

Diagnosis dan Tatalaksana Steatosistoma

Puridelko Kamar¹, Sri Lestari²

Abstrak

Steatosistoma adalah suatu kista intradermal yang umumnya asimtomatik dimana kista tersebut berisi sebum dengan karakteristik khas terdapat kelenjar sebacea pada dinding kista yang dilapisi epitel berlapis gepeng. Steatosistoma dapat muncul sebagai lesi tunggal (*steatocystoma simplex*) dan dapat juga multipel (*steatocystoma multiplex*). Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik serta pemeriksaan histopatologi (jika diperlukan). Masih belum ada terapi standar untuk steatosistoma, terapi sistemik dengan pemberian retinoid oral, tetracyclin 1 gr/ hari, atau minosiklin 100-200 mg/ hari. Terapi lokal dengan injeksi glukokortikoid intralesi. Tindakan dengan cryosurgery dan radiofrequency. Terapi bedah dengan simple aspiration, eksisi bedah, insisi bedah, serta terapi dengan laser karbondioksida dan laser Er:Yag. Pasien umumnya memiliki keluhan kosmetik, sehingga deteksi dini dan tatalaksana yang baik sangat diperlukan.

Kata kunci: Steatosistoma, diagnosis, tatalaksana

Abstract

Steatocystoma is an intradermal cyst that commonly asymptomatic and the cyst consist of sebum that characteristic sebacea gland on the cyst wall with cornified stratum corneum. Steatocystoma can be singular (steatocystoma simplex) and multiple (steatocystoma multiplex). Diagnosis based on anamnesis, physical examination and histopathology examination (if needed). There were still no gold standar therapy. Sistemik therapy with oral retinoid, tetracyclin 1g/day or minocyclin 100-200 mg/day. Local therapy with intralesional glucocorticoid. Cryosurgeru and radiofrequency. Surgery with simple aspiration, excision, laser CO2 and Er:Yag laser. Patient usually complain about cosmetic disturbance, so early detection and prompt therapy is needed.

Keywords: Steatocystoma, diagnosis, therapy

Afiliasi penulis : 1. PPDS Dermatologi dan Venereologi Fakultas Kedokteran Universitas Andalas, Padang, 2. Bagian Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUP dr. M. Djamil Padang/Fakultas Kedokteran Universitas Andalas, Padang.

Korespondensi : Puridelko Kamar [puridelko@yahoo.co.id]
Telp: 0751-810256

PENDAHULUAN

Steatosistoma adalah suatu kista intradermal yang umumnya asimtomatik, berisi sebum dengan karakteristik khas terdapat kelenjar sebacea pada dinding kista yang dilapisi epitel berlapis gepeng.¹ Steatosistoma merupakan penyakit malformasi hamartomatosa dari saluran pilosebacea. Steatosistoma dapat muncul tunggal (*steatocystoma simplex*) dan dapat juga multipel (*steatocystoma multiplex*).^{1,2}

Steatosistoma pertama kali dilaporkan oleh Jamieson pada tahun 1873 di Inggris, dan istilah ini kemudian dipopulerkan oleh Pringle pada tahun 1899. Kista biasanya muncul pada masa remaja dan dewasa muda dan tidak ada predominan jenis kelamin. Dari mana asal terbentuknya steatosistoma masih merupakan teori yang hingga kini masih diteliti, tetapi terdapat beberapa teori yang menyokong, diantaranya adalah muncul dari hasil retensi kista sebaceous yang bersifat nevoid, hamartoma atau varian dari kista dermoid, keterlibatan faktor hormonal, trauma, infeksi, dan reaksi imunologis.¹⁻⁴

Pada *steatocystoma multiplex* umumnya terdapat riwayat keluarga, namun tidak demikian

dengan *steatocystoma simplex*. Beberapa peneliti telah menghubungkan antara munculnya *steatocystoma multiplex* dengan *ichthyosis*, *koilonychia*, *eruptive vellus hair cysts*, *pachyonychia* kongenital tipe 2, *acrokeratosis verruciformis of Hopf*, *hypertrophic lichen planus*, *hypohidrosis*, hipotiroidisme, hidradenitis supurativa, hipotrikosis, dan beberapa penyakit lainnya.^{3,4}

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan klinis serta histopatologi dan jika diperlukan dilakukan pemeriksaan genetik. Pengobatan topikal dianggap kurang efektif karena obat tidak dapat menembus hingga ke dalam dinding kista. Teknik bedah serta laser dianggap terapi yang cepat dan dapat digunakan pada sejumlah lesi dalam satu sesi terapi, namun teknik bedah umumnya tidak dilakukan pada kista dengan jumlah yang banyak.^{3,4}

Meskipun gejala yang muncul umumnya menyebabkan masalah kosmetik ringan, namun steatosistoma ini dapat sangat mengganggu penderitanya.⁴ Oleh karena itu, diperlukan tatalaksana yang baik dan efektif.

STEATOSISTOMA

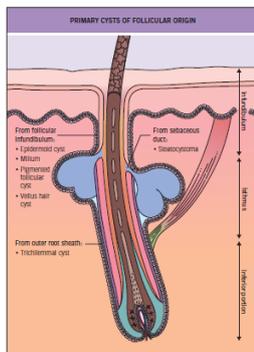
Steatosistoma adalah suatu kista yang jarang ditemukan, secara klinis ditandai dengan kista intradermal yang umumnya asimtomatik dimana kista tersebut berisi sebum dengan karakteristik khas terdapat kelenjar sebacea pada dinding kista yang dilapisi epitel berlapis gepeng.^{1,2,4}

Steatosistoma merupakan suatu kasus jarang, umumnya mulai muncul pada masa remaja dan akhir usia dewasa muda dan kemudian menetap, dimana rata-rata pada usia 26 tahun yang mendukung patogenesis faktor keterlibatan hormonal, dapat juga muncul pada neonatal, usia pertengahan dan pada usia tua.⁴⁻⁶

Insiden steatosistoma masih belum diketahui, namun terdapat 36 laporan kasus yang telah dilaporkan hingga tahun 2016.^{4,7} Di Poliklinik Kulit dan Kelamin RS dr M Djamil Padang terdapat 5 kasus steatosistoma dari tahun 2011 hingga 2016 (data tidak dipublikasi).

Steatosistoma awalnya dianggap sebagai kista sebacea atau kista retensi dan merupakan malformasi hamartomatous dari kelenjar pilosebaceous akibat kelainan perkembangan saluran sebum, retensi kista sebacea yang bersifat nevoid atau varian dari kista dermoid. Dimana pada steatosistoma memiliki ciri suatu 'kista sebaceous', yaitu pada kista tersebut mengandung sebum dan tampak lobulus kelenjar sebaceous pada dinding kista.^{3,5-9} Teori lain yaitu akibat tingginya aktivitas unit pilosebacea, faktor hormonal, trauma, infeksi, dan reaksi imunologis.^{1,4,10-15}

Steatocystoma multiplex (sebocystomatosis, epidermal polycystic disease) dengan gejala berupa kista yang sangat banyak. Gangguan ini dapat diturunkan secara autosomal dominan. Ada yang ditemukan hanya pada satu generasi, dua generasi hingga terdapat laporan kasus yang melaporkan hingga lima generasi dengan steatosistoma.^{1,4,5} Namun pada beberapa kasus tidak ditemukan adanya riwayat keluarga. Tidak terdapat perbedaan jenis kelamin antara laki-laki dan perempuan.³⁻⁶



Gambar 1. Asal primer kista folikular⁴

Lesi ini juga dapat ditemukan dengan penyakit lainnya, diantaranya pada sindrom seperti *Alagille syndrome* dan *pachyonychia congenital* tipe II. Pada *pachyonychia congenital* tipe II, lesi tersebut berhubungan dengan mutasi pada kromosom K17/ gen keratin 17 (gen *KRT17*), dan 10 serta K6b. Pada *eruptive vellus hair cysts* tidak ditemukan kelainan pada keratin 10.¹⁻⁶

Gejala Klinis

Lesi steatosistoma umumnya dengan gejala klinis papul atau nodul atau kista yang asimtomatik ataupun sedikit gatal ataupun nyeri (jika terinfeksi), lambat tumbuh dengan lesi berupa papul atau kista berwarna kuning atau sewarna kulit hingga biru tua dengan predileksi umumnya pada badan (gambar 2),

leher, lengan atas, skrotum, dada, ketiak, bokong, payudara, selangkangan dan ekstremitas bagian proksimal dan pada beberapa kasus dapat muncul pada wajah dan kulit kepala. Daerah sternum umumnya dikenai pada laki-laki (gambar 3).^{1,4-6,10,11}

Steatosistoma dapat muncul berupa lesi tunggal (*steatocystoma simplex*) ataupun multipel (*steatocystoma multiplex*). Onset munculnya kista umumnya pada masa remaja atau dewasa muda. Kista umumnya muncul atau menjadi lebih besar pada masa pubertas.^{4,5,6,11} Dengan diameter bervariasi mulai dari beberapa milimeter hingga beberapa sentimeter (0.2~2 cm), tetapi nodul dapat menjadi lebih besar.¹¹ yang mengalirkan cairan berminyak atau berbentuk krim yang khas jika di lakukan insisi. Umumnya tidak terdapat punctum di atas kista.^{2,10}



Gambar 2. *Steatocystoma multiplex*, kista multipel sewarna kulit pada badan¹

Jika lesi terjadi pada daerah yang lebih dalam, umumnya kista menjadi lebih sewarna kulit dan bila lesi superfisial umumnya berwarna kekuningan. Lesi biasanya tanpa gejala dan beberapa mungkin menjadi meradang, supurasi, dan sembuh dengan jaringan parut. Telah ada beberapa laporan kasus *familial clustering* dan bentuk kongenital dari *steatocystoma multiplex* yang dilaporkan.^{2,10}

Terdapat varian yang jarang yaitu pada wajah dan akril serta bentuk *steatocystoma congenital linear* yang langka. Varian jarang yang lain yaitu *steatocystoma simplex* juga ditemukan pada kelopak mata seorang anak berusia 4 tahun tanpa ada riwayat keluarga. Steatosistoma dapat bertahan tanpa ada batas waktu, dan umumnya tanpa gejala kecuali untuk keluhan kosmetik.^{1,4,5,7,8}

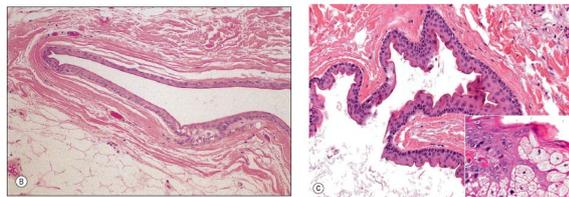
Steatocystoma multiplex berupa lesi yang berbentuk kubah (*dome-shaped*) yang translusen dan umumnya terjadi perubahan warna menjadi kekuningan seiring dengan penambahan usia. Epidermis umumnya normal tanpa ada *punctum* pada bagian tengahnya, namun pada beberapa kasus, *punctum* dapat muncul dengan gambaran yang tidak begitu jelas, serta lesi berupa komedo juga dapat ditemukan.^{2,11}

Lesi steatosistoma dapat terjadi supurasi, menyebabkan pembentukan sinus dan jaringan parut.^{1,4} Jika terjadi ruptur spontan dari kista, dapat menyebabkan jaringan parut, yang menyerupai akne konglobata akut. Gambaran klinis yang menyerupai akne disebut *steatocystoma multiplex suppurativa*.^{1,2,4} Steatosistoma juga dapat muncul berupa *steatocystoma multiplex conglobata*, dengan distribusi diskret dan pada beberapa kasus jarang dengan distribusi linear.⁴

Steatocystoma multiplex pada wajah dan kulit kepala dibagi menjadi tiga tipe, yaitu 1) *facial papular*

variant type, 2) *sebocystomatosis* dan 3) kista yang hanya terdapat di kulit kepala. Menurut daerah yang dikenai, penyakit ini dapat dikelompokkan menjadi lokalisata, generalisata, fasial dan akral.^{2,10,11} Terdapat laporan kasus steatosistoma pada lokasi yang tidak biasa dari dua wanita yang tidak memiliki hubungan kekeluargaan. Steatosistoma multipleks ditemukan pada usia yang lebih tua dan hanya pada vulva.¹⁰

Pemeriksaan penunjang untuk menegakkan diagnosis steatosistoma salah satunya adalah dengan pemeriksaan histopatologi dan juga dapat dilakukan pemeriksaan genetik. Pada pemeriksaan histopatologi didapatkan pada dinding kista, epidermis yang terdiri dari epitel berlapis gepeng yang mengandung kelenjar sebaceous dan tidak ditemukannya lapisan granular (gambar 3). Juga terdapat kutikula eosinofilik pada sisi luminal dinding kista, dapat juga ditemukan keratin, minyak, dan rambut pada lumen.¹



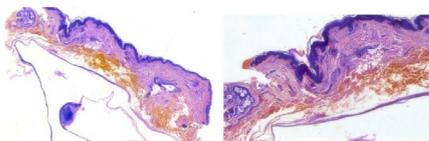
Gambar 3. Histopatologi steatosistoma (pewarnaan hematoksilin eosin)⁴

Steatocystoma multiplex adalah kista duktus nevoid dan kelenjar sebaceous yang berasal dari folikel sebaceous. Kista berhubungan dengan epidermis oleh *epithelial cord*, sisa infundibulum folikular. Infundibulum tersebut mengandung sebosit. Beberapa area dari *epithelial cord* mengandung lumen yang dipenuhi debris keratinosit, korneosit, sebosit, atau rambut.⁴

Pada umumnya ditemukan epidermis yang normal dengan kista di bagian tengah, dan pada beberapa kasus jarang kista dapat tampak di subkutan. Dinding kistik dilapisi oleh epitel berlapis gepeng, dengan lobulus kelenjar sebaceous ditemukan pada dinding kista atau bersebelahan dengan dinding kista. Lumen kista dilapisi oleh kutikula eosinofilik homogen tebal dan lapisan granular tidak ditemukan.^{4,10}

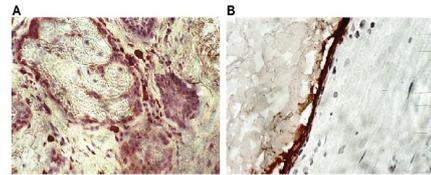
Pemeriksaan histopatologis juga dapat tampak *multinucleated giant cells* dan limfosit di dinding kista, dan sel-sel dan *large lining cell* dengan sitoplasma granular yang berdekatan dengan lapisan sel epitel *steatocystoma* yang khas. Beberapa kista terkadang tidak ditemukan ciri histopatologis khas *steatocystoma multiplex*, sehingga terkadang dibutuhkan *multiple biopsy*.⁴

Aspirasi lesi dapat ditemukan cairan yang tampak kotor berwarna kekuning-kuningan, dimana jika dilihat di bawah mikroskop, akan tampak struktur kristal, debris amorf dan *anucleate squames* yang menyerupai sel-sel.^{4,5} Penelitian diperlukan untuk mengidentifikasi isi *small lobulus sebaceous* atau daerah yang berdekatan dengan dinding kista.²



Gambar 4. Histopatologi steatosistoma (pewarnaan hematoksilin eosin)²

Pada gambar 4, tampak kista dermal dilapisi oleh epitel berlapis gepeng yang tipis, tanpa lapisan granular dan dilapisi oleh selapis tipis lapisan kutikula eosinofilik yang bergerigi yang tidak teratur (*corrugated eosinophilic cuticle*). Lobulus sebaceous berukuran kecil ditemukan pada dinding kista atau berbatasan langsung dengan dinding kista.²



Gambar 5. Gambaran histopatologi dengan pewarnaan imunoperoxidase¹²

Pada gambar 5, (b) tampak sel kista dan serat saraf disekitar glandula sebaceous dimana tidak didapatkan sebosit. (b) Gambaran *vasoactive intestinal peptide receptor (VIP-R) specific monoclonal antibody 109.10* pada lapisan matur sel epitel dari *steatocystoma multiplex*.¹³

Terdapat kasus linear steatosistoma multipleks unilateral pada seorang wanita berusia 20 tahun dengan distribusi linear dimana nodul muncul pada bagian lengan bawah kiri pada daerah ventral. Lesi asimtomatik, tampak berwarna kekuningan dan tidak cepat membesar. Kasus serupa tidak ditemukan pada anggota keluarganya yang lain. Salah satu lesi dibiopsi dan pada mikroskop tampak kista dermal, terdiri dari epitel dan keratin. Pada bagian dinding kista, dapat ditemukan sebosit *single* dan multipel.¹²

Kasus yang tidak biasa dari steatosistoma multipleks linear kongenital yang terlokalisasi hanya pada daerah hidung, tanpa adanya anggota keluarga yang memiliki penyakit yang sama, dapat ditemukan bahan seperti cairan berminyak ketika salah satu kista ditusuk, pada pemeriksaan histopatologi tampak epidermis yang normal dan pada bagian atasnya tampak kista dermal yang memiliki komposisi dinding epitel skuamosa berlapis tanpa lapisan granular.¹³

Diagnosis dan Tatalaksana

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan klinis dan histopatologi. Biopsi kulit dilakukan jika diagnosis masih diragukan. Pemeriksaan gen keratin merupakan sebuah pemeriksaan novel pada mutasi gen p.Arg94Gly dari keratin 17 di Cina, dimana didapatkan riwayat keluarga dengan steatosistoma multipleks. Terdapat penelitian lain yang menemukan terdapat tiga mutasi kromosom pada steatosistoma, yaitu pada c.280C/T (R94C), R94H and N92S.^{4,12}

Pada pasien dengan steatosistoma multipleks, oligodontia dan kelainan parsial persisten pada gigi utama yang terkait dengan pemeriksaan novel, terjadi mutasi keratin 17 pada lokus 17q12-q21, yaitu bagian gen yang mengatur *helix initiation motif*.⁴

Eruptive vellus hair cysts dapat menyerupai steatosistoma *multiplex*. Dimana pada *eruptive vellus hair cysts* dapat ditemukan beberapa helai rambut velus pada bagian sentral dan di dalam lumen dinding folikel. Diferensial diagnosis lain dari steatosistoma *multiplex* yaitu *umbilical granuloma piogenic*, *urachal cyst/remnant*² serta *epidermal inclusion cysts*. Patogenesis penyakit tersebut diatas diperkirakan sama.¹

Steatosistoma multipleks konglobata, secara klinis sulit untuk dibedakan dengan hidradenitis supurativa, akne konglobata dan akne vulgaris yang

resisten retinoid. Metastase adenokarsinoma pulmonal juga telah dilaporkan dapat *misdiagnosed* dengan *steatocystoma multiplex*. Steatosistoma dengan lokasi di sekitar payudara sulit dibedakan dengan lesi payudara, pada *steatocystoma mammary*, dengan pemeriksaan mamogram tampak lesi berupa nodul radiolusen berbentuk bulat dengan pinggir rata dengan pinggir radiodensitas yang tipis.⁴

Pada pemeriksaan ultrasonografi tampak berupa nodul intradermal hipoekoik, nodul isoekoik atau lesi dengan *mix echoic* dan terdapat *debris fluid level*. Kombinasi dari temuan diatas beserta adanya riwayat keluarga dan adanya nodul ekstensif bilateral dapat mengkonfirmasi diagnosis steatosistoma multipleks.⁴

Fox fordyce, multiple epidermoid cysts, xanthomatosis, neurofibromatosis dan *syringoma* merupakan diferensial diagnosis yang lain. *Fox Fordyce Disease* (FFD) dapat dipertimbangkan sebagai diferensial diagnosis jika terdapat papul berwarna kemerahan hingga kekuningan di dada atau perut. Untuk membedakannya dibutuhkan pemeriksaan klinis dan histopatologi.^{4,11}

Diferensiasi pada dinding kista steatosistoma *multiplex* juga dapat lebih mengarah kepada kelainan pada unit sebaceous. Duktus sebaceous dan selubung luar akar rambut terdiri dari sel-sel yang sama, tetapi undulasi dan penipisan lapisan tanduk dan adanya sel sebaceous pada dinding kista merupakan gambaran khas dari steatosistoma. Sel-sel saluran sebaceous, seperti sel-sel selubung akar luar, juga mengandung glikogen dan *amylophosphorylase* yang berlimpah, keratin tanpa interposisi granula keratohialin dan pada pemeriksaan mikroskop elektron, juga tampak keratinisasi yang mempertahankan ikatan antar desmosom.^{4,16-19}

Kista pilar dan lipoma dapat menyerupai *steatocystoma multiplex*. Namun, secara klinis, *steatocystoma multiplex* umumnya mengeluarkan cairan yang lebih cair, kista pilar umumnya terdapat pada kulit kepala, dan lipoma dengan perabaan kista yang lebih lunak, lebih dalam, dan tanpa punktum. Pemeriksaan histopatologi dapat membedakan berbagai macam kista ini.^{1,20}

Umumnya alasan pasien berobat adalah masalah kosmetik. Aspirasi dengan jarum dapat mengurangi ukuran lesi dan tidak membesar hingga berbulan-bulan. Kista dapat menetap tanpa ada batas waktu tertentu. Meskipun biasanya yang muncul adalah masalah kosmetik ringan, namun dapat juga sangat mengganggu. Hingga kini, masih belum ada terapi standar untuk steatosistoma multipleks. Tatalaksana umumnya berdasarkan pengalaman dan literatur. Berbagai metode terapi steatosistoma telah dilaporkan, mulai terapi sistemik, lokal, bedah dan laser.^{4,21,22}

Teknik bedah dianggap terapi yang cepat, dan dapat digunakan pada sejumlah lesi dalam satu sesi terapi. Umumnya didapatkan hasil kosmetik yang baik. Namun operasi kadang-kadang tidak dapat dilakukan karena jumlah kista yang banyak. Pengobatan steatosistoma memberikan hasil bervariasi dan kebanyakan untuk mengurangi peradangan, mengurangi jaringan parut, dan mengurangi kemungkinan untuk harus dilakukannya operasi kista kembali.^{4,16}

Pengobatan steatosistoma supuratif diindikasikan untuk menghindari terbentuknya jaringan parut dan mengurangi inflamasi dengan memberikan terapi antimikroba disertai dengan insisi dan drainase. Pengobatan klasik adalah dengan memberikan antibiotik golongan tetrasiklin.^{4,23-25}

Terapi dengan isotretinoin dilaporkan efektif pada beberapa pasien, namun, pada sebagian pasien menyebabkan perburukan kondisi. Telah dilaporkan kekambuhan paska terapi isotretinoin. Dosis isotretinoin yang digunakan 0,5-1 mg/kgBB/hari, namun ada juga yang menggunakan dosis 2,5-5 mg/kgBB/hari selama 3-6 bulan.²⁶⁻²⁷

Pasien dapat memerlukan intervensi medis pada lesi dengan deformitas yang tampak signifikan ketika terapi bedah tidak dapat dilakukan. Namun, pada terapi isotretinoin diharapkan efek penurunan aktivitas kelenjar sebaceous walaupun pada tiap orang dapat memberikan hasil yang tidak sama. *Flare* dan rekurensi setelah pemberian isotretinoin telah dilaporkan.²⁴ Beberapa pengobatan yang telah dicoba antara lain:

1. Terapi sistemik

Kasus steatosistoma *multiplex* supuratif dapat diterapi dengan isotretinoin, meskipun ukuran dan jumlah lesi tidak dapat dikurangi, lesi meradang dapat berkurang dengan pemberian retinoid oral.^{1,7} Dosis isotretinoin yang digunakan 0,5-1 mg.kgBB/hari, namun ada juga yang menggunakan dosis 2,5-5 mg.kgBB/hari selama 3-6 bulan.^{21-23,25}

Isotretinoin oral adalah pengobatan yang efektif untuk lesi dalam keadaan inflamasi tetapi tidak untuk kista non-inflamasi. Hal ini menunjukkan isotretinoin bekerja sebagai anti-inflamasi dibandingkan dengan efek mengurangi laju ekskresi sebum.²

- Alternatif lain kista yang dalam kondisi inflamasi dapat diobati dengan insisi dan drainase, *triamcinolone* intralesi, tetrasiklin 1 gr/ hari, atau minosiklin 100-200 mg/ hari.

2. Terapi lokal

Topikal

Pengobatan topikal dianggap kurang efektif karena obat tidak dapat menembus hingga ke dalam dinding kista

Injeksi glukokortikoid intralesi

Lesi yang sedang inflamasi telah dilaporkan memberi respon terhadap injeksi steroid (*triamcinolone*) intralesi.^{1,7,18}

3. Tindakan

Cryosurgery

Cryosurgery telah lama digunakan sebelumnya namun memiliki tingkat keberhasilan yang terbatas dimana dapat menyebabkan sekele berupa jaringan parut. Kekurangan *cryotherapy* salah satunya adalah nyeri selama prosedur terapi, kemungkinan terbentuknya lepuh, dan juga kemungkinan terbentuknya hipopigmentasi paska inflamasi ataupun hiperpigmentasi paska inflamasi dan juga dapat memicu terbentuknya skar.^{15,18}

Radiofrequency

Teknik bedah sederhana yang dimodifikasi menggunakan frekuensi radio (RF) instrumen *Bosco*, dengan kekuatan 2,4 MHz. Dilaporkan lebih dari 25 kista telah di obati dengan teknik ini. Sayatan mini yang berukuran 1-2 mm pada kista, mengikuti *rest skin tension line* (RSTL), dengan anestesi lokal menggunakan sayatan dari *probe* instrumen RF. Semua lesi sembuh tanpa bekas luka atau hiperpigmentasi pasca inflamasi. Pengobatan ditolerir dengan baik oleh pasien.^{14,24}

Terapi bedah

Kista dapat menjadi makin meluas dan lebih sulit untuk diobati. Berbagai pilihan terapi bedah telah digunakan dalam pengobatan steatosistoma multipleks. Pada beberapa kasus: sisi atau drainase

dengan cara menghilangkan lesi dinding kista secara manual menghasilkan resolusi klinis yang baik.^{1,2}

Simple aspiration

Aspirasi dengan jarum ukuran 18 gauge telah berhasil digunakan dalam meminimalkan jaringan parut pada lesi di wajah, meskipun terdapat beberapa laporan tentang rekurensi setelah penggunaan teknik ini. Walaupun bekas luka pasca operasi yang minimal, tingkat kekambuhan yang cukup tinggi telah dilaporkan.⁴

Teknik aspirasi tidak cocok untuk lesi yang berukuran lebih besar dan kista yang telah mengalami kalsifikasi dan memiliki kelemahan dalam tingginya tingkat kekambuhan yang cukup tinggi pada kasus dengan dinding kista yang tidak dipotong tuntas atau belum di ablas seluruhnya.

Variasi dari simple aspiration

Pada penggunaan *simple aspiration*, terdapat laporan mengenai modifikasi metode ini, yaitu dengan insisi dan ekstirpasi isi kista tanpa mengganggu dinding kista, dimana hal tersebut telah terbukti sukses dan tidak menimbulkan jaringan parut dan tingkat rekurensi yang cukup rendah. Teknik ini dianggap sebagai pengobatan pilihan untuk lesi pada wajah dan kista dengan diameter lebih kecil dari 1,5 cm. Namun terapi ini tidak dapat dilakukan pada lesi dengan ukuran yang lebih besar, lesi yang telah lama (*mature lesion*) dan lesi dengan isi dan konsistensi kista yang lebih padat.^{1,18,19}

Eksisi bedah

Eksisi bedah adalah metode yang paling umum dilakukan, operasi eksisi dengan *elips excisions* atau *flaps* seringkali tidak praktis untuk lesi luas dan pada lesi yang telah muncul infeksi sekunder dimana hal tersebut dapat memperlama waktu penyembuhan dan risiko munculnya jaringan parut. Eksisi dan kemudian diikuti dengan pengangkatan kista telah digunakan sebelumnya, dengan hasil yang bervariasi.¹⁸

Insisi bedah

Insisi pada terapi kista merupakan salah satu metode terapi yang banyak digunakan. Sayatan mini berukuran 1 mm dengan pisau bedah no. 11 kemudian diikuti dengan pengeluaran isi kista dan ekskultasi dinding kista menggunakan kuret berukuran 1mm. Hal ini mengakibatkan jaringan parut minimal dan tingkat kekambuhan yang rendah.¹⁵

Sebuah teknik bedah yang telah dimodifikasi, digunakan pada lebih dari 50 lesi, salah satunya dengan menggunakan kauter yang berujung tajam diikuti dengan mengeluarkan isi kista melalui dinding kista dibantu dengan *hook*. Teknik ini mengakibatkan jaringan parut yang lebih minimal dan sedikit bekas berupa hipopigmentasi dan dengan angka rekurensi yang rendah.¹⁶ Teknik baru dengan sayatan kecil, 2-3 mm, diikuti dengan mengeluarkan dinding kista dengan *hook phlebectomy* dilaporkan lebih baik terutama dari sisi kosmetik dan tanpa adanya rekurensi.^{18,20,21}

Terapi laser

Laser karbondioksida

Laser karbondioksida ablas telah digunakan untuk pengobatan beberapa lesi selama sesi pengobatan tunggal, tanpa anestesi, persentase kekambuhan rendah, dan hasil estetika yang baik.^{8,18}

Laser Er:Yag

Lesi *steatocystoma multiplex* diterapi dengan laser Erbium Yag tanpa anestesi lokal, dengan kekuatan 400

mJoule/pulse, 50.9 J/cm, dengan *spot size* berukuran 1-mm, di daerah aksila, tungkai, dan wajah. Digunakan 500 mJoule/pulse, 63.6 J/cm pada dada bagian anterior. Cairan berminyak dan kental (*creamy*) keluar dari punctum yang diakibatkan laser Er: Yag tersebut. Salep tetrasiklin topikal dioleskan setelah terapi. Tidak ada infeksi sekunder dan lesi sembuh tanpa meninggalkan skar. Tidak ada rekurensi setelah di lakukan *follow up* selama tiga bulan. Penggunaan Laser Erbium Yag yang dikombinasikan dengan tetrasiklin ointment memberikan hasil yang cukup memuaskan dan dapat ditoleransi dengan baik.⁴

Lesi dapat meradang akibat pecahnya dinding kista dan karena kebocoran isi kista ke dalam dermis, atau karena infeksi bakteri. Supurasi dan jaringan parut dapat muncul setelahnya. Alternatif terapi pada kista dalam kondisi inflamasi yaitu dengan insisi dan drainase.²³⁻²⁵

Laporan kasus mengenai teknik bedah sederhana pada *steatocystoma multiplex*. Pasien di tatalaksana dengan teknik insisi yang telah dimodifikasi. Caranya dengan melakukan tusukan menggunakan kauter berujung tajam pada kista dengan anestesi lokal dan dilakukan pengeluaran isi kista dengan cara memencet kista dengan *forceps*. Kemudian, dinding kista ditarik dengan forsep dan kantung kista diekstraksi sehingga keluar isi kista melalui lubang-lubang kecil. Lebih dari 50 kista dapat dilakukan menggunakan cara tersebut.²³

Terdapat laporan kasus tatalaksana *steatocystoma multiplex* di wajah dengan menggunakan laser CO2 tanpa anestesi, kemudian isi kista dievakuasi dengan cara menekan kista dengan sepasang forsep. Hal ini memberi hasil yang baik tetapi pengobatan terbatas pada lesi yang terlokalisasi di area estetik yang penting.³ Dengan laser karbondioksida, terdapat kemungkinan munculnya jaringan parut dan hiperpigmentasi pasca inflamasi setelah membuang dinding kista disamping terapi ini kurang efektif dalam hal biaya.²⁴

Tatalaksana steatosistoma multipleks pada wajah menggunakan teknik sederhana dengan memasukkan ujung jarum dan dilakukan ekstirpasi isi kista tanpa membuang dinding kista dengan anestesi krim topikal sebelum ekstirpasi dan setelah ekstirpasi diberikan antibiotik topikal untuk mencegah infeksi sekunder. Hal tersebut ditoleransi dengan baik oleh pasien, tidak ada komplikasi dan tidak ada kekambuhan selama 10 bulan *follow up* dan prognosis yang cukup baik.²⁵ Pengobatan *steatocystoma multiplex* dengan radio frekuensi adalah pengobatan yang pertama kali dilaporkan di India pada tahun 2010.^{4,16}

Prognosis

Steatosistoma multipleks adalah penyakit tumor jinak. Pada beberapa pasien, mungkin memiliki implikasi psikososial akibat lesi yang luas atau jaringan parut pada varian inflamasi, yaitu steatosistoma supurativa. Prognosis steatosistoma multipleks baik. Tidak ada laporan mengenai transformasi menjadi maligna.^{4,13}

SIMPULAN

Steatosistoma adalah suatu kista intradermal yang umumnya asimtomatik dimana kista tersebut berisi sebum dengan karakteristik khas terdapat kelenjar sebaceous pada dinding kista yang dilapisi epitel berlapis gepeng. Steatosistoma dapat muncul sebagai

lesi tunggal (*steatocystoma simplex*) dan dapat juga multipel (*steatocystoma multiplex*).

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis dimana terdapat keluhan kista yang asimtomatik pada daerah predileksi dan adanya riwayat keluarga. Pada pemeriksaan klinis didapatkan kista intradermal berbentuk kubah (*dome-shaped*) yang translusen dengan ukuran 0,2-2cm dan pemeriksaan histopatologi terdapat kista dengan dinding epitel berlapis gepeng yang mengandung kelenjar sebacea dan tidak ditemukan stratum granulosum. Masih belum ada terapi standar untuk steatosistoma multiplex, namun dapat digunakan terapi sistemik dengan retinoid oral, tetrasiklin 1 gr/ hari, atau minosiklin 100-200 mg/ hari, terapi lokal dengan injeksi glukokortikoid intralesi, tindakan dengan *cryosurgery*, *radiofrequency*, terapi bedah dengan *simple aspiration*, eksisi bedah, insisi bedah, serta terapi dengan laser karbondioksida dan laser Er:Yag.

DAFTAR PUSTAKA

1. Thomas VD, Swanson NA, Lee KK. Benign epithelial tumors, hamartomas, and hyperplasias. In: Wolff K Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, editor. Fitzpatrick's TB. Dermatology in general medicine. Eight editions. New York, McGraw Hill; 2012. P.1335-36.
2. Bologna JL, Orlow SJ. Cyst. Dalam: Bologna JL, Jorizzo JL, Ronald R, Horn TD, Mascaro JM, Mancini AJ, *et al.*, editor. Dermatology. Philadelphia: Elsevier Limited Mosby; 2003. p.935.
3. Kamra HT, Gadgil PA, Ovhal AG, Narkhede RR. Steatosistoma *multiplex*-A rare genetic disorder: A case report and review of the literature. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2013; 7(1):166-168.
4. Sabbagh MMA. Steatosistoma multiplex: A review. Journal of Dermatology & Dermatologic Surgery. 2016; 20:91-99.
5. Kumar LKS, Kuriyen N, Menon PV. Steatocystoma multiplex of face: A case report. International Journal of Case Report and Images. 2014; 5(3):207-210.
6. Araujo KM, Denadai R. Clinical Misdiagnosis of Steatocystoma Simplex of Eyebrow in a Pediatric Patient. Chin Med J. 2016; 129:377-78.
7. Mohan KH. Steatosistoma multiplex presenting as asymptomatic nodules on back. Journal of Pakistan Association of Dermatology. 2009; 19:247-49.
8. Fekete GL, Fekete JE. Steatosistoma multiplex generalisata partially suppurativa-case report. Acta Dermatovenereologica Croatica. 2010; 18(2):114-19.
9. Almeida, Jr HL, Basso P. Linear unilateral steatosistoma multiplex. Journal European Academy Dermatovenereology, 23: 2009: p169-243.
10. Tamam YM. Linear congenital steatocystoma multiplex. Korean Journal Dermatovenereology, 2000; 1-6.
11. Ballester I, Ávila AL, Ortiz S. Fox-fordyce disease with an atypical clinical presentation. Italian Dermatology Online Journal. 2012: p10-14
12. Ed Rook A, Wilkinson DS, Ebling FJB, Juara RH, Burton JL. Rook's Textbook of Dermatology. 8th edition. Oxford: Blackwell Publication; 2010. p.65-71
13. Attiyeh V, Kalafi KA, Reza NM. Oral steroid therapy in the treatment of dermatological diseases: Review of the literature. Egyptian Dermatology Online Journal. 2014; 10(2):1-7.
14. Panchaprateep R, Tanus A, Tosti A. Clinical, dermoscopic and histopathologic features of body hair disorders. Journal American Academy Dermatology. 2015; 72(5):890-99.
15. Kao PH, Hsu CK, Lee JYY. Clinicopathological study of fox fordyce disease. Journal of Dermatology. 2009; 36:485-90.
16. Kim SJ, Park HJ, Oh ST, Lee JY, Cho BK. A Case of steatosistoma multiplex limited to the scalp. Annals Dermatology Seoul. 2009; 21(1):106-108.
17. Chaves MY. Cutaneous manifestations of systemic malignancies: Part 2. Actas Dermosifiliographica. 2013; 104(7):543-53.
18. Adams B, Shwayder T. A case of generalized steatosistoma multiplex sparing the midface and acral structures. Journal American Academy of Dermatology. 2008; 1-6.
19. Kaya TI, Ikizoglu G, Kokturk A, Tursen U. A simple surgical technique for the treatment of steatosistoma multiplex. International Journal of Dermatology. 2001; 40:785-88.
20. Rossi R, Cappugi P, Battini ML, Mavilia L, Campolmi P. CO2 laser therapy in a case of steatosistoma multiplex with prominent nodules on the face and neck. International Journal of Dermatology. 2003; 42:302-304.
21. Rahman MH, Islam MS, Ansari NP. Atypical steatosistoma multiplex with calcification. International Sudan Dermatology. 2011; 1-3.
22. Kim SJ, Park HJ, Oh ST, Lee JY, Cho BK. A case of steatosistoma multiplex limited to the scalp. Annals Dermatology (Seoul). 2009; 21(1):106-9.
23. Liu Q, Wu W, Lu J, Wang P. Steatocystoma multiplex is associated with the R94C mutation in the KRT17 gene. Molecular Medical Report. 2015; 12(4):5072-76.
24. Choudhary S, Koley S, Salodkar A. A modified surgical technique for steatosistoma multiplex. Journal Cutaneous Aesthetic Surgical. 2010; 3(1):25-28.
25. Park JH, Her Y, Chun BM, Kim CW, Kim SS. A case of eruptive vellus hair cysts that developed on the labium major. Ann Dermatol. 2009; 21(3):294-296.
26. Düzova AN, Sentürk GB. Suggestion for the treatment of steatosistoma multiplex located exclusively on the face. International Journal Dermatology. 2004; 43:60-62.

-
27. Zang D, Zhou C, la M, Ma X, Zhang J. *European Journal Dermatology*. Steatocystoma multiplex. 2011; 21:142-44.