

Penatalaksanaan hemimaksilektomi pada karsinoma mukoepidermoid palatum durum: laporan kasus

¹Muh. Irfan Rasul, ²Borman Sumadji, ³Hendro S. Yuwono

¹Bagian Bedah Mulut Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Hasanuddin, Makassar.

²Bagian Bedah Mulut dan Maksilofasial Fakultas kedokteran Gigi Universitas Padjadjaran, Bandung

³Subbagian Bedah Vaskuler Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran, Bandung
Indonesia

ABSTRAK

Karsinoma mukoepidermoid (KME) merupakan salah satu tumor ganas yang sering terjadi pada kelenjar ludah, kelenjar ludah mayor dan minor, yang umum terjadi pada usia dekade kedua hingga ketujuh. Gejala klinis dari KME dapat berupa pembengkakan yang asimtomatik, kokoh dan terfiksasi serta kadang-kadang berwarna biru atau merah. Laporan kasus ini menyajikan kasus dari pasien yang datang ke Rumah Sakit Hasan Sadikin dengan keluhan penonjolan di daerah palatum durum yang tidak menimbulkan gejala. Dari hasil pemeriksaan spesimen pada Bagian Patologi Anatomi didiagnosis dengan KME, sehingga dilakukan hemimaksilektomi dan rekonstruksi defek dengan menggunakan obturator serta dilanjutkan dengan tindakan *adjuvant* berupa radioterapi. Setelah mendapatkan perawatan tersebut kondisi pasien makin membaik.

Kata kunci: glandula saliva, karsinoma mukoepidermoid, hemimaksilektomi

ABSTRACT

Mucoepidermoid Carcinoma (MEC) is one of the most common salivary gland malignancies. Commonly rise in mayor or minor salivary gland from second to seventh decade of life. The clinical sign of MEC can appear as asymptomatic swelling, firm and fixated. Which are sometimes fluctuant and have a blue or red color. This paper report one case from patient who has come to the Hasan Sadikin General Hospital complaining asymptomatic swelling at the left palatum durum. From Pathologic examination it is diagnosed as Mucoepidermoid Carcinoma Tumor. The treatment to this patient was Hemimaksilektomi and obturator was used defect reconstruction and radioterapy as adjuvant therapy. Patient condition become better after treatment

Keywords: mucoepidermoid carcinoma, hemimaxillectomy, salivary gland

PENDAHULUAN

Karsinoma mukoepidermoid (KME) merupakan tumor ganas yang sering ditemukan pada kelenjar saliva dan berjumlah sekitar 12-29% dari semua tumor ganas pada glandula saliva. Tumor ini didefinisikan sebagai neoplasma epitel glandula malignant yang ditandai dengan adanya mukus, sel intermediat dan epidermoid, dengan gambaran *columnar*, *clear* dan *oncocytoïd*. Tumor ini pertama kali diperkenalkan oleh Masson dan Berger pada tahun 1924. Pada tahun 1945, Stewart dkk menunjukkan adanya sekret mukus dan sel epiderma sehingga menetapkan keadaan ini sebagai suatu keadaan yang patologis.¹⁻³

Meskipun berkembang pada berbagai usia tetapi KME paling sering antara dekade ketiga dan keenam serta sering ditemukan pada wanita dibandingkan pria. Kira-kira setengah dari tumor ini (53%) terjadi pada kelenjar ludah mayor; glandula parotid (45%), kemudian disusul oleh kelenjar ludah minor pada palatum.¹

Secara klinis, kebanyakan KME yang ditemukan pada palatum, terbatas tegas, terfiksasi, penonjolan berwarna biru atau merah, dan kadang mirip dengan lesi vaskuler. Mukosa palatum tempat perlekatan tumor dapat berbentuk papila dan memperlihatkan erosi superfisial pada korteks tulang. Lesi biasanya tidak nyeri; tetapi kadang gejalanya menimbulkan nyeri, parestesia, disfagia, dan mudah berdarah.^{4,5}

Secara histologi, keganasan KME diklasifikasi ke dalam *low*, *intermediate*, dan *high* berdasarkan gambaran sitologi, pola penyebaran, dan tipe sel yang dominan. Prognosis KME bervariasi, tergantung dari *clinical stage* dan *histological grade*. Pada artikel ini dipaparkan tentang KME pada palatum seorang wanita, yang diterapi dengan hemimaksilektomi dan terapi *adjuvant* berupa radioterapi pascaoperasi.^{6,7}

Kasus

Seorang wanita datang ke RS. Hasan Sadikin (RSHS) dengan keluhan penonjolan di daerah langit-

langit sebelah kiri, yang sejak 1,5 tahun yang lalu. Pasien pernah mendapat perawatan di rumah sakit lain berupa biopsi insisi dan pencabutan gigi molar rahang atas kiri karena keluhan penonjolan tersebut, kemudian dilakukan pemeriksaan patologi anatomi, menunjukkan *karsinoma mukoepidermoid* pada palatum.

Pasien dirujuk ke RSHS. Dari pemeriksaan status generalis dan klinis ekstraoral dalam batas normal, sedangkan status lokalis tampak penonjolan di palatum durum bagian kiri berukuran 2x1x1cm, permukaan licin, warna sama dengan jaringan sekitar, tidak ada ulkus, batas difus, tidak dapat digerakkan dari dasarnya, konsistensi kenyal, nyeri tekan positif. Dari pemeriksaan penunjang, seperti pemeriksaan laboratorium, foto panoramik dan torak AP, diketahui hasil pemeriksaan tersebut dalam batas normal.

Setelah dilakukan pemeriksaan, lalu diputuskan untuk dilakukan hemimaksilektomi dan VC batas untuk menentukan lokasi batas perluasan tumor di daerah palatum. Setelah dilakukan hemimaksilektomi dilakukan pemeriksaan PA di RSHS dengan nomor sedasi PB.110307, menunjukkan hasil *low-grade karsinoma mukoepidermoid* dan untuk merehabilitasi defek bekas tumor dilakukan pemasangan protesis maksilofasial berupa obturator, dilanjutkan dengan terapi *adjuvant* berupa radioterapi. Pada pasien ini dilakukan radioterapi selama 6 minggu dengan dosis 30 x 200 rad.

Diagnosis diferensial dari *mucoepidermid carcinoma* meliputi *necrotizing sialometaplasia*,

pleomorfic adenoma, *cystadenoma*, dan *cystadenocarcinoma* untuk *low-grade mucoepidermoid carcinoma*. *Squamous cell carcinoma* dan *adenosquamous carcinoma* untuk *high-grade carcinoma mucoepidermoid*. Serta *clear cell tumor* untuk *clear cell* yang merupakan variasi dari karsinoma mukoepidermoid.¹²

Perawatan tumor ini ditentukan berdasarkan lokasi, *histopatology grade*, dan *clinical stage* dari tumor. Tingkatan awal dari tumor pada glandula parotid dapat dilakukan *parotidectomy* subtotal dengan melindungi nervus fasialis. Tumor dengan tingkatan lebih lanjut dapat dilakukan *parotidectomy* total dengan mengorbankan n.fasialis. Karsinoma mukoepidermoid *low-grade* pada glandula salivarius minor dapat dilakukan eksisi sampai batas jaringan normal tetapi pada karsinoma mukoepidermoid *high-grade* dapat dilakukan reseksi luas. Pada pasien ini dilakukan hemimaksilektomi serta VC batas untuk mengetahui batas perluasan tumor. Bagi pasien tumor yang melibatkan kelenjar limfe dapat dilakukan *neck dissection*, dan terapi *adjuvant* berupa radioterapi bagi tumor yang dicurigai agresif.^{13,14}

Operasi tumor yang melibatkan reseksi maksila dan struktur di sekitarnya dapat dibedakan atas *partial maxillary resection* dengan membiarkan atap dan bagian superior dinding posterior antrum, *total maxillary resection*, dan keterlibatan ethmoid dengan menyisakan bola mata, dan *total maxillary resection*, melibatkan ethmoid dan pengangkatan bola mata. Salah satu faktor penyulit pada kasus



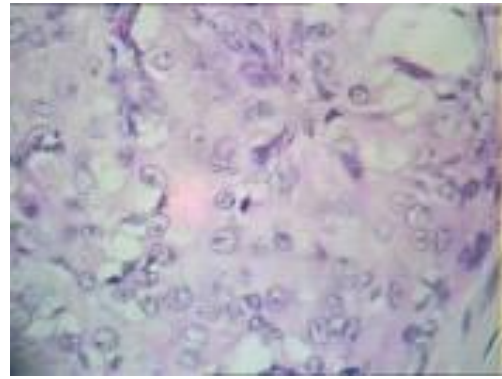
Gambar 1 Gambaran ekstraoral pasien, tampak gambaran lateral kiri, anterior, dan kanan menunjukkan wajah simetris dan tampak normal



Gambar 2 Gambaran klinis intraoral menunjukkan penonjolan pada palatum durum kiri dan gambaran ronsen panoramik menunjukkan gambaran yang normal



Gambar 3A Pengangkatan KME dengan cara hemimaksilektomi pada palatum kiri, **B** fragmen maksila serta tumor



Gambar 6 Hasil pemeriksaan histopatologi pasien (100x), KME tipe *low grade*



Gambar 4A Pasca hemimaksilektomi, tampak ekstraoral pasca penjahitan, **B** intraoral tampak pemasangan boster untuk rekonstruksi sementara defek sebelum pembuatan obturator



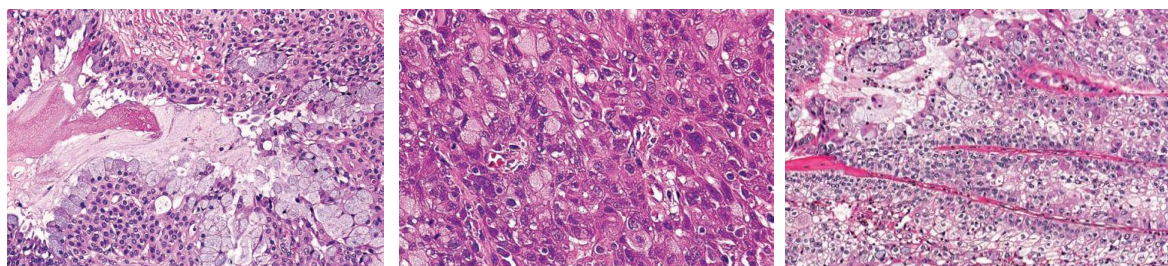
Gambar 5A Menunjukkan gambaran klinis POD XI setelah pembuatan obturator, **B** gambaran intraoral setelah obturator dilepaskan

bedah tumor di maksila adalah sulitnya evaluasi penyebaran tumor sehingga kadang dikombinasi dengan radiasi pascaoperasi. Pada kasus ini dilakukan hemimaksilektomi parsialis dengan memperhatikan ronsen panoramik; tampak resorpsi tulang akibat tumor belum sampai menyebar hingga atap antrum. Pada tipe ini dilakukan pola insisi *Weber-Ferguson* dimulai dari filtrum mengikuti ala nasi hingga lateral

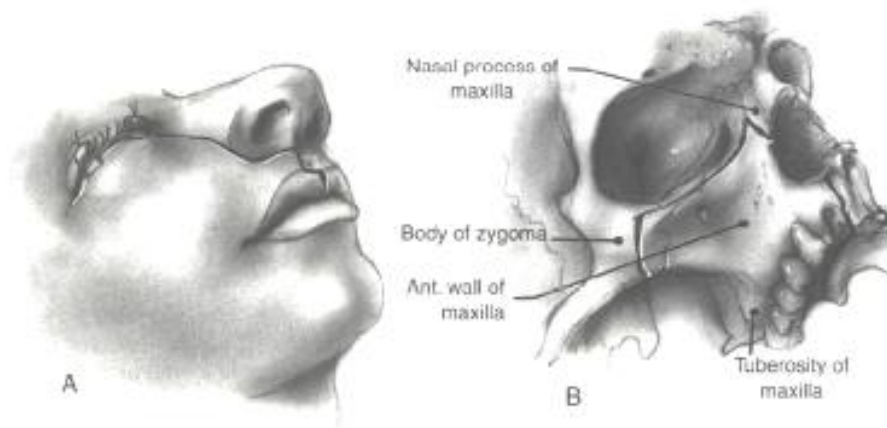
nasal, kemudian dilanjutkan dengan insisi di daerah vestibulum rahang atas untuk membebaskan jaringan lunak sehingga tulang maksila terlihat dengan jelas. Setelah itu dilakukan pengangkatan tumor dengan melakukan reseksi maksila dengan menggunakan *chisel* atau gigli sampai batas yang telah ditentukan. Hasil akhirnya akan memperlihatkan hubungan langsung antara rongga mulut dan antrum. Daerah defek yang ditinggalkan akibat reseksi maksila dapat direhabilitasi dengan menggunakan obturator sehingga memberi kesempatan luka operasi sembuh dan melindungi luka operasi dari debris atau sisa makanan yang dapat mengakibatkan infeksi. Selain fungsi tersebut, obturator juga berfungsi selama proses pengunyahan, menelan dan berbicara.¹⁵

Radioterapi pascaoperasi dindikasikan, antara lain tumor ganas dari gambaran histopatologi termasuk jenis *high-grade* tanpa memperhatikan batas tepi daerah operasi; batas daerah operasi sangat dekat atau secara mikroskopik masih tampak sel tumor yang berdekatan dengan struktur vital; tumor sifatnya rekuren yang sebelumnya pernah dilakukan reseksi tanpa memperhatikan *grade* dan gambaran histopatologinya; tumor yang telah menginvasi ke kulit, tulang, nervus, atau jaringan ekstra glandula; adanya keterlibatan limfe nodus regional; terdapat sisa jaringan yang tidak dapat dilakukan reseksi.

Untuk beberapa gambaran histopatologi kecuali KME *low-grade*, *adenoid cystic carcinoma*, *acinic cell carcinoma* atau *low-grade adenocarcinoma*,



Gambar 6A *Low-grade* KME, **B** *high-grade* KME, **C** *intermediate-grade* KME¹⁰



Gambar 7A Pola insisi Weber-Ferguson, **B** pola *limited* atau *partial* maxillectomy.¹⁵

secara klinis biasanya neoplasma diterapi dengan 5.000-5.500 cGy. Ukuran pemberian perhari sekitar 180-200 cGy. Efek samping dari radiasi ini adalah serostomia, yang biasa terjadi pada dosis 2.500-3.000 cGy sehingga perawatan kebersihan rongga mulut harus dilakukan secara agresif.¹⁶ Prognosis terhadap tumor ini tergantung dari *stage* dan *grade*. Pasien yang dengan *low-grade* umumnya memiliki prognosis yang baik. Rekurensi lokal dan metastase regional jarang terjadi, sekitar 90% pasien ini dapat sembuh. Prognosis pasien dengan *intermediate-grade* sedikit lebih buruk dibandingkan dengan *low-grade*. Sedangkan pasien dengan tumor *high-grade* angka *survival*-nya sekitar 30-54%. Prognosis KME pada kelenjar ludah minor baik karena karena kebanyakan tumor pada daerah ini termasuk *low-grade* dan *intermediate-grade*. Setelah pasien menjalani operasi pengangkatan tumor, perlu dipertimbangkan untuk merekonstruksi defek akibat pengangkatan tersebut. Untuk memperbaiki kualitas hidup pasien tersebut biasanya digunakan prosthesis maksilofasial, seperti

obturator; sedang pada pasien yang telah mengalami operasi pengangkatan tumor di area wajah sehingga menimbulkan kerusakan luas dapat direkonstruksi dengan menggunakan flap.^{8-10,17}

Dari kajian penanganan ini, disimpulkan bahwa KME merupakan tumor ganas yang sering terjadi pada kelenjar saliva mayor dan minor. Pada kelenjar minor lokasi yang paling sering adalah pada daerah palatum. Tumor ini berdasarkan histopatologinya dibagi ke dalam 3 kelompok yaitu KME *low-grade*, KME *intermediate*, dan KME *high-grade*.

Perawatan pada tumor tergantung *stage* dan *grade*, serta lokasi dari tumor tersebut. Untuk jenis KME atau tumor yang dicurigai agresif pada daerah palatum biasanya dilakukan eksisi meluas atau hemimaksilektomi dan dikombinasikan dengan radioterapi sebagai terapi *adjuvant*. Jika bermetastase ke kelenjar limfe, dapat dilakukan *neck dissection* radikal. Prognosis pasien KME ini umumnya baik untuk tumor *low-grade* dan *intermediate grade*, sedangkan *high grade* prognosinya jelek.

DAFTAR PUSTAKA

1. Pires FR, Pringle GA, Almeida OP, Chen SY. Intraoral minor salivary gland tumors: A clinicopathological study of 546 cases. *Oral Oncol* 2007;43(5):463-70
2. Rapidis AD, Givalos N, Gakiopoulou H, Stavrianos SD, Faratzis G, Lagogiannis GA, dkk. Mucoepidermoid carcinoma of the salivary glands. Review of the literature and clinicopathological analysis of 18 patients. *Oral Oncol* 2007;43(2):130-6
3. Triantafillidou K, Dimitrakopoulos J, Iordanidis F, Koufogiannis D. Mucoepidermoid carcinoma of minor salivary glands: A clinical study of 16 cases and review of the literature. *Oral Dis* 2006; 12(4):364-70
4. Aro K, Leivo I, Makitie AA. Management and outcome of patients with Mucoepidermoid carcinoma of major salivary gland origin: A single institution's 30-year experience. *Laryngoscope* 2008;118(2):258-62
5. Brandwein MS, Ivanov K, Wallace DI, Hille JJ, Wang B, Fahmy A, dkk. Mucoepidermoid carcinoma: A clinicopathologic study of 80 patients with special reference to histological grading. *Am J Surg Pathol* 2001;25:835-45
6. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D, editor. World Health Organization classification of tumors. Pathology and genetics of head and neck tumors. Lyon: IARC Press; 2005
7. Pires FR, Almeida OP, Araujo VC, Kowalski LP. Prognostic factors in head and neck mucoepidermoid carcinoma. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2004;130 (2):174-80
8. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Salivary gland tumor. in : oral and maxillofacial pathology. 3rd Ed. Mosby: Saunders Elsevier; 2009. p.487-90

9. Miloro M. Diagnosis and management of salivary gland disorder. In: Hupp JM, Ellis E, Tucker MR. Contemporary oral and maxillofacial surgery. 5th Ed. Mosby: Elsevier; 2008. p.397-417
10. Nagao T, Everson JW. Disease of the salivary gland. In: Leon B, editor. Surgical pathology of the head and neck. 3rd Ed. Vol I. Informa healthcare; 2009. p.546-52
11. Goode RK, Auclair PL, Ellis GL. Mucoepidermoid carcinoma of the major salivary glands: clinical and histopathologic analysis of 234 cases with evaluation of grading criteria. Cancer 1998; 82(7):1217–24
12. Ellis GL, Auclair PL. Mucoepidermoid carcinoma. In: Atlas of tumor pathology: tumors of the salivary glands. 3rd series, fascicle 17. Washington DC: Armed Forces Institute of Pathology; 1996. p.155–75
13. Pires FR, Pringle GA, de Almeida OP, Chen SY. Intraoral minor salivary gland tumors: A clinicopathological study of 546 cases. Oral Oncology 2007; 43:463–70
14. Ord RA. Management of intraoral salivary gland tumors. Oral Maxillofac Surg Clin North Am 1994; 6:499–522.
15. Lore, Mediana. An atlas head and neck surgery. 4th Ed. Mosby: Elsevier Saunders; 2005. p.236-49
16. George LE. Role of radiotherapy in the treatment of tumors of the salivary gland. In: Myers EN, Ferris RL. Salivary gland disorder. Springer-Verlag Berlin Heidelberg; 2007. p.463-7
17. Afifi A, Deleyiannis. Reconstruction after excision of cancer of the salivary glands. In: Myers EN, Ferris RL. Salivary gland disorder. Springer-Verlag Berlin Heidelberg; 2007. p.436-59