

EVISCERASI

Dengan DERMIS-FAT GRAFT

Dipresentasikan pada Simposium Okulopastik dan
Rekonstruksi PIT ke-34
Makassar, 10 Agustus 2008

Dr.Hendriati SpM

Sub.bagian Plastik dan Rekonstruksi
Bagian Ilmu Kesehatan Mata Fakultas Kedokteran
Universitas Andalas/ RS Dr.M.Djamil – PADANG

Pendahuluan

Pada kondisi penyakit tertentu, adakalanya fungsi penglihatan tidak dapat dipertahankan lagi, sehingga yang menjadi masalah berikutnya adalah fungsi kosmetika. Apabila keutuhan bola mata tidak dapat dipertahankan lagi., pada saat itu Dokter mata mesti menentukan pilihan apakah bola mata akan di eviscerasi atau di enukleasi.

Merupakan tantangan bagi Dokter mata untuk mengembalikan fungsi kosmetika pasien agar setelah operasi nantinya mempunyai bentuk yang hampir sama dengan bola mata pasien yang masih baik.

Makalah ini akan mengupas tentang pengangkatan bola mata dan penggunaan implant intra orbital untuk hasil yang lebih baik.

Eviscerasi dan Enukleasi

Eviscerasi adalah membuang semua isi bola mata dengan tetap mempertahankan sclera, kapsula tenon, konjungtiva dan nervus optikus.

Enukleasi adalah mengangkat seluruh bola mata dan sebagian nervus optikus. Konjungtiva bulbi dan kapsula tenon dipertahankan. ^(1,3,4,5)

Keuntungan Eviscerasi

- Nervus optikus dan meningen tidak terganggu
- Lebih cepat dan mudah untuk drainase abses okuler
- Menghindari perdarahan yang berlebihan dari jaringan lunak yang inflamasi
- Sklera tetap intak, sebagai barier terhadap proses supuratif
- Struktur jaringan lunak orbita tidak terganggu
- Fisiologi normal dan gerakan orbita dapat dipertahankan
- Bola mata tetap terfiksasi oleh kapsula tenon, otot-otot ekstraokular dan septum intermuskular
- Secara kosmetik hasilnya lebih baik, dan kelainan socket lebih lambat terjadinya

Ada berbagai pertimbangan kenapa operator lebih memilih tindakan eviscerasi dibandingkan dengan enukleasi. Pada t eviscerasi hilangnya volume orbita serta perubahan anatomi dan fisiologi dapat juga terjadi, namun dengan dipertahankannya lapisan sclera dan jaringan periorbita dapat menambah volume orbita 0,5 cc. ^(2,5,6,7)

Struktur anatomi periorbita pada eviscerasi tidak dirusak dan hubungan antar jaringan kelopak mata dan otot ekstra okuler ke dinding sclera dan forniks tidak diganggu, sehingga perubahan anatomi dan fisiologi yang terjadi tidak seberat pasca enukleasi. Secara kosmetik tentu hasilnya lebih baik dan kelainan socket lebih lambat terjadinya. ^(5,6,7)

Dermis-fat Graft

Cangkok lemak kulit (*Dermis-Fat Graft*) adalah cangkok yang terdiri dari seluruh lapisan kulit dan lemak subkutis di bawahnya setelah lapisan epidermis dibuang.

Secara anatomi kulit dibagi atas 3 lapisan yaitu epidermis, dermis dan subkutis. Epidermis terdiri atas beberapa lapisan yang berhubungan erta satu sama lain. Dari luar ke dalam adalah stratum korneum, stratum lucidum, stratum granulosum, stratum spinosum dan stratum basale. Dermis terdiri atas jaringan fibrosa padat putih yang pada beberapa bagian diselingi oleh jaringan elastic kuning tercampur dengan zat seperti semen dan elemen seluler lainnya. ^(2,4,5)

Di dalam dermis terdapat pembuluh darah, pembuluh limfe, kelenjar, folikel rambut dan ujung-ujung saraf tepi. Ada 2 kelenjar di dalam dermis yaitu: kelenjar keringat dan kelenjar palit.

Di bawah dermis terdapat sub kutis yang terdiri atas jaringan ikat longgar dan liposit-liposit yang menyimpan lemak. Jaringan ini mengandung pembuluh darah, saraf utama dan banyak ujung saraf tepi.

Indikasi penggunaan cangkok lemak kulit ini antara lain adalah:

- sebagai implant orbita baik primer maupun sekunder

- sebagai implant baik primer maupun sekunder pada perbaikan socket apabila diperlukan
- sebagai pengganti implant orbita pada penatalaksanaan implant yang ekstrusi
- untuk pencegahan atau penatalaksanaan dari perlengketan akibat trauma atau infeksi
- untuk mengurangi deformitas sulkus superior pada *post-enucleation socket syndrome*

Cara mengambil cangkok lemak kulit

1. Beri tanda pada kulit daerah paha atas lateral ukuran cangkok yang akan diambil.
2. Lapisan epidermis dibuang dengan cara dikerok
3. Insisi epidermis dengan pisau no. 15
4. Dari epidermis ditembus ke dalam melewati dermis dan lapisan lemak
5. Kira-kira sedalam 2-3 cm lemak digunting, lalu bahan cangkok diangkat dan diletakkan dalam larutan NaCl fisiologis
6. Defek ditutup dengan jahitan *interrupted* pada sub kutis menggunakan vicryl 4/0 dan jahitan kulit menggunakan silk atau nylon 4/0.

Cara kerja Eviscerasi dengan penanaman DFG

1. Peritomi 360^o, bebaskan konjungtiva dari tenon, kemudian bebaskan tenon dari episklera. Undermined konjungtiva sampai ke posterior.
2. Insisi limbus 360^o, kornea dikeluarkan. Isi bola mata dikerok sampai bersih.
3. Sklera di insisi pada 4 tempat diantara otot-otot rektus, mulai dari limbus sampai agak ke posterior
4. Masukkan cangkok lemak kulit ke dalam kantong sclera, jahitkan tepi dermis pada sclera
5. Jahitkan tenon pada tepi dermis

6. Konjungtiva dijahitkan di atas dermis ke konjungtiva. Bila konjungtiva tidak cukup, jahitkan konjungtiva ke tepi dermis atau sedikit di atas dermis untuk tetap mendapatkan forniks yang cukup dalam
7. Masukkan conformer atau protese sementara,
8. Blefarorafi

Penanganan setelah operasi

1. Balut tekan selama 5 hari untuk mencegah terjadinya hematoma dan mempertahankan kontak yang baik antara cangkok dan jaringan sekitarnya.
2. Antibiotika sistemik
3. Anti perdarahan dan analgetika bila diperlukan
4. Hari 6 balut tekan dibuka, jahitan blefarorafi dibuka
5. Conformer atau protese sementara dibuka dan soket dibersihkan. Beri salf antibiotika dan conformer atau protese sementara dimasukkan lagi.
6. Pembuatan protese bisa dilakukan setelah 1 - 2 minggu kemudian.

Hidupnya cangkok tergantung pada 3 tahapan, yaitu:

1. Nutrisi cangkok oleh imbibisiplasma untuk 24-48 jam pertama. Segera setelah cangkok dilepas dari donor pembuluh darah cangkok kolaps. Setelah cangkok ditempelkan pada penerima, terjadi perangsangan pada defek vaskuler penerima untuk mengeluarkan plasma.
2. Inokulasi adalah anastomosis langsung antara pembuluh darah cangkok dan penerima untuk memperbaiki sirkulasi dini dari cangkok. 48 jam setelah dicangkokkan, pembuluh darah cangkok telah sangat dilatasi dan penuh sel-sel darah. Pembuluh darah cangkok beranastomosis dengan pembuluh darah yang ada pada jaringan penerima. Proses ini merupakan sumber terbesar untuk vaskularisasi cangkok. Aliran darah terlihat hari ke 3 setelah pencangkokan. Aliran darahnya lambat dan beresilasi dengan pembuluh darahnya masih rapuh. Pada hari ke 5 aliran darah menjadi satu arah. Perkembangan plexus vaskuler menjadi kompleks arteriol,

kapiler dan venula yang matur baru terjadi pada hari ke 6 sampai ke 8 setelah pencangkokan.

3. Neovaskularisasi adalah pertumbuhan pembuluh darah baru dari penerima yang menembus cangkok. Ini terjadi lebih lambat, setelah hari ke 5 atau lebih.

Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan pencangkokan

1. *Vascular bed* dari penerima. Cangkok memerlukan suplai darah yang cukup dari penerima untuk dapat tumbuh. Karena itu *vascular bed* yang baik sangat penting untuk keberhasilan pencangkokan. *Vascular bed* yang tidak baik antara lain pada kasus-kasus trauma kimia, pasca iradiasi maupun kasus-kasus lain yang mempunyai banyak jaringan parut. Pada penanaman cangkok lemak kulit sekunder (ok. Migrasi atau keluarnya implant sintetik) dianjurkan untuk membuat insisi pada kapsul tenon di beberapa tempat sebelum dijahit ke dermis untuk merangsang vaskularisasi dari penerima.
2. Kontak antara cangkok dan penerima. Kontak yang baik antara cangkok dan penerima sangat penting untuk vaskularisasi cangkok. Fibrin tipis yang mulai terbentuk segera setelah pencangkokan, berperan sebagai lem untuk membuat erat antara cangkok dan penerima. Faktor-faktor yang mempengaruhi kontak antara cangkok – penerima antara lain:
 - a. Adanya hematoma dan seroma antara cangkok dan penerima. Jika hematoma dan seroma masih ada pada waktu 24-36 jam setelah pencangkokan, maka vaskularisasi akan terhambat, karena itu hemostasis yang baik perlu dilakukan sewaktu operasi tanpa merusak pembuluh darah.
 - b. Gerakan antara cangkok dan penerima . hal ini dapat merusak pembuluh darah yang sedang tumbuh dri penerima ke dalam cangkok dan mencegah terjadinya vaskularisasi cangkok. Gerakan ini dapat dicegah dengan memberi tekanan yang adekuat pada cangkok.

3. Trauma pada cangkok. Mengangkat, memegang dan menjahit cangkok sebaiknya dilakukan dengan lembut dan hati-hati untuk mencegah trauma pada cangkok, karena trauma pada cangkok sangat mengurangi kesanggupan cangkok untuk hidup.
4. Pencegahan infeksi yang baik harus dilakukan, karena infeksi dapat menghambat terjadinya vaskularisasi. Kebersihan dan pemberian antibiotik yang optimum perlu dimulai pada 24 jam pertama.
5. Besarnya cangkok yang adekuat, tidak boleh terlalu kecil atau juga terlalu besar.
6. Kelainan sistemik, seperti Diabetes Mellitus, dll.

Kesimpulan

Apabila fungsi penglihatan bola mata tidak dapat dipertahankan lagi, maka fungsi kosmetika menjadi tujuan kita sebagai Dokter mata. Eviscerasi lebih memberi banyak keuntungan dibandingkan dengan enukleasi, tapi pemilihan tindakan tergantung juga pada jenis kasusnya.

Eviscerasi dilakukan sebaiknya langsung dilanjutkan dengan pemasangan implant orbita primer, hal ini bertujuan untuk mengganti volume orbita yang hilang, sehingga nantinya kedudukan protese menjadi lebih baik.

Dermis-fat graft dapat menjadi salah satu alternatif implant orbita, karena disamping mudah mendapatkannya juga murah dan dapat menghindari reaksi penolakan dari tubuh.

Kepustakaan

1. American Academy of Ophthalmology. The Anophthalmic Socket. In Orbit, Eyelid, and Lacrimal System. Section 7. 2008-2009. San Fransisco pp. 123-131
2. Christmas NJ, et al. Evaluation of Efficacy and Complicatios Primary Pediatric Orbital Implants After Enucleation. Arch. Ophthalmol. 2000;118:503-506
3. Khan BS, Khan MN, Shah A, Zia ul Islam. Evisceration, Enucleation, and Exentration: painful but life saving surgical procedures. Pakistan J.Med.Res. 2005;.44:2: 79-81
4. Levine MR. Manual of Oculoplastic Surgery. Third Edition. Butterworth Heinemann. Philadelphia. 2003; pp.257-274
5. Leather Barrow B. Oculoplastic Surgery. Martin Dunitz. London. 2002; pp.305-318
6. Morton AD. Enucleatioan and Evisceration in Chief, Oculoplastic Section. Chapter 23. Naval Medical Center. San Diego. pp 405-419
7. Vittorino M, Serrano F, Suarez F. Enucleation and Evisceration: 370 cases review, Results and Complications. Arch. Soc.Esp.Oftalmol. 2007;82:495-500