

Rekonstruksi Kelopak Mata Pasca-Ekstirpasi Tumor¹⁾

Oleh: Mu'tasimillah Ghozi & Agus Supartoto

Bagian Ilmu Penyakit Mata Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada
dan Unit Penyakit Mata Rumah Sakit Umum Pusat DR. Sardjito,
Yogyakarta

ABSTRACT

M. Ghozi & A. Supartoto — *Eyelid reconstruction after extirpation of lid tumor*

Extirpation of eyelid benign tumor, while the vision is still good, must be followed by lid reconstruction to protect the eyeball. The means of such reconstruction to make the lid function are optimal.

A case of lid reconstruction after lid benign tumor extirpation with the remain of skin and the orbicular oculi muscle has been reported. The reconstruction was carried out by replacing the lost tarsoconjunctival tissue with the opposite tarsoconjunctival tissue. The blepharoraphy was maintained until the cicatrical tissue formation was completed.

Key Words: lid tumor extirpation — reconstruction of superior levator palpebral muscle — replacement of tarsoconjunctival tissue — blepharoraphy — ophthalmic surgery

PENGANTAR

Salah satu fungsi kelopak mata adalah melindungi mata terhadap ruda-paksa yang berasal dari luar dan pengaruh sinar yang berlebihan. Fungsi yang lain adalah membasahi dan melicinkan bola mata, agar kornea serta konjungti-va (tunica conjunctiva) tetap basah, bening serta mencuci bersih debu yang ada di mata dengan sekresi kelenjar air mata dan kelenjar lain. Untuk keperluan itu maka kelopak mata harus dapat menutup rapat dan bergerak baik (Hughes dalam Fox, 1964; Leone, 1982; Perera, 1957).

Tindakan pembedahan tumor kelopak mata harus diikuti oleh tindakan mengembalikan fungsi kelopak mata. Jika kelopak mata terpaksa diekstirpasi sebagian atau seluruhnya, maka bola mata yang masih baik harus diberi perlindungan, sedang bila pasca-ekstirpasi tumor kelopak mata sebagian besar kelopak masih tersisa, maka tindakan rekonstruksi kelopak mata dilakukan untuk mengembalikan fungsi kelopak mata tersebut (Hughes dalam Fox, 1964).

Langkah rekonstruksi kelopak mata harus berpegang kepada fungsi kelopak mata dan berpedoman pada bentuk anatomi jaringan yang sangat diperlu-

1) Dibacakan pada Forum Temu Ahli dalam rangka Hari Ulang Tahun ke-40 Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada/Hari Ulang Tahun ke-4 RSUP DR. Sardjito tanggal 3 Maret 1986.

kan dalam melaksanakan fungsi kelopak mata. Jaringan tersebut adalah kulit kelopak mata beserta *musculus orbicularis oculi*, *musculus levator palpebrae superioris*, fornix (*fornix conjunctivae*) dengan muara kelenjar air mata, konjungtiva palpebra (*tunica conjunctivae palpebrarum*) serta tarsus (*tarsus superior et inferior*). Jaringan ini mempunyai peranan utama dalam melaksanakan fungsi kelopak mata sebagai pelindung.

Tujuan penulisan ini adalah mendeskripsi langkah rekonstruksi kelopak mata pasca-ektirpasi tumor jinak dengan kulit beserta *m. orbicularis oculi* tersisa, untuk mengembalikan fungsi kelopak mata yang optimal.

ANATOMI DAN FAAL KELOPAK MATA

Kelopak mata merupakan lipatan kulit yang menutupi celah orbita (*aditus orbitae*) dan melindungi kornea. Pada penampang sagital, kelopak mata terdiri atas 4 lapisan, yaitu kulit, *musculus orbicularis oculi*, jaringan *fibrous* dan konjungtiva (Doyle & Kemp, 1975). Kulit kelopak mata tipis, lepas dari jaringan di bawahnya dan elastis. Kulit kelopak mata merupakan batas terdepan kelopak mata. *Tarsus superior*, lebarnya 10 mm, dan *tarsus inferior*, lebarnya 5 mm, merupakan jaringan *fibrous* dengan beberapa serabut elastis, yang bersama konjungtiva palpebra membentuk batas belakang kelopak mata. *Septum orbitale* merupakan lembaran fascia yang terletak dibelakang *musculus orbicularis oculi*, yang membentang dari margo *supraorbitalis*, margo *infraorbitalis* hingga *tarsus superior* dan *inferior*. *Septum orbitale* merupakan batas bagian kelopak dan orbita. *Musculus orbicularis oculi* mendapat rawatan dari saraf kranial VII, dan mempunyai fungsi menutup kelopak mata, sedang fungsi membuka mata dilakukan oleh *musculus levator palpebrae superioris*, yang dirawat oleh saraf kranial III (Duke-Elder, 1973; Leone, 1982; Perera, 1957; Vaughan & Asbury, 1980).

Air mata berasal dari sekresi kelenjar air mata (*glandula lacrimalis*) yang terletak di atas-depan-sisi-temporal orbita. Beberapa saluran kelenjar bermuara di fornix atas. Air mata akan mengalir kebawah kornea dan *conjunctiva palpebrae* dan *conjunctiva bulbi*, membasahi permukaannya. Di samping itu masih terdapat kelenjar air mata tambahan, yaitu kelenjar Krause dan kelenjar Wolfring, yang terletak dibawah *conjunctiva palpebrae* atas (Vaughan & Asbury, 1980). Kelopak mata mendapat darah melalui arteria *ophthalmica*, arteria *zygomaticoorbitalis* dan arteria *angularis*.

REKONSTRUKSI KELOPAK MATA

Orientasi anatomi kelopak mata yang mengandung tumor harus dilakukan sebelum melakukan tindakan ektirpasi tumor tersebut. Orientasi ini diperlukan untuk merencanakan rekonstruksi kelopak mata pasca-ektirpasi tumor dan langkah rekonstruksi baru dapat ditetapkan setelah ektirpasi tumor selesai dikerjakan (Beard dalam Fox, 1964; Johnson dalam Fox, 1964).

Kelopak mata mempunyai 5 jaringan penunjang, yaitu kulit, jaringan bawah kulit, *musculus orbicularis oculi* dengan fascia *submuscularis*-nya, *septum orbitale*, tarsus dengan konjungtiva. Dari kelima jaringan penunjang ini, kulit merupakan bagian yang terluar dan tarsus serta konjungtiva yang melekat padanya merupakan batas belakang kelopak mata. Pada waktu melakukan re-

konstruksi kelopak mata, kedua jaringan penunjang ini harus diadakan (Hughes dalam Fox, 1964; Reeh *et al.*, 1976).

Dalam melakukan ekstirpasi tumor ganas di kelopak mata, radikalitas ekstirpasi harus diutamakan. Pemeriksaan irisan beku (*frozen section*) pada irisan di tepi tumor harus dilakukan. Walau ada diisaratkan tentang batas tepi irisan tumor ganas, 3 mm dari batas tumor, hasil pemeriksaan irisan beku selama pembedahan lebih meyakinkan (Beard dalam Fox, 1964; Putterman, 1979), sedang untuk tumor jinak, tindakan biopsi cukup memadai. Bagaimanapun jaringan tumor yang diekstirpasi harus diperiksa patologis anatomi (Beard dalam Fox, 1964).

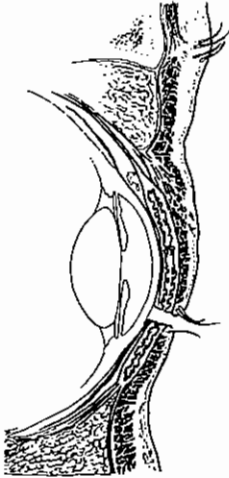
Rekonstruksi kelopak mata pasca-ektirpasi tumor, pada dasarnya dapat dikelompokkan dalam dua golongan dasar. Yang pertama, ekstirpasi tumor tanpa menghilangkanan tepi kelopak mata, dan kedua, ekstirpasi tumor terpaksa mengangkat tepi kelopak mata. Dari kedua jenis itu masih dibedakan apakah ekstirpasi itu hanya mengenai kulit atas atau seluruh ketebalan kelopak mata (Beard, 1964). Dengan berpegang pada ketentuan bahwa batas luar kelopak adalah kulit dan batas dalam adalah jaringan tarsokonjungtiva, maka langkah rekonstruksi kelopak mata pasca-ektirpasi tumor dilakukan.

Blefarorafi, pembedahan untuk melekatkan kelopak atas dan bawah, adalah tindakan yang sangat penting dalam rekonstruksi kelopak mata. Jika rekonstruksi hanya mengenai kulit saja, blefarorafi akan mempermudah pencangkokan *graft*. Luas jaringan *graft* lebih mudah diukur dan selama masa pasca-pembedahan, pengerutan jaringan parut dapat dicegah. Jika rekonstruksi harus dilakukan untuk seluruh tebal kelopak, maka jaringan tarsokonjungtiva dapat diambil dari jaringan tarsokonjungtiva di depannya, atas dengan bawah atau sebaliknya. Pada ekstirpasi tumor kelopak yang tidak membuang tepi kelopak mata, blefarorafi lebih mudah dilakukan, sedang ekstirpasi yang melibatkan tepi kelopak mata, pembuatan tepi kelopak harus dilakukan lebih dahulu, serta blefarorafi dilakukan pada langkah kemudian.

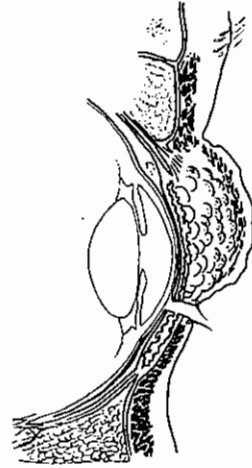
Untuk tumor jinak yang diekstirpasi, di mana jaringan tarsokonjungtiva terbuang dan kulit kelopak mata beserta *m. orbicularis oculi* masih utuh, maka langkah rekonstruksi harus dilaksanakan dengan berpedoman kepada pengembalian fungsi kelopak mata. Hasil rekonstruksi harus membentuk kelopak dengan kulit dan jaringan tarsokonjungtiva di batas belakang kelopak mata. Fungsi *m. levator palpebrae superior* tetap memadai, sedang penutupan rima oculi oleh *m. orbicularis oculi* juga memadai (Hughes dalam Fox, 1964).

KASUS

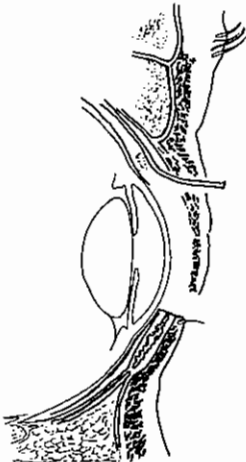
Seorang penderita lelaki, 20 tahun, datang dengan keluhan mata kiri ada benjolan di kelopaknya. Setelah beberapa tahun (lupa waktunya yang tepat) benjolan makin besar, hingga kelopak mata tidak mampu membuka. Mata kanan dalam keadaan normal. Penderita ingin perbaikan pada matanya. Pada pemeriksaan pandang, mata kiri tidak dapat membuka, walaupun kelopak mata dapat digerakkan. Mata kiri kesannya tenang. Pada perabaan, terdapat tumor di kelopak mata atas, berbatas tegas, dengan permukaan yang tidak rata. Tumor bebas digerakkan terhadap kulit, tetapi melekat pada jaringan tarso-konjungtiva. Bagian konjungtiva palpebra atas terdesak benjolan tumor, hingga



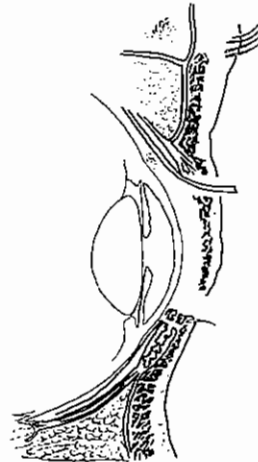
A. — Potongan sagital orbita bagian depan.



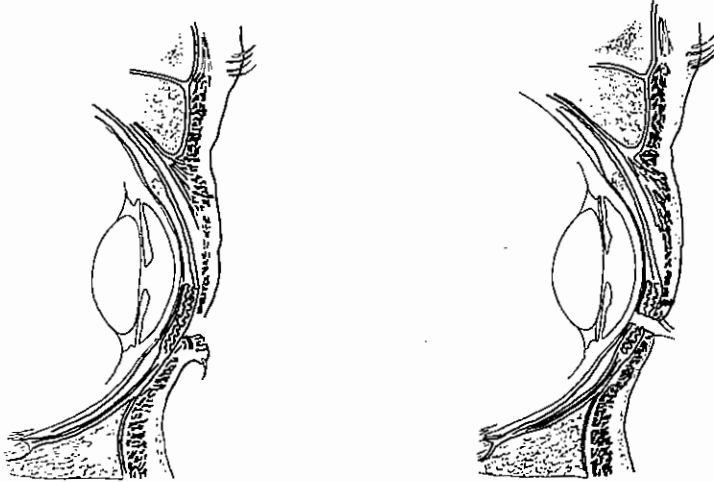
B. — Potongan sagital orbita bagian depan dengan jaringan tumor jinak di kelopak mata atas, meluas sampai jaringan tarsokonjungtiva.



C. — M. levator palpebrae superior dibebaskan melalui irisan kulit. Tumor diekstirpasi dengan mempertahankan kulit beserta m. orbicularis oculi.



D. — Irisan pada jaringan tarsokonjungtiva inferior 2 mm di bawah margo palpebrae inferior.



E. — M. levator palpebrae superior dijahitkan pada bagian irisan jaringan tarso-konjungtiva inferior melalui belakang margo palpebrae inferior. Tapi margo palpebrae superior dibuat dengan mencangkok kulit beserta alis kontralateral. Bekas irisan di kulit kelopak dijahit. Blefarorafi dikerjakan.

F. — Blefarorafi diiris setelah 3 bulan, waktu pembentukan jaringan parut sudah stabil.

GAMBAR 1. — Langkah rekonstruksi kelopak mata pasca-ektirpasi tumor jinak

mendesak kornea. Kelopak mata maupun konjungtiva palpebra tidak menunjukkan peradangan. Bola mata gerakannya baik ke segala arah, conjunctiva bulbi tenang, pada kornea terdapat kekeruhan di daerah parasentral jam 4—5. Bilik mata depan tenang, lensa jernih. Secara keseluruhan keadaan umum baik dan kepadanya dilakukan pembedahan dibawah narkose.

Pembedahan dilakukan dalam beberapa langkah. Langkah pertama mengamankan musculus levator palpebra superior dengan membuka kulit kelopak mata pada batas atas tumor. Setelah musculus levator palpebra superior ditemukan, dipasang jahitan "preplaced" sebelum dipotong dari tumor. Jahitan ini dimaksud untuk mempermudah menghubungkan musculus levator palpebrae superior kepada jaringan tarsokonjungtiva nanti. Tumor dibebaskan dari kulit secara tumpul untuk mempertahankan musculus orbicularis oculi. Ternyata seluruh jaringan tarsokonjungtiva harus diangkat, termasuk tepi kelopak matanya. Kulit dan konjungtiva fornix masih baik, bebas jaringan tumor. Langkah berikutnya adalah rekonstruksi kelopak mata.

Dengan diektirpasinya jaringan tarsokonjungtiva dan tepi kelopak mata dengan kulit tersisa, bagian belakang kelopak mata dikerjakan lebih dahulu. Tarsus inferior diiris 2 mm di bawah tepi kelopak sejajar dengannya (sepanjang $\frac{3}{5}$ tarsus). Irisan yang di bawah ditarik ke atas dan musculus levator palpebrae

dijahitkan di tepi atasnya. Sisa-sisa konjungtiva palpebra dan forniks dijahitkan pada tarsus tersebut. Kulit kelopak yang tersisa, di bagian tepinya dijahitkan kepada tarsus. Demikian pula konjungtiva dijahit tembus ke kulit agar tetap melekat. Bagian kulit yang hilang di tepi kelopak dicangkok dengan kulit dari tempat lain. Untuk mengganti cilia yang hilang, diambil kulit seluruh tebal beserta rambut alis kontralateral sebagai pengganti. Dengan demikian arah rambut alis searah dengan rambut cilia asli (Hughes dalam Fox, 1964).

Blefarorafi dipertahankan hingga 3 bulan untuk mencegah tarikan jaringan parut (Hughes dalam Fox, 1964). Langkah terakhir, setelah 3 bulan, adalah pembukaan blefarorafi, dengan memotong tarsus menjadi dua bagian, sehingga sebagian ikut kelopak atas dan sebagian tetap di bawah.

PENUTUP

Ekstirpasi tumor jinak di kelopak mata, jika masih dimungkinkan tetap mempertahankan kulit mata beserta musculus orbicularis oculi. Hal ini diperlukan untuk kesempurnaan penutupan kelopak mata secara aktif, walaupun jaringan tarsokonjungtiva beserta tepi kelopak mata terpaksa diekstirpasi. Untuk rekonstruksi, jaringan tarsokonjungtiva dibuat dengan jaringan tarsokonjungtiva lawannya. Untuk melengkapi sisi belakang kelopak mata, sisa-sisa konjungtiva dimanfaatkan (Leone, 1982). Blefarorafi dipertahankan sampai diyakini bahwa proses pembentukan jaringan parut selesai dan stabil.

KEPUSTAKAAN

- Doyle, M. J. L. C., & Kemp, M. H. 1975 *A Synopsis of Ophthalmology*, 5th ed. John Wright & Sons Ltd. Publication, Chicago.
- Duke-Elder, S. S. 1973 *Parson's Diseases of the Eye*, 15th ed. English Language Book Society and Churchill Livingstone, London.
- Fox, S. A. (ed.) 1964 *Affection of the Lids*. Little, Brown & Co., Boston.
- Leone, C. R., Jr. 1982 Plastic surgery, in G. L. Spaeth (ed.): *Ophthalmic Surgery: Principles and Practice*, pp. 547-652. W. B. Saunders Co., Philadelphia.
- Perera, C. A. 1957 *May's Manual of the Diseases of the Eye*, 22nd ed. Williams & Wilkins Co., Baltimore.
- Putterman, A. M. 1979 Recent techniques in reconstruction of eye lids, in A. Hornblast (ed.): *Tumor of Ocular Adnexa and Orbit*, pp. 102-110. C. V. Mosby Co., St. Louis.
- Reeh, M. J., Beyes, C. K., & Shannon, G. M. 1976 *Practical Ophthalmic Plastic and Reconstruction Surgery*. Lea & Febiger, Philadelphia.
- Vaughan, D., & Asbury, T. 1980 *General Ophthalmology*, 9th ed. Lange Medical Publication, Los Altos, Calif.
-