

HEMANGIOMA DAN LIMFHANGIOMA

Oleh :

SENTOT SAMIADJI S

LAB. BEDAH FK. UNDIP/RS Dr. KARIADI SEMARANG

SUB BAGIAN BEDAH PLASTIK

APRIL 1993

UPT-PUSTAK-UNDIP

PENDAHULUAN

Hemangioma merupakan tumor pembuluh darah, timbul pada saat kelahiran atau beberapa saat setelah kelahiran.

Lesi ini dapat menimbulkan kecacatan di bidang kosmetik dan apabila mengenai organ - organ penting ataupun berkombinasi dengan kelainan lain dapat berakibat fatal pada penderita.

Hemangioma jenis tertentu dapat terjadi regresi spontan, tetapi pada jenis lain tidak terjadi regresi spontan.

Limfangioma adalah tumor yang tersusun oleh pembesaran pembuluh limphe.

Akibat pendesakan tumor ke organ lain akan menimbulkan kecacatan maupun gangguan fungsi organ.

Pada tulisan ini akan dipaparkan tanda klinis, diagnosa dan terapi daripada hemangioma dan limfangioma. Hemangioma pada tulisan ini akan kami batasi pada hemangioma superfisial.

HEMANGIOMA.

hemangioma merupakan salah satu tumor jinak pembuluh darah vena yang berasal dari proliferasi jaringan angioblastik pada masa kehidupan fetal.

Dimana unsur endothel dan stroma ikut berpartisipasi dalam malformasi tsb. Pembesaran yang cepat dari kapiler hemangioma tertentu merupakan hasil dari kanalisasi dan pembentukan aliran darah pada jaringan angioblastik. Lesi-lesi yang termasuk hemangioma sebenarnya adalah pelebaran dari pembuluh darah yang sebelumnya telah ada.

Spektrum klinis dari hemangioma meliputi lesi-lesi yang telah ada pada saat lahir atau beberapa saat setelah lahir, tumbuh cepat dan segera mengalami regresi spontan, tumbuh secara proporsional dengan pertumbuhan badan dan menetap tanpa perubahan selama sisa kehidupan.

Hemangioma atau disebut juga vasculer nevus, nevus merupakan istilah umum untuk menunjukkan suatu pigmentasi dari neoplasma yang berasal dari pembuluh darah dan

epidermis.

Pada bayi dan anak nevus merupakan tumor jinak terbanyak. Hemangioma atau vasculer nevus berasal dari jaringan mesoderm embrional. Hemangioma yang kecil hanya sedikit berhubungan dengan jaringan pembuluh darah disekitarnya. Sedangkan hemangioma yang besar akan berhubungan dengan pembuluh darah disekitarnya.

Dinding pembuluh darah terdiri atas :

1. Satu lapis sel endothel gepeng.
2. Selubung serabut-serabut retikuler.
3. Sel roset atau perisiten dari Zimmerman yang merupakan sel kontraktile pada selubung retikuler.

Secara histologis hemangioma dibagi menjadi :

Kapiler hemangioma.

Suatu anyaman pembuluh kapiler yang baru terbentuk. Neoplasma hanya mempengaruhi satu segmen pembuluh darah, dimana endothel akan tumbuh keluar dan membentuk pembuluh darah baru. Sel akan berproliferasi sehingga terjadi obliterasi lumen.

Tempat yang umumnya timbul kelainan ini adalah kulit tetapi dapat pula timbul pada membrane mukosa hidung, bibir, lidah, pipi, rektum.

Hemangioma pada kulit biasanya berwarna kemerahan, berbatas tegas, datar, dan menyerupai beludru.

Timbul pada saat lahir berupa suatu titik kecil yang kemudian meluas keseluruh permukaan.

Tempat yang paling sering dijumpai adalah dimuka dan kepala, dimana penyebarannya mengikuti jalannya N.V dan kebanyakan unilateral, berhenti pada garis tengah.

Hemangioma kavernosa.

Jenis ini jarang dijumpai. Tumor ini terdiri dari rongga yang luas atau sinus yang dibatasi oleh endothel serta mengandung jaringan erektil.

Tempat yang sering terkena adalah hepar dan umumnya bersifat

multipel. Tumor ini juga dijumpai pada bibir dan membentuk masa menonjol, dengan perabaan yang lebih hangat dari jaringan sekitar serta kulit di atasnya berwarna kebiruan. Pada penekanan yang lunak dapat mengosongkan isi tumor. Tumor ini dapat menginfiltrasi jaringan subkutan dan otot dibawahnya.

Malignan -hemangioma.

Jenis ini sangat jarang. Timbul pada anak-anak dan dewasa. Terdiri dari proliferasi massa endothel, tetapi struktur vaskuler disekitarnya mengalami obliterasi sehingga untuk mengidentifikasi tumor secara pasti sangat sulit sebagai tambahan metastase jauh dari tumor ini dapat timbul di paru.

Secara patologis hemangioma digolongkan dalam 3 golongan :

1. Hemangioma kapiler.
2. Hemangioma kavernosa.
3. Campuran.

Kebanyakan tumor pembuluh darah dan kelainannya pada kulit dapat dikelompokkan secara histopatologis pada tabel dibawah ini : (5, 6)

Pembuluh darah kapiler.

1. Hemangioma pada bayi. (nevus verrucous, strowberry nevus, benign hemangioendothelioma)
2. Cherry spot.
3. Pyogenic granuloma. (pregnancy granuloma)
4. Angio limphoid hiperplasia.

Pembuluh darah kavernosa.

1. Hemangioma kavernosa.
2. Vascular hamartoma.
3. Blue rubber bleb nevus.
4. Maffuci's syndrome.
5. Keratotic hemangioma.
6. Asteriounous hemangioma.

Hemangioma kapiler. (1, 2, 3, 5, 6)

A. Hemangioma kapiler pada bayi.

Menunjukkan adanya malformasi vaskuler yang timbul pada saat lahir atau beberapa saat setelah lahir. Berbentuk lebar polipoid, menonjol, disertai jaringan dermis dan subkutis berwarna merah cerah sampai ungu tua.

Terminologi dan histogenesis.

Istilah kapiler hemangioma tidak seluruhnya benar oleh karena pada beberapa kapiler hemangioma juga didapatkan kaverna.

Istilah lain, seperti halnya proliferasif dan angioblastik hemangioma dapat pula digunakan. Tetapi istilah itu juga kurang tepat dan sering menimbulkan kerancuan.

Tumor tsb merupakan proliferasi yang terlokalisir dari jaringan angioblastik mesenchym.

Manifestasi dari proliferasi tsb berupa adanya pertumbuhan aktif. Setelah lesi mature dan secara klinis berhenti tumbuh, akan membentuk rongga pembuluh darah sampai besar tertentu sehingga tumor tsb digolongkan sebagai hemangioma kavernosa. Bila tumor tidak alami involusi, tumor akan menetap sebagai organoid tumbuh berlobus - lobus bercampur dengan rongga kapiler dan atau kaverna nature.

B. Strawberry hemangioma (hemangioma simplex). (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7)

Hemangioma strawberry merupakan hemangioma yang paling sering dijumpai dan berasal dari proliferasi imature pembuluh darah kapiler jaringan stroma yang aktif. Lesi ini biasanya tumbuh di kepala dan leher serta badan. Umumnya lesi ini sering dijumpai pada wanita dibandingkan pria.

Kebanyakan strawberry hemangioma timbul pada waktu lahir dan menetap selama 2-3 bulan pertama kehidupan. Bentuk khas lesi ini tumbuh dengan cepat dalam 3-6 bulan, pertumbuhan kemudian melambat dan timbul tanda involusi

antara bulan ke 6 sampai 12. Setelah tahun pertama, seluruh lesi akan mengalami regresi sempurna. Regresi spontan berkisar antara 75-79% pada umur 5 - 7 tahun.

Sewaktu lahir daerah yang alami hemangioma berupa suatu lesi hipopigmentasi dengan pinggir yang terang.

Lesi ini akan tumbuh dengan cepat dan berwarna merah terang, kenyal dan berlokus-lokus. Lesi berbatas tegas.

Pertumbuhan yang cepat dapat menimbulkan deformitas daerah yang terkena.

Pertumbuhan yang cepat dapat menimbulkan ulserasi, lesi yang demikian ini biasanya akan sembuh dengan jaringan parut juga dapat timbul perdarahan dan sekunder infeksi.

Hemangioma yang mengenai jaringan yang lebih dalam dapat menimbulkan obstruksi pernafasan dan kecacatan pada ekstremitas.

Tanda-tanda awal dari regresi berupa perubahan warna dan adanya bercak abu-abu ditengah. Pada saat yang sama lesi menjadi lunak dan mendatar dan luas lesi akan berkurang.

Setelah terjadi regresi sempurna, hemangioma akan menghilang sempurna atau terjadi jaringan parut, atau kerusakan jaringan.

Pada pemeriksaan mikroskopis, didapatkan adanya proliferasi sel endothel dengan sedikit pembuluh darah. Sewaktu lesi membesar tampak adanya pertumbuhan sejumlah pembuluh darah kecil yang akan digantikan oleh jaringan fibrous.

Oleh karena hemangioma strawberry cenderung mengalami regresi sempurna, maka lesi tidak memerlukan terapi.

Pada lesi yang tidak di terapi akan memberikan hasil kosmetik yang lebih baik dibandingkan dengan yang dilakukan terapi.

Pada beberapa hemangioma memerlukan tindakan terapi, oleh karena besar dan pertumbuhannya mengakibatkan kecacatan atau mengganggu fungsi vital seperti pernafasan, penglihatan dan menelan.

Pathologi. (3, 5, 6, 7)

Tumor tersusun oleh sel-sel yang tersusun rapat membentuk dinding pembuluh darah yang tipis, sebesar pembuluh adarah pada umumnya. Pembuluh darah tsb tersusun saling berdekatan dan dipisahkan oleh jaringan stroma fibrous.

Pada beberapa keadaan rongga pembuluh darah tsb, dipisahkan oleh selapis sel yang solid dan menyatu dengan lapisan endhotel rongga-pembuluh darah. Adanya daerah yang solid tsb sering dikacaukan dengan hemangio endhotelioma.

Istilah ini berkonotasi suatu keganasan, lebih baik istilah ini dihindari oleh karena tumor tsb merupakan tumor jinak.

Sel endhotel pada lesi ini berlainan dengan sel endhotel pipih pada hemangioma kavernosa atau pada cherry angioma. Pada hemangioma kapiler aktif, dijumpai sejumlah besar mast sel dan sel tsb tidak dijumpai pada lesi inaktif.

Diagnosa. (1, 2, 4, 5)

Hemangioma kapiler superfisial yang terbatas pada dermis tidak sukar dalam menegakkan diagnosanya.

Sedangkan untuk mendiagnosa lesi besar yang menginfiltrasi subkutis biasanya juga mudah.

Dalam menegakkan diagnosa hemangioma kapiler, berdasarkan bentuk fisik dan gejala :

1. Strawberry nevus.

Lesi tidak nyeri, tetapi lesi yang besar dapat mengalami erosi dan menjadi infeksi.

Lesi berwarna merah kebiruan, menonjol berbentuk polypoid, berbatas tegas.

Pada penekanan ringan, tonjolan akan menghilang.

2. Cherry spot/angioma.

Tidak ada keluhan.

Lesi berwarna merah terang, menonjol, biasanya multipel.

Predileksi pada tubuh bagian atas.

Pada penekanan lesi tidak menghilang.

3. Pyogenic granuloma

Lesi nyeri, mudah berdarah dan terjadi skunder infeksi.

Warna merah terang sampai kecolatan, menonjol tidak berbentuk polypoid.

Lesi umumnya single dan mengenai ekstremitas.

Dapat mengalami erosi, sehingga timbul krusta, ulserasi dan infeksi skunder.

Therapi. (2, 4, 5, 8)

Pengelolaan hemangioma kapiler saat ini dibagi menjadi 2 tahap : a. Konservatif.

b. invasif/operatif.

Konservatif.

Sebagian besar hemangioma kapiler akan mengalami involusi spontan. Lesi tsb akan menghilang dalam 2 tahun pertama kehidupan.

Sedangkan lesi yang timbul setelah umur 7 tahun pada umumnya tidak mengalami involusi spontan .

Tindakan konservatif hanya dilakukan pada lesi yang kecil dan pertumbuhannya lambat.

Dikakukan evaluasi atas besarnya lesi sampai berumur 2 tahun. Dengan cara melakukan foto atas lesi, kemudian dibandingkan pada kunjungan berikut. Hal ini untuk mengetahui terjadi tidaknya involusi spontan dari lesi.

Therapi invasif/operatif.

Tindakan dilakukan apabila:

- lesi besar dan pertumbuhannya cepat.
- lesi timbul setelah umur 7 tahun.
- Tidak terjadi involusi spontan setelah tahap konservatif.

Tindakan invasif dilakukan dengan cara sbb :

1. Therapi kortikosteroid. (1, 2, 4, 6)

Zaren dan Edgerton seperti halnya Fost dan Enterly

telah melakukan terapi kortikosteroid terhadap hemangioma dengan hasil yang baik.

Pengobatan terhadap hemangioma yang tumbuh dengan cepat dengan menggunakan prednison, dilakukan seawal mungkin. Dosis 2 - 5 mg/kgBB/hari, selama 2 - 3 minggu.

Setelah itu dilakukan tapered off secara alternate day, terapi dihentikan apabila terjadi involusi. Terapi diulang apabila timbul lesi baru.

Pemberian kortikosteroid secara topikal juga memberikan hasil yang memuaskan, sedangkan pemberian steroid intra lesi dengan pemberian steroid dosis tinggi pada daerah lesi dapat dilakukabn apabila steroid sistemik gagal. Bila terjadi ulcerasi maka ulcerasi akan sembuh dalam waktu 2 - 3 minggu.

2. Cryosurgery. (1, 2)

Cryosurgery dilakukan dengan menggunakan nitrogen cair atau es kering, dilakukan terutama pada lesi kecil. Pemberian es kering diatas lesi secara periodik dengan interval 1 - 2 minggu akan mempercepat proses involusi dan diakhiri dengan atropi lesi.

3. Laser (1, 2)

Penggunaan laser argon untuk pembedahan, terutama dilakukan untuk pembedahan lesi yang luas.

4. Radiasi (1, 2, 3)

Penggunaan X ray atau radium untuk terapi hemangioma juga dapat dilakukan, meskipun saat ini cara ini belum banyak dikerjakan.

5. Pembedahan (1, 2, 3)

Pembedahan eksisional dapat dilakukan untuk lesi besar maupun kecil.

Untuk lesi besar dapat dilanjutkan dengan rekonstruksi skin graft.

Terapi pembedahan, cryosurgery, radiasi, laser, akan

memberikan hasil yang kurang memuaskan bila dibandingkan dengan hasil secara involusi spontan.

Granuloma Pyogenicum. (1, 2, 4, 6, 7)

Granuloma pyogenicum berupa lesi kecil, biasanya soliter, polipoid, seperti buah raspberry.

Merupakan pertumbuhan neoplastik yang berlebihan dari jaringan granulasi berwarna merah tua. Lesi ini timbul pada permukaan tubuh yang terbuka. Juga timbul pada mulut dan ginggiva, paling sering pada wanita hamil (granuloma gravidarum). Lesi ini juga dapat timbul pada kuku dan ibu jari.

Lesi ini sering dikacaukan dengan melanoma pangkal kuku.

Pada trauma ringan lesi ini mudah berdarah, dan bila dipotong lesi ini dapat segera timbul kembali.

Meskipun lesi ini umumnya timbul pada anak-anak, dapat juga mengenai orang dewasa, pada tempat - tempat yang terkena trauma goresan, lecet, luka bakar.

Pada keadaan ini pyogenic granuloma dapat mempunyai satelit. Pyogenic granuloma dapat timbul di sub kutan dan secara histologis diidentifikasi sebagai hemangioma kapiler.

Histologis.

Lesi terdiri dari epidermis yang tipis dengan pertumbuhan kapiler baru. Kapiler dilapisi selaput sel endotel. Juga dijumpai adanya proliferasi fibroblast pada jaringan stroma yang mengelilingi tumor vaskuler tsb.

Therapi.

Dilakukan eksisi pada lesi diikuti dengan perusakan dasar lesi, untuk lesi yang kecil dapat dilakukan kauterisasi dengan nitras argenti.

Hemangioma kavernosa. (1, 2, 3)

Perbedaan hemangioma kavernosa dengan hemangioma kapiler, pada hemangioma kavernosa terdiri dari pembuluh darah yang alami dilatasi.

Kebanyakan hemangioma kavernosa timbul pada awal kehidupan dan biasanya sudah ada pada saat lahir. Dimana wanita lebih sering terkena dibandingkan pria.

Distribusi lesi pada hemangioma kavernosa seperti halnya strawberry hemangioma dan banyak lesi akan berupa kaverna yang dalam dan mengenai komponen kapiler yang mendasarinya.

Hemangioma kavernosa dapat timbul dikulit, jaringan sub kutan atau keduanya.

Warna dan bentuknya tergantung dari dalamnya proses. Lesi superfisial berwarna merah terang sampai gelap, sedangkan lesi yang dalam akan berwarna kebiruan.

Lesi superfisial permukaannya ireguler, sedangkan lesi yang dalam permukaannya rata dengan batas yang tegas.

Hemangioma kavernosa akan mencapai besar tertentu dengan akibat distorsi dan deformitas pada tempat lesi.

Sifat dasar dari hemangioma kavernosa mirip dengan strawberry hemangioma, tetapi secara umum hemangioma kavernosa pertumbuhannya kurang aktif dan umumnya regresi yang terjadi lambat dan tidak sempurna.

Histologis.

Pada pemeriksaan mikroskopis hemangioma kavernosa menunjukkan adanya dilatasi pembuluh darah. Pembuluh darah tsb dilapisi oleh selapis sel endotel tetapi kadang-kadang terdapat fibrosis dinding pembuluh darah. Pada sel endotel tampak adanya filamen protein vimentin.

Diagnosa. 1, 2, 4)

Diagnosa hemangioma kavernosa berdasarkan bentuk fisik yang dijumpai oleh karena lesi biasanya tanpa keluhan.

Bentuk fisik :

- Ukuran bervariasi dari kecil sampai besar berbatas tegas dengan bentuk noduler.

Pada perabaan kistik, penekanan ringan akan menghilang secara perlahan dan terisi kembali.

- Warna lesi superfisial merah kebiruan sampai ungu.
- Umumnya mengenai ekstremitas dan unilateral.

Pathologi. (1, 2, 3, 4)

Hemangioma kavernosa umumnya merupakan campuran dari dilatasi pembuluh darah yang dibatasi sel endothel gepeng, pembuluh darah tsb tersusun longgar tetapi kadang tersusun rapat. Pada pembuluh darah yang melebar tsb dijumpai adanya perubahan jaringan fibrous dari dinding pembuluh darah. Pada pembuluh darah yang melebar tsb tampak adanya trombus, susunan trombus akan membentuk trombi yang merupakan kalsifikasi plebolit, kadang-kadang plebolit tsb sangat berlebihan sehingga tampak pada X foto.

Therapi.

Tidak seperti halnya kapiler hemangioma pada bayi yang cenderung terjadi involusi dalam 2 tahun pertama kehidupan. Hemangioma kavernosa tidak timbul pada masa bayi dan cenderung melakukan pembesaran progresif. Maka pada hemangioma kavernosa tidak dilakukan tindakan konservatif.

Terapi hemangioma kavernosa (1, 2, 3, 4, 6, 7)

a. Therapi kortikosteroid.

Diberikan prednison 2-5 mg/kgBB/hari selama 2 minggu kemudian dosis diturunkan secara bertahap.

Pemberian prednison harus memperhatikan hal sbb :

- Pertumbuhan cepat dengan akibat kecacatan.
- Terkenanya struktur vital.
- Obstruksi mekanis orifisium.
- Perdarahan dengan atau tanpa thrombositopenia.
- Ancaman kardiovaskuler.

b. Pemberian kortikosteroid intra lesi.

c. Eksisional

Pada tindakan ini kadang timbul kesulitan oleh karena hemangioma dapat menginfiltrasi sebagian besar otot. Lesi yang luas bila dilakukan eksisi dapat mengakibatkan kecacatan atau hilangnya fungsi organ yang terkena.

Nevus flameus (port wine stain). (1, 2, 5, 6, 7)

Lesi biasanya unilateral dan berlokasi diwajah dan leher meskipun demikian lesi ini dapat meluas sampai pertengahan badan. Timbul saat lahir, berupa makula merah yang kecil sampai bercak kemerahan yang besar.

Menghilang secara komplit atau sebagian pada penekanan. Warnanya bervariasi dari merah jambu sampai kebiruan. Sering kali mengenai membran mukosa mulut.

Meskipun permukaan nevus flameus rata, pada perkembangan selanjutnya dapat menjadi nodul-nodul vaskuler.

Lesi tsb biasanya menjadi lebih kebiruan atau jingga dengan bertambahnya umur, meskipun lesi itu kadang menjadi samar tetapi tidak menghilang.

Nevus flameus nuchae. (1, 2, 5, 6, 7)

Disebut juga 'stork bite' merupakan defek kongenital yang umumnya dijumpai pada kulit. Lesi banyak dijumpai pada garis tengah antara protuberantia dengan ujung spina vertebra servikal V, berupa sumbu panjang keatas dan kebawah.

Mid line nevus flameus. (6, 7)

Disebut juga 'salmon patch', berlokasi pada glabella atau pada palpebra superior. Lesi ini cenderung menghilang pada anak-anak.

Penyebab sampai saat ini masih belum diketahui, tetapi diduga akibat defek pertumbuhan aliran darah neural. Perubahan histologis yang terjadi tak jelas.

Therapi.

1. Tatoo

Dilakukan tatoo pada lesi dengan menggunakan pigmen yang sesuai dengan pigmen penderita. Tetapi hal ini sulit dilakukan oleh karena sulit mencocokkan warna yang sesuai dengan warna kulit penderita.

2. Laser

Terapi laser juga digunakan pada lesi ini dengan hasil yang cukup memuaskan, yang sering digunakan laser argon selain itu juga digunakan CO2 laser, Neodymin-YAG laser. Laser tidak akan menimbulkan jaringan parut.

Lymphangioma. (3, 4, 7, 8)

lymphangioma adalah tumor yang tersusun oleh pelebaran pembuluh limphe yang dilapisi oleh selapis sel endotel. Besar dan gambaran klinisnya bervariasi menurut dalamnya lesi.

Pembesaran pembuluh limphe yang terlokalisir tsb oleh karena obstruksi kongenital sehingga terjadi kistik higroma, limphangiomatosis dan limphedema, meskipun kedua kelainan tsb secara klinis berbeda tetapi secara embriologis dan patologis sama.

Secara embriologis sitim limpe berasal dari :

- Sepasang kantong di leher yang berhubungan dengan v. Jugularis.
- Sebuah kantung pada mesenterium.
- Sepasang kantung yang berhubungan dengan v. Sciatica.

Seluruh sistim pembuluh limpe berasal dari tempat-tempat tsb. Obstruksi dan skuestrasi dari pembuluh limpe akan menyebabkan kelainan klinis, tergantung dari kelainan anatomisnya, Oleh karena itu, obstruksi pembuluh limpe mesenterium atau omentum menyebabkan kista intraperitoneal yang besar, dimana sumbatan atau skuestrasi pembuluh limpe pada leher atau jaringan subkutan akan menyebabkan kistik higroma yang khas.

Limphangioma dapat digolongkan menjadi :

a. Limphangioma jinak, yang termasuk jenis ini adalah :

- Limphangioma simpleks.
- Limphangioma sirkum skriptum.
- Limphangioma kavernosa.
- Limphangioma kistikum koli. (Kistik higroma)
- Limphangiektasis. (Milroy's disease)

b. Limphangioma ganas

- Limphangiosarkoma.

Limphangioma simpleks. (7, 8)

Limphangioma simpleks dapat timbul sebagai nodul tunggal atau membentuk suatu kelompok. Nodule berwarna merah keabuan. Nodule dijumpai pada bibir, genitalia, lidah dan menyebabkan pembesaran struktur organ, menyebabkan makroglosia dan makrochelia.

Limphangioma kutis sirkumskriptum. (7, 8)

Lesi ini tersusun oleh nodule kepucatan dan verukosa, tampak pada kulit wajah, dada dan ekstremitas. Dan kadang-kadang berhubungan dengan teleangiiektasi. Pada pemeriksaan mikroskopis tampak pelebaran pembuluh limfe daerah epidermis. Epidermis diatas lesi akan mengalami atrofi, akantosis dan hiperkeratosis.

Limphangioma kavernosa. (3, 4, 7, 8)

Limphangioma dapat berupa lesi yang kecil maupun besar. Bila mengenai jari tangan dapat menyebabkan makrodaktili. Pada pemeriksaan mikroskopis didapatkan pelebaran pembuluh limfe yang dapat meluas sampai jaringan dibawahnya.

Limphangioma kistikum koli (Kistik higroma). (4, 8)

Lesi umumnya timbul pada trigonum koli posterior, fossa supraklavikula, aksila, dada, lipat paha dan ekstremitas.

Jarang sekali timbul di regio submandibula dengan perluasan ke intra oral dan regio pre vertebral cervical dengan penekanan saluran pernafasan.

Kistik higroma dapat meluas ke daerah mediastenum.

Pembesaran dapat timbul pada waktu lahir (50-60%), pembesaran terjadi secara bertahap dan tampak jelas pada usia 2 tahun.

Kistik higroma berupa lesi yang berbatas tegas dan ireguler. Pada pemeriksaan transiluminasi, memberikan hasil positif kecuali bila terjadi perdarahan atau infeksi maka lesi akan membesar dengan cepat. Kulit diatas lesi umumnya sehat dan

teregang. Kistik higroma tidak mengalami involusi spontan. Kadang-kadang terjadi lesi multipel yang saling berhubungan. Kistik higroma merupakan kista dengan dinding tipis dan berisi cairan kekuningan.

Disekitar kista primer terdapat kista anakan yang melakukan infiltrasi kedalam pembuluh darah, saraf serta organ disekitarnya.

Kistik higroma tampak sebagai massa dengan konsistensi seperti busa sabun dan didapatkan adanya infiltrasi ke jaringan normal.

Meskipun melakukan infiltrasi ke jaringan normal, lesi ini merupakan proses jinak.

Diagnosa.

Kistik higroma pada leher bersifat lunak, kenyal dan pada pemeriksaan transluminasi positif.

Pada bayi baru lahir dapat timbul pembesaran massif pada leher, yang mengenai lidah dan laring, sehingga menyebabkan sumbatan jalan nafas. Lidah dapat sangat besar sehingga anak tidak dapat menutup mulutnya. Sedangkan penekanan pada jaringan periodontal akan menyebabkan gagal tumbuhnya gigi dan pertumbuhan yang berlebihan dari mandibula. Lidah pada anak tidak hanya membesar tetapi juga ditutupi oleh nodul-nodul infeksi dengan diameter 1-2 mm.

Sedangkan kistik higroma pada badan dan ekstremitas dapat dikacaukan dengan dengan hemangioma tetapi hemangioma konsistensinya lebih kenyal dan biasanya berwarna merah kebiruan oleh karena adanya peningkatan vaskularisasi dipermukaan.

Pada keadaan infeksi, kistik higroma akan membesar, warna kemerahan serta nyeri tekan pada penekanan, pada pemberian antibiotik tidak memberikan respon.

Infeksi tsb akan menyebabkan timbulnya jaringan fibrous disekitar lesi, hal ini akan menyulitkan tindakan eksisi.

Sedangkan perdarahan yang tiba-tiba kedalam kista akan menyebabkan nyeri, konsistensinya menjadi keras dan massa menjadi fixed.

Terapi. (7, 8)

Terapi kistik higroma adalah pembedahan seawal mungkin, meskipun hal tsb dilakukan pada neonatal. Dianjurkan untuk menunda operasi apabila massa kista mengenai nervus facialis. Operasi ditunda sampai anak berumur 6-10 tahun untuk memberi kesempatan anak dan nervus tumbuh.

Hal ini dilakukan untuk menghindari komplikasi yang terjadi seperti paralise nervus fasialis, infeksi dan komplikasi lain.

Ringkasan

Telah dibicarakan mengenai diagnosa, terapi pada hemangioma dan limphangioma.

Pada hemangioma dapat dilakukan terapi konservatif dan operatif, tergantung dari jenis hemangioma nya. Pada hemangioma kapiler akan mengalami regresi spontan, maka dapat dilakukan terapi konservatif tetapi bila dalam waktu yang diharapkan yaitu selama 2 tahun pertama kehidupan lesi tidak alami regresi spontan maka dilakukan terapi operatif. Sedangkan pada hemangioma kavernosa, dilakukan terapi operatif oleh karena lesi tidak mengalami regresi spontan.

Limphangioma kadang-kadang sulit dibedakan dengan hemangioma tetapi pada umumnya limphangioma konsistensinya kistik, dan tidak menghilang pada penekanan serta warnanya sama dengan kulit sekitarnya.

Terapi pada limphangioma, dilakukan eksisi seawal mungkin kecuali bila lesi mengenai saraf maka tindakan dapat ditunda sampai anak agak besar.

KEPUSTAKAAN

1. Arnold H.L, Odom R.B, James WD. Disease of the skin. 8th Ed. Philadelphia W.B. Saunders co, 1990 : 682 - 702.
2. Arnot KA. Manual of Dermatologic therapeutic. 4th Ed. Boston : Little Brown 7 Co. 1989 : 156 - 9.
3. Boyd W. Pathology for the surgeon. 7th Ed. Philadelphia : WB Saunders Co. 1955 : 637-73.
4. Converse JM, Reconstructif Plastic Surgery. 2nd Ed. Philadelphia. WB Saunders Co. 1977. 2792-96, 2856-74.
5. Fitzpatrick TB, Dermatology in general medicine. 3th Ed. New York. Mc Graw Hill Book Co. 1987. 1059-67.
6. Moschela S. Hurley HJ. Dermatology 2nd Ed. Philadelphia. WB. saunders Co 1985. 1595-1610.
7. Sabiston DC. Text Book of Surgery. 11th Ed. Philadelphia. WB saunders Co . 1977. 1673-89.
8. Raffens Pergrek JG. Swenson Pediatric surgery. 5th Ed. Norwack. Connecticut. Appleton & lange 1990. 157-71.