

AL HAFIZ DIOSAN

FASIAL PLASTIK DAN BEDAH REKONSTRUKSI THT-KL



FASIAL PLASTIK DAN BEDAH REKONSTRUKSI THT-KL

Oleh:

Al Hafiz Djosan

Kontributor:

Ade Chandra

Bestari Jaka Budiman

Dedy Rusdi

Deni Amri

Desy Ambriani

Dini Novianti

Dolly Irfandy

Effy Huriyati

Elniza Morina

Faisal Hamdy

Ferdy Azman

Fitratul Ilahi

Gunawan Yudhistira

Heru Kurniawan Anwar

Irwan Danon

Jacky Munilson

Jenny Tri Yuspita Sari

Loresnia Fitra Dwita

Nadya Dwi Karsa

Rahmadona

Ricki Octiza

Rimelda Aquinas

Rizki Saputra

Sukri Rahman

Wahyu Triana

Yan Edward

Yayan Akhyar

ISBN : 978-623-345-185-7

Penerbit :

LPPM Universitas Andalas

Gedung Rektorat Lantai 2 Kampus Unand Limau Manis

Kota Padang, Sumatera Barat Indonesia

Web: www.lppm.unand.ac.id

Telp. 0751.72645

Email: lppm.unand@gmail.com

Hak Cipta dilindungi Undang-Undang

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk apapun dan dengan cara apapun tanpa ijin tertulis dari penerbit.

DAFTAR ISI

| | |
|--|-----|
| Kata Sambutan Ketua Bagian THT-KL FK Unand | iii |
| Kata Sambutan Dekan FK Unand | v |
| Kata Pengantar | vii |
| Daftar Isi | ix |
| Bab 1. Pendahuluan: Fasial Plastik & Bedah Rekonstruksi | 1 |
| Bab 2. Pseudokista Daun Telinga | 5 |
| Bab 3. Mikrotia dan Aurikuloplasti | 21 |
| Bab 4. Keratosis Seboroik Telinga | 31 |
| Bab 5. Keloid Daun Telinga | 43 |
| Bab 6. Kelainan Telinga Luar pada Hemifasial Mikrosomia | 61 |
| Bab 7. Karsinoma Sel Basal Temporal | 75 |
| Bab 8. <i>Infected Preauricular Sinus</i> | 91 |
| Bab 9. Trauma Tembus Sepertiga Wajah | 107 |
| Bab 10. Trauma Tajam Maksilofasial | 113 |
| Bab 11. <i>Necrotizing Fasciitis</i> Pasca Infeksi Leher Dalam | 119 |
| Bab 12. Morfologi dan Genetik Wajah | 137 |
| Bab 13. Kista Dermoid Submandibula | 163 |
| Bab 14. Fraktur Maksilofasial Multipel | 171 |
| Bab 15. Fraktur Kompleks Zigomatikomaksilaris | 187 |
| Bab 16. Celah Palatum Terisolasi | 207 |
| Bab 17. Benda Asing di Dalam Lidah | 225 |
| Bab 18. Septum Deviasi, Gangguan Tuba Eustachius dan Septorinoplasti | 235 |
| Bab 19. <i>Saddle Nose</i> | 253 |
| Bab 20. Kista Nasolabial | 267 |
| Bab 21. Kista Dermoid Dorsum Nasal | 275 |
| Bab 22. Karsinoma Sel Basal Hidung | 293 |

BAB 4

KERATOSIS SEBOROIK TELINGA

Al Hafiz, Sukri Rahman, Irwan Danon

PENDAHULUAN

Daun telinga atau pinna, merupakan salah satu bentuk paling kompleks pada manusia karena posisinya dan merupakan struktur berpasangan. Deformitas dari daun telinga sering menyebabkan gangguan psikologis yang lebih besar dibandingkan dengan ukuran defeknya. Bentuk normal dan proporsi telinga mudah dikenali tetapi sulit untuk merekonstruksi telinga tanpa teknik bedah yang baik dan apresiasi konfigurasi yang baik dari telinga normal.^{1,2}

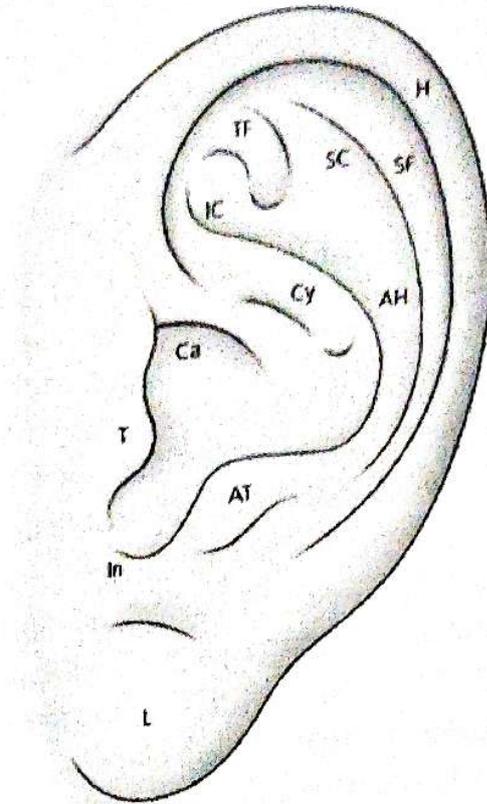
Daun telinga memiliki topografi tiga dimensi yang kompleks yang terdiri dari kulit dan tulang rawan. Kerangka tulang rawan terbuat dari tulang rawan fibroelastik terbungkus oleh kulit yang tipis. Suplai darah untuk daun telinga berasal dari dua sumber utama yaitu cabang posterior arteri (a) temporal superfisial dan a. aurikularis posterior. Drainase vena (v) yaitu v. retromandibula, v. temporalis superfisial dan v. jugularis eksterna. Drainase limfatik melalui kelenjar limfe parotis, mastoid, servikal superior dan infraklavikula *node*. *Flap* berdasarkan a. aurikularis posterior berguna dalam rekonstruksi telinga karena kedekatan suplai arteri dan juga karena kulit posterior aurikula menyediakan warna yang mirip untuk defek pada telinga.^{1,2}

Telinga luar dipersarafi oleh cabang sensorik dari empat saraf kranial. Nervus (n) aurikularis mayor mempersarafi setengah telinga bagian bawah dan sebagian dari daerah preauricular. Nervus aurikulotemporalis mempersarafi permukaan anterior daun telinga dan tragus. Nervus oksipitalis minor mempersarafi daerah telinga bagian atas dan mastoid. *Meatus* akustikus eksternus dipersarafi oleh n. Arnold, cabang n. vagus.^{1,3}

Nomenklatur bagian-bagian telinga (gambar 1)¹ penting dalam memahami deskripsi berbagai defek. Aspek estetika pada daun telinga penting dalam rekonstruksi telinga, sebagai penanda untuk ukuran, orientasi dan proporsi komponen normal telinga.^{1,3}

Ketinggian telinga biasanya ditentukan oleh *landmark* sejajar lateral alis dan dasar alar. Lebar dari telinga sekitar 55 % dari panjang telinga.

Sumbu telinga membentuk sudut sekitar 15° dari *bridge* hidung. Tepi heliks dipisahkan 1-2 cm dari mastoid dimana jarak meningkat pada bagian kaudal.^{1,2}



Gambar 1. Anatomi daun telinga: helix (H), antiheliks (AH), *cymba concha* (Cy), *cavum concha* (Ca), *superior crus* (SC), *crus inferior* (IC), *triangular fossa* (TF), *scafoid fossa* (SF), *tragus* (T), *antitragus* (A), *intertragic notch* (In), *earlobe* (L).¹

Kasus-kasus akut penyebab terjadinya defek pada telinga adalah trauma, luka bakar, telinga *cauliflower*, neoplasma. Pilihan rekonstruksi dari daun telinga dapat diklasifikasikan sebagai berikut¹⁻⁴:

- Defek 1/3 atas: *flap* lokal dari kulit yang berdekatan dapat digunakan untuk menutup defek kecil. Teknik *flap advancement* V-Y dapat digunakan untuk menutup defek kecil sampai sedang. Defek yang melibatkan heliks dapat direkonstruksi menggunakan *flap pedicle* berdasarkan arteri *auricularis posterior*.
- Defek 1/3 tengah : sama seperti di 1/3 atas, defek pada heliks dapat direkonstruksi dengan *flap* posterior aurikula. Jika defek melibatkan lipatan heliks dan antiheliks sering dibutuhkan kartilago yang diambil dari cangkok tulang iga. *flap* Dieffenbach

adalah *flap advancement* yang dapat digunakan untuk defek daun telinga 1/3 tengah (Gambar 2).

- Defek 1/3 bawah: bagian lobulus sulit untuk mensimulasikan teknik rekonstruksi. *Flap* lokal digunakan baik sebagai prosedur tunggal atau dua tahap. Kartilago dapat digunakan untuk memberikan penyangga untuk rekonstruksi lobulus.
- Defek konka: defek parsial konka dapat ditatalaksana menggunakan *full thickness skin graft*. *Trapdoor flap* juga dapat digunakan untuk defek konka.

Flap Dieffenbach

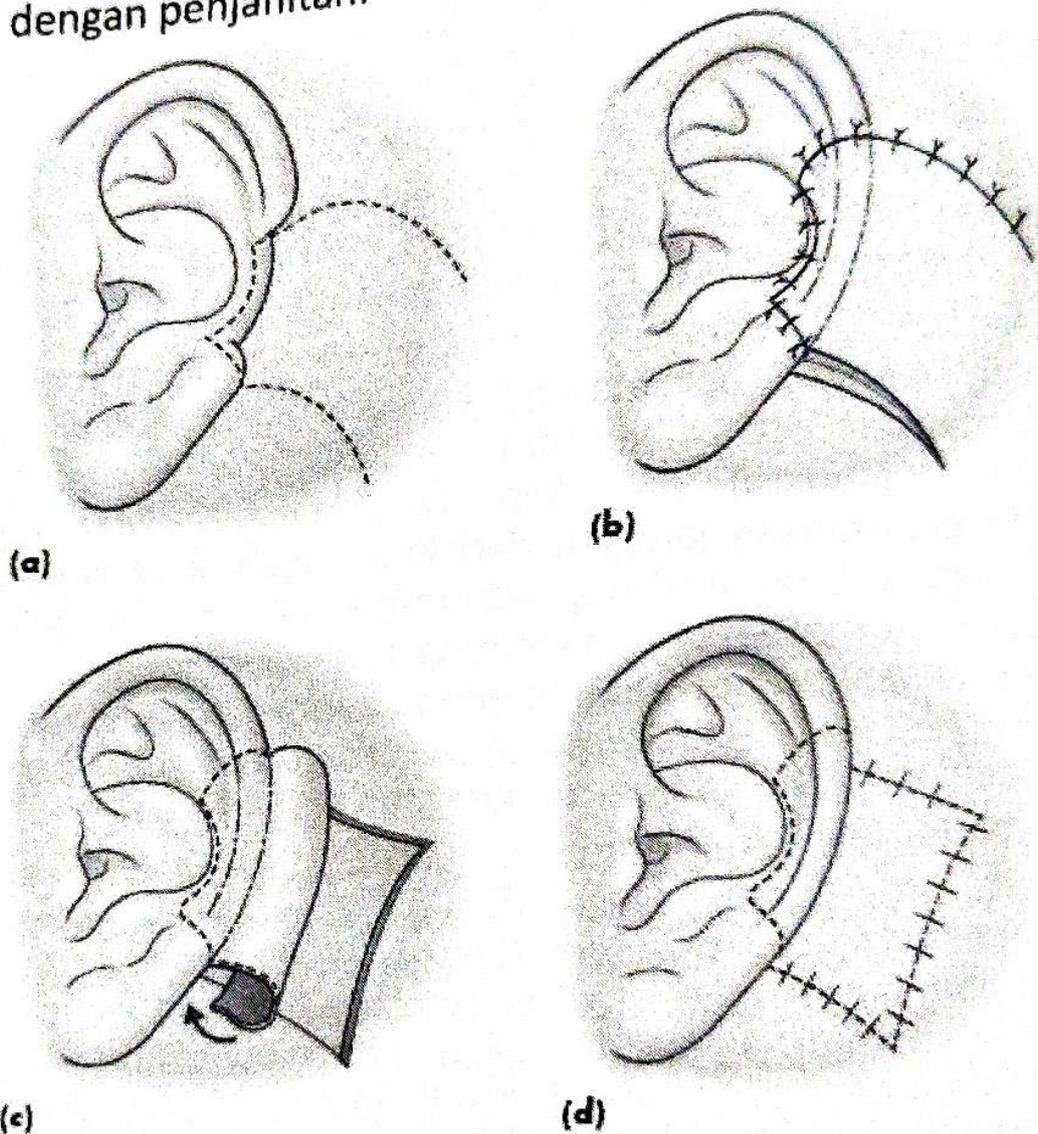
Flap adalah transfer kulit dan jaringan subkutan dengan suplai darah sendiri dan biasanya dilakukan pada daerah sekitar atau dekat dengan defek. *Flap* dapat diklasifikasikan berdasarkan lokasi, suplai pembuluh darah dan metode perpindahan jaringan.^{3,5}

Berdasarkan lokasinya *flap* kulit lokal melibatkan penggunaan jaringan berbatasan langsung atau dekat dengan defek. Rancangan *flap* dibedakan menjadi *flap* pivotal (rotasi, transposisi, interpolasi) dan *flap advancement*. *Flap* regional melibatkan penggunaan jaringan dari luar wajah, kulit kepala atau leher dimana pedikel arteri cukup untuk mencapai defek pada wajah *Flap* jauh melibatkan jaringan dari lokasi yang jauh sehingga membutuhkan anastomosis pembuluh darah mikrovaskuler (*free flap tissue transfer*). *Flap* diklasifikasikan berdasarkan suplai pembuluh darah seperti pembuluh darah *random* atau aksial.^{3,5}

Flap Dieffenbach yang merupakan *flap advancement* mempunyai 2 tahap yaitu tahap 1 (perancangan *flap*) dan tahap 2 (memisahkan *flap* dan memperbaiki defek sekunder (Gambar 2)).¹ Pada tahap 1 perkiraan panjang *flap* sangat penting. *Flap* setidaknya 2 mm lebih panjang dari defek. Namun, ketika digunakan untuk merekonstruksi defek rim heliks memerlukan sekitar 4 mm lebih panjang dibanding defek. *Flap* yang terlalu panjang harus dihindari karena dapat menyebabkan devaskularisasi. Ketebalan jaringan lunak memungkinkan operator untuk menghasilkan *flap* dengan berbagai ketebalan untuk mencocokkan defek telinga. *Flap* dapat digulung dan dibuat tebal untuk menciptakan rim heliks atau ditipiskan untuk menghindari perbedaan ketinggian. Penggunaan *pedicle* yang lebar akan memaksimalkan suplai darah yang tersedia dari pembuluh darah retroaurikula. Ketegangan *flap* dapat

dikurangi dengan immobilisasi telinga ke mastoid dengan jahitan. Balutan kompresi dilakukan dan sebaiknya dipertahankan selama 1 minggu.⁶

Pada tahap 2 *flap* harus dibiarkan setidaknya 2 minggu sebelum memisahkannya dari kulit retroaurikula. Semakin lama tahap kedua dilakukan maka jaringan granulasi akan terjadi pada defek sekunder. Defek sekunder yang kecil (2 cm) akan menutup sepenuhnya dalam 2 sampai 4 minggu. Jika defek sekunder besar atau jika luka lambat sembuhnya, maka defek ini harus ditutup dengan penjahitan.⁶



Gambar 2: Flap Dieffenbach.

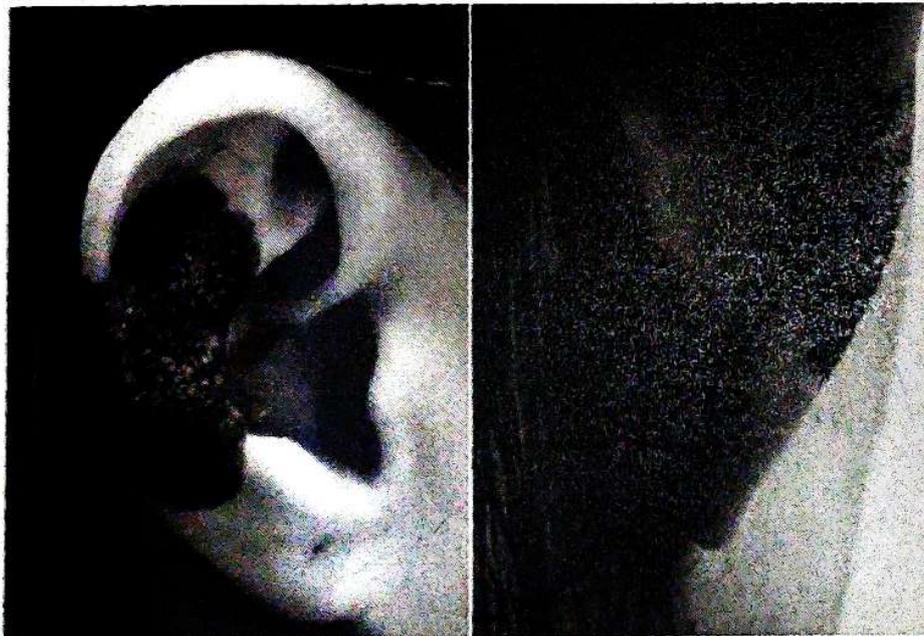
(a). *Flap* diambil dari kulit posterior aurikular atau mastoid. (b). *Flap* ini digunakan menutup defek. (c). Ketika telah terjadi revaskularisasi maka dilakukan operasi pemisahan *flap* tahap dua. (d). *Flap* yang telah dipisah dapat digunakan untuk menutup defek di bagian posterior telinga.¹

Keratosis Seboroik

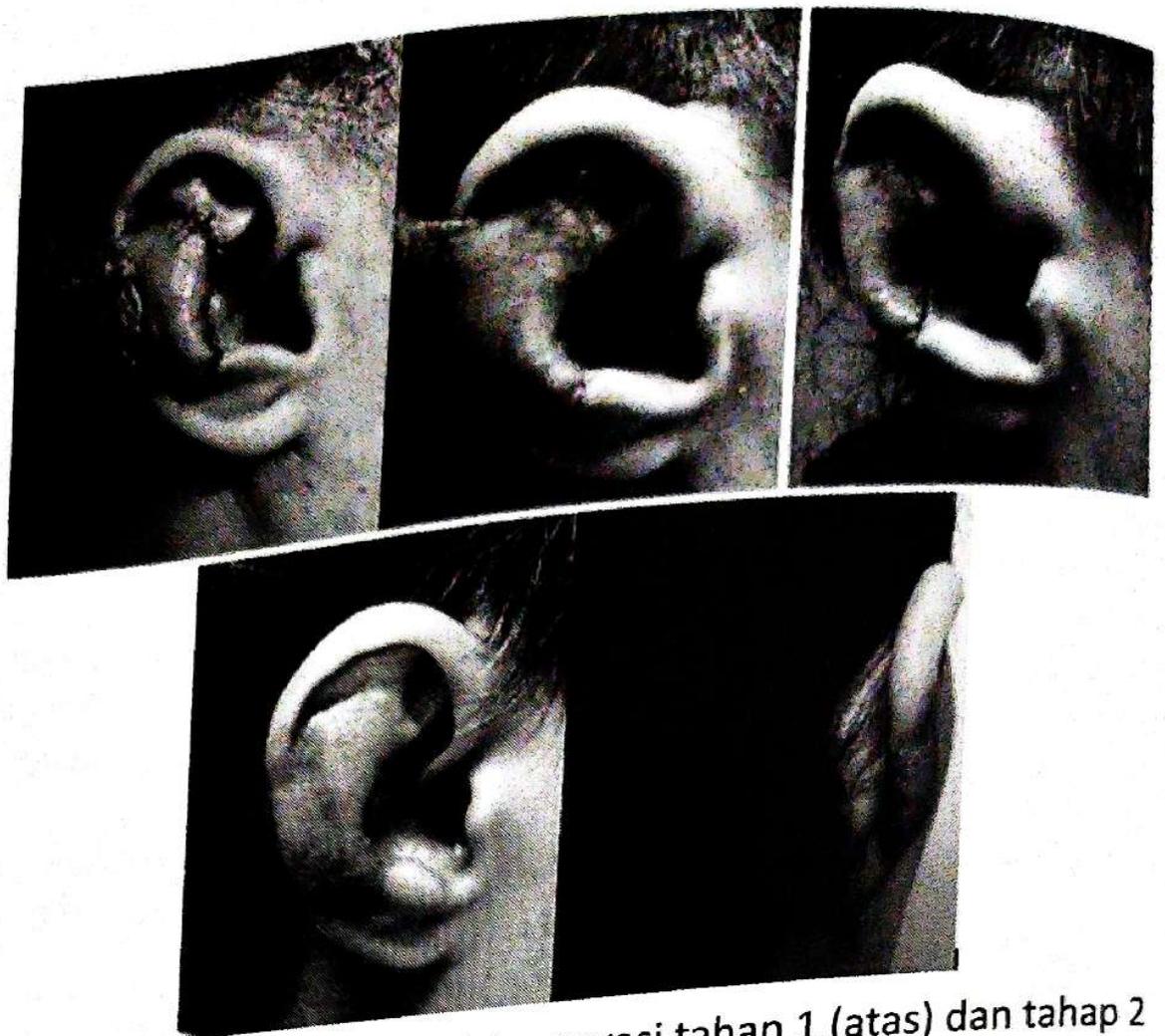
Keratosis Seboroik adalah tumor jinak epidermis yang biasanya terdapat pada orang tua. Keratosis seboroik dapat menyebabkan keluhan kosmetik terutama bila timbul pada wajah. Keratosis seboroik (kutil seboroik) biasanya jumlahnya tidak banyak dan ukurannya kecil. Keratosis seboroik banyak terdapat di leher dan anggota badan. Lesi soliter besar sangat jarang. Faktor-faktor yang mungkin berpengaruh dalam etiologi penyakit ini diantaranya paparan sinar ultraviolet, infeksi *human papilloma virus*, faktor keturunan dan hormon estrogen. Perubahan ke ganas mungkin terjadi tetapi sangat jarang. Gejala yang mungkin dapat terjadi berupa rasa gatal.⁷⁻⁹

Pemeriksaan histologi dapat mengkonfirmasi keratosis seboroik. Diagnosis banding keratosis seboroik secara klinis adalah actinic keratosis (solar keratosis or senile keratosis) dan Lentigomaligna (*Hutchinson's freckle*).^{9,10}

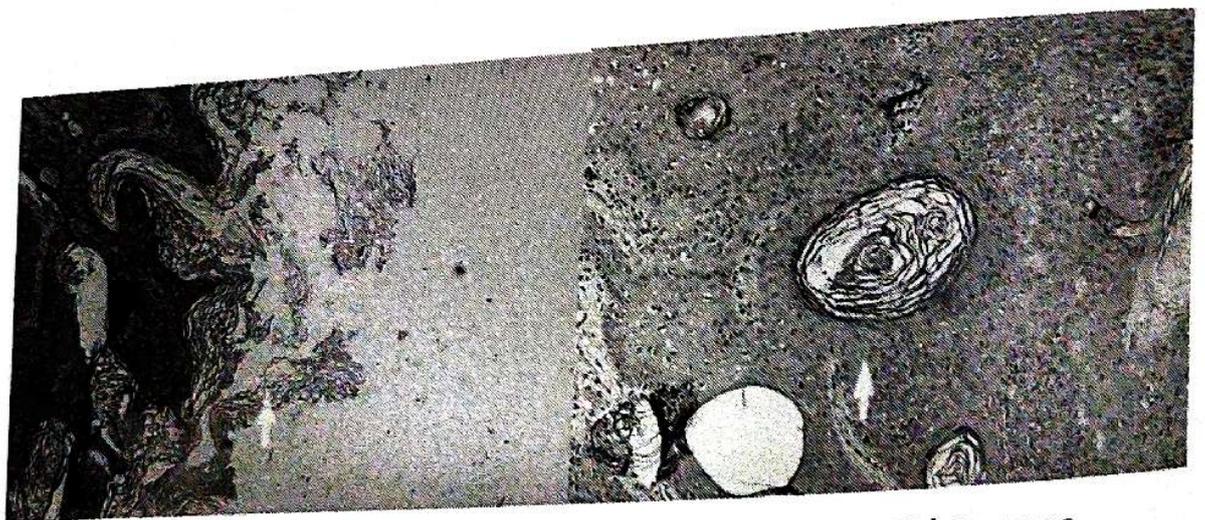
Keratosis seboroik dapat ditatalaksana dengan elektro-kauter, kuretase dan teknik eksisi. Pemeriksaan histopatologi dapat mengkonfirmasi keratosis seboroik.^{7,8,11}



Gambar 3. foto pasien sebelum operasi



Gambar 4. Foto pasien setelah operasi tahap 1 (atas) dan tahap 2 (bawah)



Gambar 5. Hasil Patologi Anatomi Keratosis Obturans

Pasien gambar 3 adalah dengan keratosis seboroik yang telah dilakukan eksisi dan *flap* Dieffenbach pada defek 1/3 medial daun telinga. Pasien datang dengan keluhan utama benjolan kehitaman di telinga kanan yang semakin membesar sejak 5 tahun yang lalu.

Benjolan sudah ada sejak 30 tahun yang lalu, kadang terasa gatal.

Pada pemeriksaan telinga kanan tampak benjolan kehitaman berbentuk bulat pada 1/3 medial daun telinga, permukaan tidak rata, tidak mudah berdarah, batas tegas, diameter 3 cm dan tinggi 0,2 cm. Pasien awalnya didiagnosis tumor aurikula dekstra suspek jinak. Kemudian dilakukan pemeriksaan histopatologis dengan hasil keratosis seboroik.

Hal ini sesuai dengan gejala keratosis seboroik dimana didapatkan lesi jinak yang biasanya jumlahnya hanya beberapa namun dapat menjadi lesi yang besar dan dapat menimbulkan gejala gatal. ^(7,10)

Bila tidak mengganggu maka keratosis seborroik tidak perlu dilakukan intervensi namun bila menimbulkan keluhan secara kosmetik maka perlu dilakukan operasi eksisi. ^{10,11} Permasalahan pada keratosis seboroik yang besar pada bagian wajah adalah adanya defek setelah operasi. Pada pasien ini dilakukan penutupan defek menggunakan teknik *flap* Dieffenbach.

Teknik *flap* Dieffenbach atau *flap* posterior aurikula sangat sesuai untuk defek pada 1/3 medial daun telinga (gambar 6). *Flap* yang digunakan berasal dari posterior aurikula memberikan warna serta kontur yang cukup sesuai dengan aslinya. ^{1,2,6} Monica¹² mengatakan bahwa teknik *flap* Dieffenbach dapat digunakan untuk defek lebih besar dari 2,5 cm.

Teknik *flap* Dieffenbach menggunakan 2 tahap operasi yaitu pada tahap pertama dilakukan *flap* yang berasal dari posterior aurikula dan tahap kedua dilakukan pemisahan flap dan penutupan defek bekas *flap*. Jarak operasi pertama dan kedua minimal 3 minggu karena waktu yang diperlukan bagi flap untuk revaskularisasi. ⁶

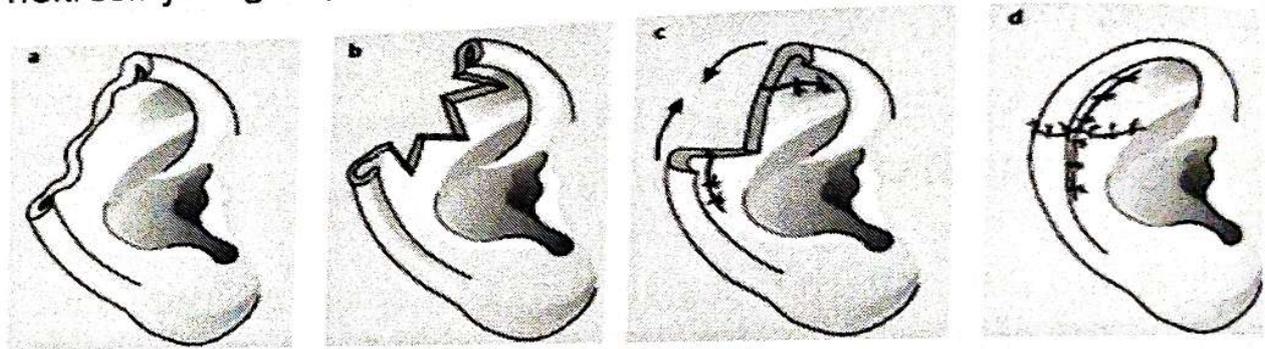


Gambar 6. Lokasi 1/3 tengah daun telinga

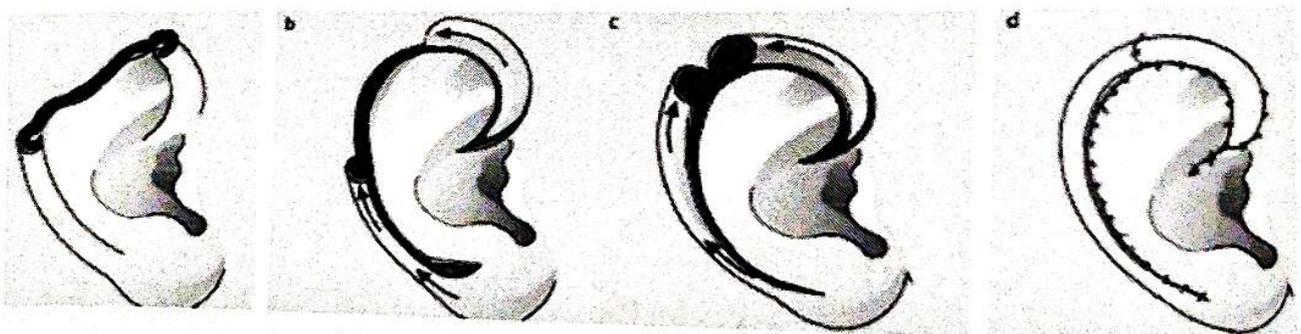
Bila terdapat rambut pada *flap* maka dapat dihilangkan dengan beberapa cara seperti dengan mencukur, mencabut, atau dengan menggunakan LASER (*Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation*). Namun sampai saat ini belum ada cara untuk menjamin rambut tidak tumbuh kembali.^{13,14} Haedersdal¹⁴ dalam penelitiannya menunjukkan bahwa penggunaan LASER lebih menguntungkan dan disukai dibandingkan cara konvensional dan menunjukkan hasil tidak tumbuhnya rambut lebih dari 6 bulan setelah 2-3 kali penyinaran.

Selain cara Dieffenbach terdapat beberapa cara untuk menutup defek 1/3 tengah daun telinga diantaranya dengan teknik *Burrow's triangle* (gambar 7),¹⁵ *Antia-Buch* (gambar 8),¹⁵ *Templer* (gambar 9),¹⁶ *Inferior and superior based transposition flap*,¹⁵ *Ear Lobe Based Advancement Flap (ELBAF)*.¹⁶ Posterior aurikular tube flap juga dapat digunakan untuk membentuk rim heliks.¹⁷

Komplikasi dari flap diantaranya dapat terjadi perdarahan, hematoma, infeksi, trauma pada struktur disekitarnya, iskemia, nekrosis jaringan, jaringan parut dan deformitas bentuk.⁵

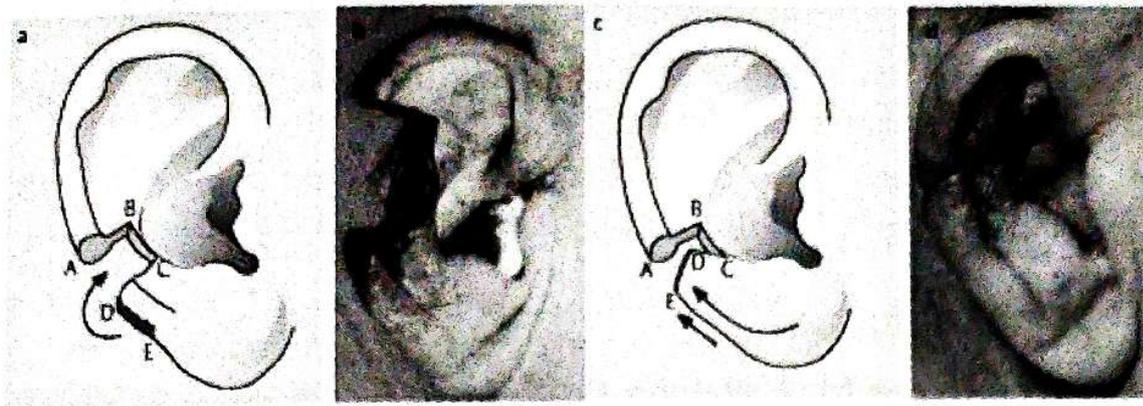


Gambar 7. a. Defek, b. *Burrow's Triangle*, c,d. Penutupan defek¹⁵



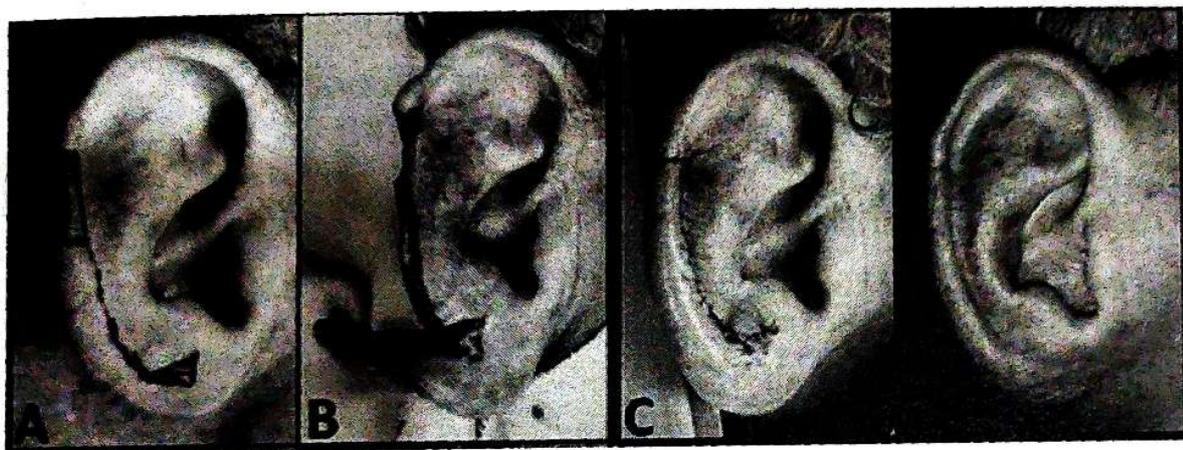
Teknik Antia-Buch

a. Defek, b. Insisi sekitar helix sampai lobus, c,d Penutupan defek¹⁵



Gambar 8. Teknik Templer

a.b. Defek, c. Daun telinga bagian bawah dirotasi d. Hasil akhir¹⁵



Gambar 9. A. Post eksisi tumor, B. teknik ELBAF, C. Setelah dilakukan rekonstruksi, D. 4 minggu setelah operasi¹⁶

KESIMPULAN

- Eksisi tumor daun telinga dapat menimbulkan defek pada telinga yang memerlukan rekonstruksi.
- *Flap* Dieffenbach dapat digunakan untuk menutup defek pada 1/3 medial daun telinga dengan hasil yang sangat baik dan memuaskan.

DAFTAR KEPUSTAKAAN

1. Lok H. Y, Rajive M. J. In John C. W, Ralph W. G, editors. *Stell & Maran's textbook of head and neck surgery and oncology*, 5th ed, London : Hodder Arnold. 2012; p. 1014-26.
2. Richard Y, Matthew J. T. *Plastic surgery of the ear*. SRPS, 2011;11;1-45
3. Vasilios K. T. In Vasilios K. T, editors. *Cutaneous flap in head and neck reconstruction*. New York : Springer, 2014; p.301-12.
4. Satoshi U, Katsunori Y, Yosuke W, Makoto M, Yuko H. *Partial reconstruction of auricle*. *Hirosaki Med J*. 2016;66:99-104
5. Brian J. *Local cutaneous flap and grafts*. In Bailey B.J, Johnson J.T, Newlands S.D, editors. *Head and neck surgery otolaryngology*, 5thed, Philadelphia ; Lippincot William & Wilkins. 2014; p.2797-822.
6. Peter K, Kwan S.L. *Retroauricular cutaneous advancement flap*. *AFP*, 2012;41(8): 601-2
7. Banavasi S. G, Kamath D. S, Permi S. H. *Seborrheic keratosis; a rare cause of conductive deafness*. *JCDR*, 2012; 913-4
8. Karen J.S. *Management of benign facial lesion*. In Brian J. In Bailey B.J, Johnson J.T, Newlands S.D, editors. *Head and neck surgery otolaryngology*, 5thed, Philadelphia ; Lippincot William & Wilkins. 2014; p.3212-28.
9. Mundra R.K, Agrawal R, Sinha R. *A rare interesting case of seborrheic keratosis of pinna*. *SciRes*, 2013;463-5.
10. Kiran N, Aderesh S, Nitin L.M. *A rare case of large seborrheic keratosis of the pinna*. *CIBTech*, 2014;3(3):9-10.
11. Angela J.W, Klaus J.B. *Tumor of the epidermis*. In Klaus J.B, editors. *Dermatopathology*. 2nd ed, Philadelphia : Saunders Elseviere Inc; 2016: p. 342-348
12. Monica R.O. *Partial reconstruction of the external ear after a trauma- simple and efficient technique*. *Braz J. Otorhinolaryngol*,

2010;76(1):7-13

13. Helen R. B. Alternative method of hair removal. In Sherry G, editors. *Milady's hair removal techniques: a comprehensive manual*. Thompson learning Inc. 2004; p. 65-150
14. Haedersdal M, Wulf H.C. Evidence base review of hair removal using lasers and light sources. *JEADV*, 2006;20:9-20.
15. Weerda H. Auricular region. In Weerda H editors. *Reconstructive facial plastic surgery: a problem solving manual*. 2nd ed. Thieme. 2014; p.135-206.
16. Isaac Z, Sebastian C, Niels H, Christine F, Christine E, Demetris S, et al. The arterial blood supply of the helical rim and the earlobe-based advancement flap (ELBAF): a new strategy for reconstructions of helical rim defect. *JPRAS*, 2015; 68: 56-62.
17. Aleksandra I, Edward L, Boguslaw A, Tomasz Z. Result of aurikular helical rim reconstruction with post aurikular tube flap. *Polski*, 2016; 88 : 32-7