara mencubit kulit sedikit ketika dalam keadaan relaks dimana akan muncul garis kulit. Area yang akan dieksisi ditandai dengan garis batasan untuk pembedahan dengan perbandingan lebar dengan panjang elips yaitu rasio 3:1 (Gambar 9).²²

Desinfeksi dilakukan menggunakan povidone iodine, kemudian dilanjutkan dengan anastesi lokal menggunakan pehacain. Lapang pandang dipersempit dengan menggunakan kain steril dan sebelum melakukan insisi dipastikan anastesi sudah bekerja. Pisau bedah diposisikan seperti menulis dengan pensil dengan ujung sudut elips untuk insisi, sayatan dilakukan secara tegak lurus dari permukaan kulit. Kulit di area insisi distabilkan dengan tangan yang tidak dominan untuk menjaga peregangan elips. Posisi sayatan kulit miring ke dalam atau ke luar harus dihindari karena menyebabkan garis penutupan kulit yang tidak baik. Insisi dilakukan sampai sedalam dermis hingga lemak subkutan, setelah itu dengan pinset ambil ujung potongan elips sampai lemak subkutan hingga semua jaringan terangkat dengan sempurna (Gambar 10).²²



Gambar 9. *Relaxed skin tension lines* area wajah.²¹



Gambar 10. Prinsip eksisi ellips.²³

Keterangan: Design elips digunakan untuk mengikuti garis lipatan kulit (a). dan berukuran 3 kali lebih panjang daripada ukuran lebarnya (b). Pastikan margin dari kulit normal juga dieksisi (b). Pada akhir elips, tahan blade secara vertical sehingga garis insisi tidak menyilang.(c). blade ditahan pada sudut 90 derajat dari kulit saat memotong elips, sehingga luka memiliki tepi vertical pada lemak. Jangan miringkan blade pada arah spesimen karena akan membuat luka lebih sulit untuk menutup dan dapat memotong komponen dermis dari lesi (d).

Langkah selanjutnya dilakukan *undermining* dengan menggunakan gunting atau dengan hemostat berujung kecil sambil menilai *tension* dari area kulit sampai cukup longgar untuk dilakukan penjahitan, sehingga meminimalisir terbentuknya skar hipertrofi. Area dagu dan bibir, terdapat otot yang tebal dan besar, sehingga *undermining* menjadi tantangan tersendiri. Terutama pada area dagu yang memiliki otot yang melekat langsung pada kulit. Area ini berisiko tinggi perdarahan karena fungsi dinamisnya untuk berbicara dan mengunyah. Area hidung membutuhkan tingkatan *undermining* yang berbeda, seperti pada punggung hidung dapat mudah di*undermining* di atas periosteum, terutama ketika melakukan rekonstruksi dengan flap. Area distal, terdapat bagian sebaceous yang harus di*undermining* pada lapisan *subfibrofatty*

untuk mendapatkan pergerakan jaringan yang luas.²²

Jahitan epidermis dilakukan dengan teknik *simple interrupted suture* yang sering digunakan untuk menyatukan tepi luka yang lebih optimal, walaupun memakan waktu yang lebih lama untuk masa penjahitan dan pelepasan jahitan dibandingkan dengan jahitan kontinyu. Penyembuhan area luka dapat terjadi gangguan apabila terdapat kondisi medis yang mendasari atau area yang tegangannya tinggi. Kerugian *simple interrupted suture* selain membutuhkan waktu yang lebih lama, dapat terjadi risiko *crosshatched (train tracks)* di sepanjang garis jahitan. Risiko *crosshatching* dapat diminimalisir dengan melepas jahitan lebih awal untuk mencegah bekas jahitan.^{8,22} Pasca tindakan eksisi intradermal, rawat luka merupakan hal yang penting. Luka

dioleskan antibiotik topikal, kemudian ditutup dengan kasa perban untuk menjaga hemostasis selama 24-48 jam. Penggunaan balut luka tertutup membuat penyembuhan 3-4 hari lebih cepat. Selama jahitan belum diangkat, luka dijaga tetap kering, bersih dan tertutup untuk mengurangi kontaminasi bakteri, meningkatkan reepitelisasi, dan menjaga hidrasi kulit serta mempercepat penyembuhan. Penggunaan silikon gel bermanfaat dalam memodulasi ekspresi *growth factor*, *fibroblast growth factor* dan *tumor growth factor* yang menstimulasi fibroblast untuk sintesis kolagen, sehingga diharapkan dapat meminimalisir pembentukan jaringan parut yang dapat terjadi.⁵

Pada kedua kasus nevus intradermal terapi yang dilakukan dengan teknik eksisi elips yang dilanjutkan dengan pemeriksaan histologi jaringan nevus. Teknik insisi dilakukan sesuai dengan RSTL masing-masing area yaitu pangkal hidung dan dagu, teknik *undermining* dilakukan sampai tegangan area kulit area sekitar cukup longgar untuk dilakukan penjahitan dengan teknik *simple interrupted suture*.

Risiko *crosshatching* dapat terjadi pada kondisi kurangnya pasokan darah area jahitan dan regangan luka jahitan yang tinggi serta lamanya pelepasan jahitan. Jahitan di area wajah dan telinga optimal diangkat dalam waktu 5-7 hari, area kelopak mata dalam 3-5 hari, area leher dalam 7 hari dan kulit kepala dalam 7-10 hari. Jahitan area tubuh dan ekstremitas atas dapat diangkat dalam rentang 7-14 hari. Ekstremitas bawah memerlukan waktu lebih lama hingga 21 hari, walaupun pada umumnya dapat diangkat dalam 7-10 hari.²⁴ Pada kedua pasien dilakukan pengangkatan jahitan pada 1 minggu pasca operasi, luka pasca operasi tampak tertutup dengan baik dan terlihat adanya tanda bekas jahitan. Setelah satu tahun tampak bekas luka pasca operasi yang minimal.

Kesimpulan

Dilaporkan 2 kasus *Common Acquired Melanocytic Nevi* (CAMN) intradermal pada area hidung dan dagu. Diagnosis CAMN intradermal ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan dermatologis, dan pemeriksaan histopatologis. Terapi bedah eksisi elips dilakukan sesuai dengan RSTL dan penutupan luka dengan teknik *simple interrupted suture*. Pencegahan pembentukan bekas luka pasca operasi dapat diminimalisir dengan memperhatikan teknik eksisi, *relaxed tension skin line*, teknik *undermining*, penjahitan dan perawatan luka. Evaluasi bekas luka operasi pada minggu pertama dan satu tahun pertama menunjukkan hasil yang baik dengan bekas luka yang minimal.

Daftar Pustaka

1. Grichnik JM, Rhodes AR, Sober AJ. Melanocytic Tumors: Benign Neoplasias and Hyperplasias of Melanocytes. In: Goldsmith AL, Katz IL, Gilchrist AB, Paller SA, Leffel JD, Wolff K (Editor). *Fitzpatrick's Dermatology In General Medicine*. Edisi ke-8. New York: McGraw Hill. 2012. P 1384-92.
2. Weedon D. Lentigenes, Nevi, And Melanomas: Melanocytic Nevi. In: Weedon D (Editor). *Weedon's Skin Pathology*. Edisi ke-3. Churchill Living Stone: Elsevier Saunders. 2010. P 713-7.
3. Bishop JA. Lentigos. Melanocytic Nevi and Melanom. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C (Editor). *Rook's Textbook of Dermatology*. 8th Edition. UK: Willey-Blackwell. 2010.
4. Elder DE, Elenitsas R, Murphy GF, Xu X. Benign Pigmented Lesion and Malignant Melanoma : Melanocytic Nevi. In: Elder DE, Johnson B, Elenitsas R (Editor). *Lever's Histopathology of the Skin*. Edisi ke-10. Philadelphia: Lippincott Williams and Williams. 2008. P 726-31.

5. Tandyono V. Satu Kasus Keratoakantoma dengan Tindakan Bedah Eksisi Elips. Denpasar: Fakultas Kedokteran Universitas Udayana. 2017.
6. Hassan I, Jeelani S, Keen A, Wani M. Classical Fusiform Excision of Melanocytic Nevi: Our Experience. *Our Dermatol Online*. 2013; 1;4(2):153-6.
7. Kumar S, Srivastava N, Sighn B. Surgical Option for Aesthetic Management of Melanocytes Nevi. *Indian Journal of Anatomy & Surgery of Head, Neck & Brain*. 2016; 2(4):104-106.
8. Sardana K, Chakravarty P, and Goel K. Optimal Management of Common Acquired Melanocytic Nevus (Moles): Current Perspectives. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*. 2014; 7:89-103.
9. Armstrong BK, Klerk NH, Holman CD. Etiology of Common Acquired Melanocytic Nevi: Constitutional Variables, Sun Exposure, and Diet. *J Nat Cancer Inst*. 1986; 77(2):329-35.
10. Cramer SF. The Origin of Epidermal Melanocytes. Implications for The Histogenesis of Nevi and Melanomas. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*. 1991; 115(2):115-9.
11. Tokuda Y, Saida T, Mukai K, Takasaki Y. Growth Dynamics of Acquired Melanocytic Nevi: Higher Reactivity of Proliferating Cell Nuclear Antigen in Junctional and Compound Nevi than Intradermal Nevi. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 1994; 31(2):220-4.
12. Worret WI, Burgdorf WH. Which Direction Do Nevus Cells Move?: Abtropfung Reexamined. *The American Journal of Dermatopathology*. 1998; 20(2):135-9.
13. Zalaudek I, Leinweber B, Hofmann-Wellenhof R, Scope A, Marghoob AA, Ferrara G, Pellacani G, Argenziano G, Soyer HP. The Epidermal and Dermal Origin of Melanocytic Tumors: Theoretical Considerations Based On Epidemiologic, Clinical, and Histopathologic Findings. *The American Journal of Dermatopathology*. 2008; 30(4):403-5.
14. MacKie RM, English J, Aitchison TC, Fitzsimons CP, Wilson P. The number and Distribution of Benign Pigmented Moles (Melanocytic Naevi) in A Healthy British Population. *British Journal of Dermatology*. 1985; 113(2):167-74.
15. Argenziano G, Zalaudek I, Ferrara G, Hofmann-Wellenhof R, Soyer HP. Proposal of a New Classification System for Melanocytic Naevi. *British Journal of Dermatology*. 2007; 157(2):217-27.
16. De Giorgi V, Massi D, Salvini C, Trez E, Mannone F, Carli P. Dermoscopic Features of Combined Melanocytic Nevi. *Journal of Cutaneous Pathology*. 2004; 31(9):600-4.
17. Reeck MC, Chuang TY, Eads TJ, Faust HB, Farmer ER, Hood AF. The Diagnostic Yield in Submitting Nevi for Histologic Examination. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 1999; 40(4):567-71.
18. Sardana K. The Science, Reality, and Ethics of Treating Common Acquired Melanocytic Nevi (Moles) with Lasers. *Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery*. 2013; 6(1):27.
19. Culpepper KS, Granter SR, McKee PH. My Approach to Atypical Melanocytic Lesions. *Journal of Clinical Pathology*. 2004; 57(11):1121-31.
20. Zangari A, Zangari F, Romano M, et al. Surgical Treatment of Nevi and Melanoma in the Pediatric Age. 2013. (Online). <https://www.intechopen.com/books/melanoma-from-early-detection-to-treatment/surgical-treatment-of-nevi-and-melanoma-in-the-pediatric-age>InTech.
21. Son D, Harijan A. Overview of Surgical Scar Prevention and Management. *Journal of Korean Medical Science*. 2014; 29(6):751-7.

22. Aasi S, Pennington BE. *Surgery in Dermatology: Anatomy and Approach in Dermatologic Surgery*. In: Goldsmith AL, Katz IL, Gilchrist AB, Paller SA, Leffel JD, Wolff K (Editor). *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 8th Edition. New York: McGraw Hill. 2012. P. 2905-20.
23. Lawrence CM, Telfer NR. *Dermatology Surgery*. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C (Editor). *Rook's Textbook of Dermatology*. 8th Edition. Oxford UK : Wiley-Blackwell. 2010.
24. Stulberg DL, Usatine PR. *Suturing Technique*. In: Usatine PR, Pfeninger LJ, Stulberg LD, Small R (Editor). *Dermatologic and Cosmetic Procedures in Office Practice*. 1st Edition. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2012. P. 46-58.