

Penanganan dari Tumor Parotis yang Ganas.

Taw
t

Oleh : - Erwin Tawan *
- H.R.Haryogya Sandi. **

* Dokter dalam pendidikan keahlian bidang radiologi pada FK Unair/RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

** Moderator/Staff pada Lab./UPF Radiologi FK Unair/RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

Dibacakan pada pertemuan ilmiah Lab./UPF Radiologi FK Unair/RSUD Dr. Soetomo pada tanggal 20 Februari 1989.

I. Pendahuluan.

Kelenjar liur terdiri dari Kelenjar parotis, kelenjar submaxillaris, kelenjar sublingualis, serta kelenjar liur yang kecil.

Tumor ganas dari kelenjar liur adalah jarang, merupakan 5 - 10% dari tumor ganas kepala dan leher.(5).

Tumor dari kelenjar liur yang terbanyak adalah tumor dari kelenjar parotis yaitu 70 - 80%, tetapi 80% dari tumor parotis ini adalah jinak.(2).

Walaupun tumor ini umumnya terjadi pada dewasa, tetapi pernah didapatkan pada anak-anak.(3).

Pengobatan primer dari tumor ini adalah operasi, sedangkan radioterapi yang dikombinasi dengan operasi cukup efektif untuk memperbaiki angka kesembuhan, sedangkan radioterapi yang primer hanya untuk tumor yang tak dapat dioperasi.(2).

Prognose dari tumor ini tergantung dari histologi, penyebaran, lokasi dan terapinya.(6).

Pada tinjauan kepustakaan ini kami hanya membahas tumor parotis saja.

II. Anatomi.

Kelenjar parotis merupakan kelenjar yang terbesar dari kelenjar liur, bentuknya tidak teratur.

Bagian tepi berhubungan dengan meatus acusticus externus, m.sternocleidomastoideus dan mandibula. Seluruh kelenjar diliputi oleh fascia cervicalis superficialis yang melekat pada meatus acusticus externus, procesus zygomaticus dan fossa glenoid.

Dibagian depan ditutupi oleh fascia m.masseter dan fascia buccopharyngeal. Saluran keluaranya yaitu

kanalis dari Stensen yang bermuara pada daerah pipi setinggi M_2 atas.

Dalam kelenjar parotis terdapat a.carotis interna dan v.fascialis posterior, sedang sebelah lateralnya terdapat n.fascialis dan pes anserinus. (2,6).

Limfatik :

Terdapat net work interlobuler yang membentuk plexus kemudian mengikuti pembuluh darah dan ductus.

Kelenjar limfe parotis berakhir pada kelenjar limfe didalam substance dari kelenjar, dan juga membentuk trunkus yang berjalan kebawah, kedepan, dan menuju kelenjar limfe submaxillaris.

Kelenjar limfe yang lebih dalam membentuk trunkus yang mengikuti a.fascialis dan berakhir pada kelenjar subdigastric dari kelenjar jugularis anterior.

III. Epidemiologi.

Data tahun 1973 - 1977 dari SEER ("Surveillance, Epidemiology and End Results") program hanya 0,3% dari seluruh carsinoma di Amerika Serikat.

Insiden 1,1 untuk laki-laki dan 0,8 untuk wanita per-100.000 penduduk, sedangkan pada laki-laki insiden meningkat menjadi 8,8 per 100.000 penduduk pada usia 80 - 84 tahun.(6).

Relatif sering pada orang Melayu dan Eskimo.

+ 2% dari tumor ini terjadi pada anak2 dan pernah dilaporkan pada bayi baru lahir serta pada anak pada tahun pertama dari kehidupannya.(3).

Insiden meningkat setelah bom atom di Hiroshima dan Nagasaki, serta adanya radiasi pada mass anak2 yang dilakukan berdasarkan alasan medis.

Interval antara radiasi sampai diagnose dibuat berkisar antara 2 - 37 tahun dengan gambaran histopatolo-

gi yang terbanyak mucoepidermoid carcinoma atau malignant mixed tumor.

Tumor ini juga kebanyakan ditemukan pada golongan darah A.

IV. Histopatologi.

Klasifikasi berdasarkan pada gambaran histopatologinya adalah : (1,6,8).

A. Tumor jinak :

- Pleomorphic adenoma (mixed tumor).
- Monomorphic tumor.
- Oxyphilic adenoma.
- Papillary cystadenoma lymphomatosum (Warthin's - tumor).
- Sebaceous tumor.
- Papilloma.
- Lymphoepithelial lesion.
- Hemangioma.
- Lipoma.
- Neurogenic tumor.



B. Tumor ganas.

- Malignant mixed tumor.
- Mucoepidermoid carcinoma.
- Adenoid cystic carcinoma.
- Acinic cell carcinoma.
- Squamous cell carcinoma.
- Clear cell carcinoma.
- Malignant oncocytoma.
- Undifferentiated carcinoma /small cell carcinoma / anaplastik
- Sarcoma.
- Metastatic tumor.
- Unclassified.

VI. Klinis.

Gejala pertama dapat berupa nodul atau indurasi yang irreguler didepan tragus atau sedikit dibawah/diatas sudut mendibula.

Bila terkena struktur bagian dalam terjadi fiksasi yang akhirnya menimbulkan nyeri.

Jarang tumor ini invasi ke basis cranii yang menimbulkan paralise nervus cranialis.

Pertumbuhan tumor cepat, tumor ini jarang ulcerasi tetapi bila pertumbuhan tumor cepat menyebabkan paralise nervus fascialis lebih dini dan tumor dapat pecah terjadi ulcerasi, perdarahan, mengeluarkan debris yang berbau busuk. (3,6,10).

Bila tumor mengenai daerah persendian temporomaxillari, m.masseter, m.pterygoideus akan menyebabkan trismus.

Kalau tumor meluas ke pharynx dan timbul nyeri yang menjalar kearah leher dan telinga, dan sering juga terjadi dysphagia, dysphonia dan dyspneu.

Yang perlu diperhatikan ada tidaknya paralise n.fascialis baik komplet ataupun parsial karena tumor yang jinak tidak menyebabkan paralise n.fascialis. (2,6).

Keadaan ini akibat terkenanya perineural tetapi dapat juga akibat penekanan langsung oleh tumor.

Bila tumor berasal dari daerah retroparotidian dapat menyebabkan paralise nervus IX, X, XI, XII dan symphatis, dan keluahan akan mirip dengan tumor daerah nasopharynx.

Dapat menginvasi Vena jugularis externa dan keadaan yang jarang menginvasi a. carotis externa sehingga dapat menimbulkan perdarahan yang hebat. (6).

Metastase biasanya terjadi pada kelenjar limfe parotis, submaxillaris, cervical dan supraclavicular.

Sedangkan kelenjar limfe jugulodigastric dan kelenjar limfe leher atas bagian dalam sering juga terkena. Metastase dapat juga menuju paru, liver, kulit, kelenjar limfe yang jauh, pleura.(6,10). Jarang terjadi metastase ke tulang dan otak.

VI. Diagnose.

Diagnose ditegakkan berdasarkan :(2,6,11).

a. Gejala2 klinis.

b. Pemeriksaan radiologis.

- Pada foto polos dari kepala bisa didapatkan erosi dari dasar tengkorak, zygoma, dan mandibula.
- Pada sialografi akan tampak adanya distorsi dari salurannya.
- CT Scan dapat membedakan apakah tumor berasal dari tumor parotis atau kelenjar leher.
- Foto thorax adalah rutin untuk melihat adanya metastase.

c. Biopsi needle aspirasi.

VII. Diagnose Banding.

Sebagai diagnose banding adalah :(2,6).

a. Inflamasi akut.

Biasanya terkena secara menyeluruh dan lunak, dan sering terdapat batu didalam salurannya.

Terdapat nyeri paroxismal pada waktu makan.

b. Actinomycosis.

Tak didapatkan paralise dari n.fascialis, kelenjar limfe sring tidak membesar, kadang2 terdapat trismus, bila terdapat fistel akan mengeluarkan pus yang berwarna kekuningan.

c. Mikulicz's disease.

Terdapat pembengkakan bilateral, dan sering terke-

na secara ber-sama2 kelenjar parotis, kelenjar submaxillaris, dan kelenjar sublingual serta kelenjar palatinum, kelenjar labial dan kelenjar lacrimal. Perjalanan penyakit lambat, tidak didapatkan paralise n.fascialis.

Kelainan ini berhubungan dengan Sjogren's syndrome yaitu pembesaran kelenjar liur disertai dengan conjunctivitis dan pada waktu terjadi rheumatoid arthritis. Syndrome ini merupakan manifestasi dari autoimmun.

- d. Epidermoid inclusion cyst dan bronchial cleft cyst.
- e. Metastase pada kelenjar limfe daerah parotis.

VIII. Staging.

Menurut The American Joint Committee on Cancer mengklasifikasikan sebagai berikut : (6).

- Stage I : Tumor dengan diameter \leq 4 cm, tidak mengenai kulit, jaringan lunak, tulang dan syaraf.
- Stage II : Tumor dengan diameter 4 - 6 cm, tidak mengenai kulit, jaringan lunak, tulang dan syaraf.
- Stage III : Tumor dengan diameter lebih dari 6 cm; Tumor dengan ukuran berapapun yang telah mengenai kulit, jaringan lunak, tulang atau syaraf; Tumor dengan diameter 4 cm atau kurang disertai adanya metastase ke kelenjar limfe regional.
- Stage IV : Tumor dengan diameter lebih dari 4 cm dengan terkenanya kulit, jaringan lunak, tulang dan syaraf/metastase ke kelenjar limfe regional; Tumor dengan metastase jauh.

IX. Terapi.

1. Pembedahan.

Operasi merupakan terapi pilihan. (2,6).

Operasi radikal dari tumor parotis sukar dilakukan oleh adanya n.fascialis, yang dapat menyebabkan paralise n.fascialis atau terjadinya Frey's syndrome yang berupa kemerahan dan berkeringat selama /sesudah makan.

Bila didapatkan metastase pada kelenjar cervical maka dilakukan juga radical neck dissection.

2. Radioterapi.

Walaupun tumor parotis bersifat radioresisten, tetapi radiasi cukup efektif dalam keadaan klinis tertentu untuk lokal kontrol atau sebagai adjuvant pada terapi pembedahan.

Sebagai pertimbangan untuk memberikan radiasi : (5,7).

- Pasien dengan tumor yang besar (inoperable).
- Lesi yang high grade.
- Pada tepi sayatan terdapat sel tumor atau dekat dengan pembungkus syaraf (nerve sheath).
- Tumor yang terletak pada lobus bagian dalam.
- Adanya kekambuhan setelah pembedahan.
- Adanya metastase ke kelenjar limfe regional yang multipel.

Daerah yang diradiasi meliputi daerah kelenjar parotis dan bekas luka operasinya. (7).

Lapangan yang diradiasi meliputi, batas atas adalah zygoma, batas bawah dibawah mandibula, batas depan adalah tepi anterior dari m.masseter, batas belakang adalah dibelakang telinga meliputi tepi posterior dari kelenjar parotis dan bekas luka operasi. Lapangan belakang harus meliputi mastoid bila terdapat invasi perineural atau tumor ganas dengan gradasi tinggi.

Dengan kedalaman (depth dose) 4 - 6 cm untuk yang dilakukan operasi, sedang yang inoperable ditentukan dengan CT Scan. (4).

Radiasi yang baik dilakukan dengan kombinasi antara sinar elektron dan photon antara 18 - 22 MeV.

Bila tak ada, dapat dipakai ^{60}Co .

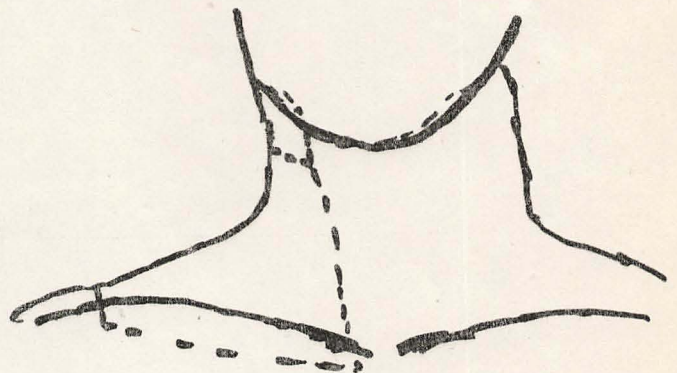
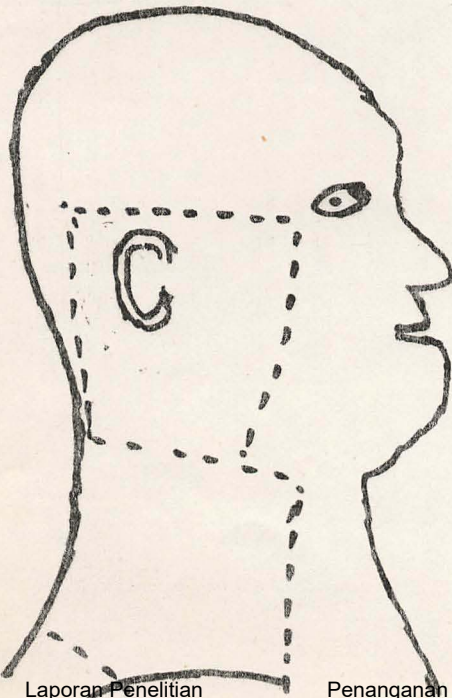
Batas belakang harus diperkecil setelah diberi radiasi 4500 rads untuk menghindari spinal cord, kemudian untuk lapangan belakang diganti dengan elektron 9 MeV untuk menambah 1000 - 1500 rads lagi pada bekas luka operasi dibelakang telinga.

Dosis pada kelenjar parotis 6000 rads selama 6 minggu dengan pemberian 200 rads/hari. (4,7,13).

Untuk tumor yang inoperable atau rekuren ditambah 1000 - 1500 rads dengan portal yang diperkecil.

Untuk leher ipsilateral dapat mempergunakan ^{60}Co lewat lapangan anterior, diberikan 5000 rads selama 5 minggu bila dilakukan neck dissection atau 6000 rads dalam 6 minggu bila tidak dilakukan neck dissection.

Atau dapat juga mempergunakan elektron lewat lapangan lateral, mempergunakan 9 MeV untuk yang tidak dilakukan neck dissection diberikan 5000 rads selama 4 minggu atau 6000 rads selama 5 minggu. Untuk yang dilakukan neck dissection mempergunakan 6 MeV diberikan 5000 rads selama 4 minggu.



Portal radiasi leher ipsilateral dari anterior.

Komplikasi radiasi dapat berupa : (7).

- Kekeringan pada mulut.
- Fibrosis dari otot dan jaringan ikat.
- Nekrosis dari jaringan ikat dan tulang.
- Oedem larynx.
- Myelitis.

3. Chemoterapi. (5,6,12).

Walaupun efektivitas dari chemoterapi belum begitu jelas, namun demikian perlu dipertimbangkan pemberiannya pada keadaan yang sudah lanjut.

Beberapa obat yang sering dipakai adalah :

Ada yang dipakai sebagai obat tunggal seperti :

- * Anthracycline (doxorubicin dan daunorubicin) dan cisplatin.

Ada juga yang dipakai dalam bentuk kombinasi seperti :

- * Kombinasi cyclophosphamide dan adriamycin atau cisplatin.
- * Kombinasi bleomycin dan methotrexate.
- * Kombinasi cyclophosphamide, adriamycin dan vincristin.
- * Kombinasi cyclophosphamide, doxorubicin dan cisplatin.

X. Prognosa :

Prognosa tergantung dari gambaran histopatologi, penyebaran, lokasi, dan terapinya. (6).

Kekambuhan jarang terjadi setelah eksisi dari cystadenoma dan tumor jinak yang lain.

Penderita dengan mucoepidermoid tumor yang well differentiated dan dalam stadium awal akan baik setelah operasi.

Pasien dengan adenoid cystic carcinoma dari 218 penderita yang diobati di Memorial-sloen Kettering cancer centre di New York, 67 (31%) yang hidup dan sehat selama 5 tahun setelah terapi, tetapi hanya 34 (16%) yang sehat selama 10 tahun.

5 years survival rate dari adenoid cystic carcinoma tergantung dari histologinya :

- Untuk bentuk trabecular : 100 %.
- untuk bentuk cribriform : 89 %.
- untuk bentuk basaloid : 39 %.

Sedangkan 5 years survival rate untuk adeno-carcinoma tergantung dari gradasinya dimana Spiro et al mendapat-

- kan :
- untuk grade I : 69 %.
 - untuk grade II : 46 %.
 - untuk grade III : 8 %.

Adanya nyeri, kelemahan/paralise n.fascialis, invasi mikroskopis ke syaraf, invasi ke struktur sekitarnya menunjukkan prognose yang jelek.(9).

XI. Ringkasan.

Telah dibicarakan mengenai tumor parotis yang ganas meliputi epidemiologi, histopatologi, klinis, diagnosa, diagnosa banding, dan terapi.

Terapi dari tumor ini umumnya pembedahan tetapi bila dilakukan secara tersendiri sering mengalami kekambuhan, maka oleh karena itu perlu dilakukan terapi kombinasi dengan radioterapi ataupun khemoterapi. Prognosenya tergantung dari gambaran histopatologi, penyebaran, lokasi, dan terapinya.

Kepustakaan :

1. AUGLAIER.P.L, CDR, DC, USN et al ; Sarcomas and Sarcomatoid Neoplasms of the Major Salivary Gland Regions, Cancer 58: 1305-1315, 1986.
2. BALLENGER.J.J, MS, MD; Diseases of the Nose, Throat, Ear, Head and Neck, 13th Edition, Lea & Febiger, Philadelphia 1985, p.296-305.
3. BAKER.S.R, MD, FACS and MALONE.B, MD; Salivary Gland Malignancies in Children, cancer 55: 1730-1736, 1985.
4. CHUNG.C.T, MD et al ; The Changing Role of External-Beam Irradiation in the Management of Malignant Tumors of the Major Salivary Glands, Radiology 145: 175-177, October 1982.
5. DREYFUSS.A.I, MD et al ; Cyclophosphamide, Doxorubicin and Cisplatin Combination Chemotherapy for Advanced Carcinomas of Salivary Gland Origin, cancer 60: 2869-2872, 1987.
6. del REGATO, J.A., SPJUT, H.J., COX, J.D ; Ackerman and del Regato's Cancer : Diagnosis, Treatment and prognosis, sixth Edition, 1985, p.576-591.
7. FLETCHER, G.H ; Textbook of Radiotherapy, 3rd Edition, 1980, Lea & Febiger, p.426-440.
8. GNEPP, D.R, MD et al : Small Cell Carcinoma of the Major Salivary Glands, Cancer 58:705-714, 1986.
9. JACK, G.A, MD : Irradiation of Metastatic Carcinoma Parotid, Cancer 48:1557-1562, 1981.
10. NASCIMENTO, A.G, MD et al : Adenoid Cystic Carcinoma of Salivary Glands, Cancer 57: 312-319, 1986.
11. O'DWYER, P. MD et al : Needle Aspiration Biopsy of Major Salivary Gland Tumors, Cancer 57:554-557, 1986.
12. SKIBBA, J.L. MD,, HURLEY, J.D, MD., RAVELO, H.V, MD: Complete Response of a Metastatic Adenoid Cystic

Carcinoma of the Parotid Gland to Chemotherapy, cancer 47: 2543-2548, 1981.

13. SIMPSON, J.R. MD., THAWLEY, S.E, MD., MATSUBA, H.M, MD:
Adenoid Cystic Salivary Gland Carcinoma : Treatment
with Irradiation and Syrgery, Radiology 1984 :
151 : 509-512.

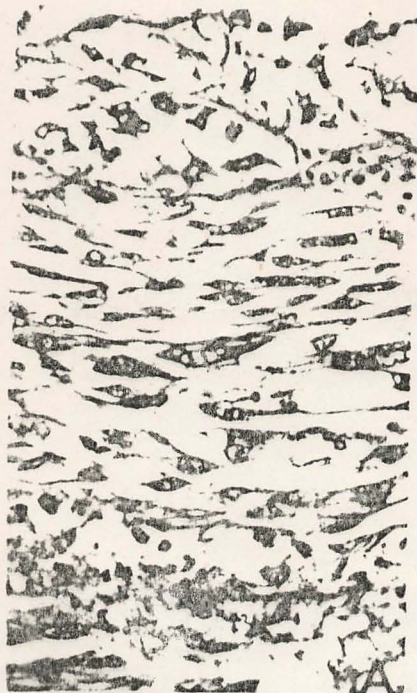
M I L I K
PERPUSTAKAAN
"UNIVERSITAS AIRLANGGA"
S U R A B A Y A



FIGS. 3A AND 3B. (A) Fibrosarcoma (Case 5) of the parotid gland (original magnification, $\times 10$; AFIP Neg. 84-12220). (B) Photomicrograph of the same case demonstrating characteristic intersecting spindle cells (original magnification, $\times 400$; AFIP Negative 84-12218).



FIGS. 4A AND 4B. (A) Neoplasm of the parotid gland which was originally interpreted as being most suggestive of a rhabdomyosarcoma (original magnification, $\times 250$). (B) Immunohistochemical localization of S-100 protein within straplike tumor cells (A and B, original magnification, $\times 250$; AFIP Negative 84-12215). Subsequently, a Warthin-Starry stain (pH 3.2) demonstrated melanin within scattered cells.



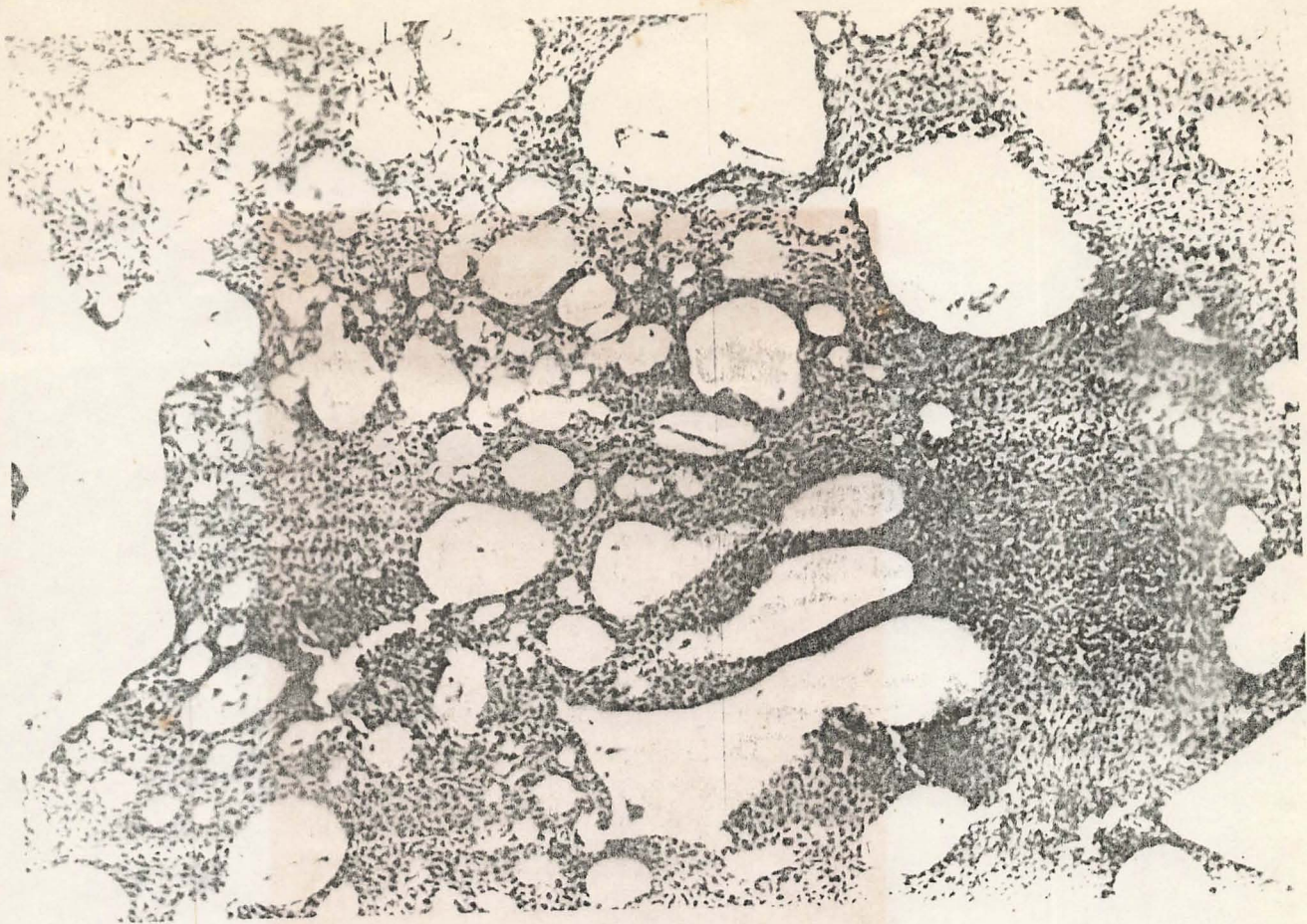


FIG. 2. The characteristic cribriform pattern of adenoid cystic carcinoma is shown on the left ($\times 100$).

MILIK
PERPUSTAKAAN
"UNIVERSITAS AIRLANGGA"
SURABAYA



FIG. 1A. Small cell carcinoma, ductal type, infiltrating parotid gland of an 80-year-old woman. (H & E, $\times 60$).