

TINJAUAN KEPUSTAKAAN

PAMERAN

16 SEP 1990

ARGENTAFINOMA
(TUMOR KARSENOID)

Oleh

Dr. Andy Wijaya

Pembimbing

Dr. Soegiarto S. **

Dr. Benny Huwae ***

*Resident pada Lab/UPF Radiologi FK UNAIR/RSUD Dr. Soetomo Surabaya

*Pembimbing/Staff pada UPF/Lab Patologi Anatomi FK UNAIR/RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

*Pembimbing Ka. Lab/UPF Radiologi FK UNAIR/RSUD Dr Soetomo Surabaya.

Dibacakan pada pertemuan ilmiah di Lab/UPF Patologi Anatomi FK UNAIR/RSUD Dr Soetomo Surabaya.

Tanggal 12 Pebruari 1990.

38 / LP / PDA / H 190

CARCINOID TUMOR

TINJAUAN KEPUSTAKAAN

KKU
KK
616.994
Wij
a

ARGENTAFINOMA
(TUMOR KARSINOID)

Oleh

Dr. Andy Wijaya*

Pembimbing

Dr. Soegiarto S.**

Dr. Benny Huwae***



*Resident pada Lab/UPF Radiologi FK UNAIR/ RSUD Dr. Soetomo Surabaya

**Pebimbing/Staff pada UPF/Lab Patologi Anatomo FK UNAIR / RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

***Pebimbing/ Ka. Lab/UPF Radiologi FK UNAIR/ RSUD Dr Soetomo Surabaya.

Dibacakan pada pertemuan ilmiah di Lab/UPF Patologi Anatomi FK UNAIR/ RSUD Dr Soetomo Surabaya.

Pebruari 1990.

603890111

MILIK
PERPUSTAKAAN
"UNIVERSITAS AIRLANGGA"
SURABAYA

38 / LP / PUA / H / 90

Daftar isi :

	Halaman
1. Pendahuluan	1.
2. Morfologi	1.
3. Patofisiologi	3.
4. Gambaran Klinis	4.
5. Laboratorium	5.
6. Radiologi	5.
7. Jenis tumor karsinoid yang banyak terdapat	8.
8. Terapi	11.
9. Prognosa	12.
10. Kesimpulan	12.
11. Ilustrasi kasus	14.
12. Daftar Kepustakaan	16.

1.

Pendahuluan

Argentafinoma (Tumor Karsinoid) adalah batasan umum yang dipakai untuk tumor yang berasal dari sistim endokrin difusa diluar pankreas dan Tiroid C-cell (13). Argentafinoma merupakan tumor yang primernya paling banyak terletak di traktus gastrointestinal mulai dari gaster sampai ke rectum, selain itu dapat juga tersebar di payudara, timus, paru, hati kandung emprdu dan ovarium (10,11,12).

Argentafinoma adalah termasuk tumor yang relatif jarang yang mempunyai kemampuan untuk mensekresi hormon endokrin seperti serotonin, histamin, bradikinin dan prostatglandin sehingga dapat menimbulkan efek sistemik yang disebut sindrom karsinoid (2,10,11,12,14). Karena kemampuan untuk mensintesa, menyimpan dan mensekresi hormon endokrin maka tumor ini dimasukkan dalam famili tumor APUD (Amine precursor uptake and decarboxylation).

Pada umumnya Argentafinoma dipikirkan sebagai suatu tumor yang jinak katena pertumbuhannya yang relatif lambat dan mempunyai jangka hidup yang lama serta jarang mengadakan metastase terutama yang terletak di apendix sehingga disebut sebagai "Malignant Neoplasm in Slow motion" atau Tumor Karsinoid. Tetapi sekarang diketahui Argentafinoma atau Tumor Karsinoid mempunyai potensial untuk mengadakan metastase terutama yang terletak diluar appendix (11,14).

Morfologi

Keseluruhan tumor karsinoid adalah jarang dan hanya didapatkan kurang dari 1% dari seluruh otopsi.

Distribusi dari tumor karsinoid (12) adalah :

- 35 - 45% terletak di appendix.
- 20 - 30% diusus halus (diluar appendix) yang kebanyakan terletak di ileum terminalis.
- 12 - 15% terletak di rektum dan rektosigmoid.
- 3 - 7% terletak di usus besar (diluar rektum dan rektosigmoid).
- 10 - 14% di Bronchus dan paru.

2.

- 2% di esofagus dan gaster.
- Sisanya 5 % terletak di payudara, ovarium, traktus biliaris dan timus.

Tumor karsinoid yang multipel terdapat pada 20 - 30% dari penderita dan kebanyakan adalah diusus halus.

Makroskopik

Tumor karsinoid tampak kecil, bulat atau berbentuk "plaque" yang berupa elevasi submukosa yang biasanya berdiameter kurang dari 3 Cm. Mukosa diatas biasanya intak, sebagian lesi adalah mobil dan tidak melekat pada lapisan muskularis dibawahnya, tetapi sebagian lagi melekat pada lapisan muskularis dibawahnya. Sangat jarang tumor karsinoid tumbuh membesar, ulserasi ataupun berbentuk polip (2, 11, 12).

Tumor karsinoid selain dapat mensekresi hormon seperti serotonin juga dapat menyebabkan reaksi desmoplastik lokal sehingga menimbulkan hipertrofi otot dan bersamaan dengan fibrosis menyebabkan perlekatan peritoneum dan lekukan (kinking) serta penyempitan dari usus (2, 11, 12). Pada potongan tumor karsinoid tampak berwarna kuning keabu-abuan.

Histologi

Tumor karsinoid yang berasal dari mana saja mempunyai gambaran histologi yang sama. Selnya berbentuk kuboid, bulat atau poligonal dengan ukuran dan bentuk yang sama (uniform). Nukleus ditengah dikelilingi sitoplasma yang banyak berisi granula yang tampak dengan pengecatan khusus. Pada pengecatan dengan eosin akan merah, dengan garam chrom akan tampak kuning kecoklatan dan dengan pengecatan perak (silver salt) akan tampak hitam. Sel pada tumor karsinoid tersusun trabekuler, pulau-pulau (insuler), tubuler dan asiner atau roset terpisah oleh kerangka dari jaringan ikat, mitosis dan giant sel jarang terlihat (11, 12).

Pada beberapa tumor granula dapat langsung mengubah garam perak (argentafin positif), tetapi yang lain memerlukan bahan pengubah dari luar (Exogen reducing agent) sehingga

MILIK
PERPUSTAKAAN
"UNIVERSITAS AIRLANGGA"
SURABAYA

3.

disebut *Argyrophyl positif*.

Adanya gambaran sitologi yang uniform dari tumor karsinoid sehingga dengan pemeriksaan mikroskopik sulit memperkirakan kemampuan metastase dari tumor karsinoid, tetapi ukuran tumor merupakan patokan yang lebih penting (11). Sebagai patokan yang dibuat oleh Moertel dan kawan kawan (5): hanya 2% dari tumor yang diameternya kurang dari 1 Cm bermetastase sedangkan 30 -50% untuk ukuran 1 - 2 Cm dan 80% pada tumor yang lebih dari 2 Cm telah terjadi perluasan ke ekstraluminal. Metastase dari usus biasanya ke limfonodi regional setelah itu ke mesenterium, hepar dan tempat jauh termasuk paru dan tulang.

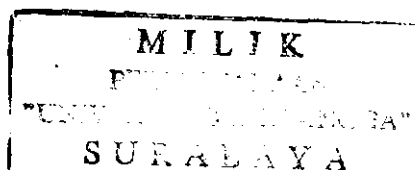
Patofisiologi

Sindrom karsinoid terutama adalah berhubungan dengan serotonin yang banyak terdapat di mukosa gastrointestinal (12,14). Pada orang normal Triptofan pada makanan terutama dipakai untuk membentuk Nikotinamide dan hanya 1% diubah menjadi serotonin oleh sel argentafin. Pada sindrom karsinoid sebanyak 60% triptofan dalam makanan diubah menjadi serotonin oleh masa dari tumor(14). Serotonin ini mengalami inaktivasi di hepar dan paru oleh monoamine oksidase, kemudian di ginjal terjadi "oksidatively deaminated" dan akhirnya diekresi oleh ginjal dalam bentuk 5 Hydroxy-Indoleacetic acid (5HIAA).

Tumor karsinoid hanya akan memberikan gejala sindrom karsinoid apabila serotonin telah mencapai sirkulasi sistemik (melewati hati). Untuk tumor karsinoid yang berlokasi mengikuti aliran distim porta, sindrom karsinoid hanya terjadi :

1. Apabila tumor telah menyebar sampai ke hati dan melampaui kapasitas hati untuk inaktivasi serotonin.
2. Apabila tumor metastasenya mensekresi serotonin secara langsung kedalam vena hepatis (14).

Sedangkan untuk tumor karsinoid yang lesi primernya terletak diluar sistim aliran vena porta (Tumor karsinoid di bronchus) sindrom karsinoid dapat terjadi walaupun tidak ada proses metastase di hepar.



Diagnosa

Diagnosa pasti tumor karsinoid hanya dengan pemeriksaan Patologi anatomi, adanya peningkatan ekresi 5 HIAA pada urine lebih memperkuat diagnosa (13). Pemeriksaan radiologi bukanlah merupakan suatu diagnosa yang definitif, walaupun demikian dengan pemeriksaan Computed Tomography (C.T.) dan Scintigraphy dapat sangat mencurigakan suatu tumor karsinoid (1).

Gambaran klinis

- Gambaran umum untuk suatu tumor ganas yang berupa : nafsu makan yang menurun, kelemahan dan penurunan berat badan.
- Gambaran khusus untuk tumor karsinoid sendiri yang berupa:
 1. Efek lokal dari masa tumor dengan reaksi jaringan desmoplastik yang berlebihan (terbentuk jaringan fibrosis yang luas disekitar tumor).
 2. Efek sistemik karena sekresi hormon (sindrom karsinoid).

Efek lokal :

Efel lokal ini dapat berupa penekanan oleh tumor ataupun obstruksi dengan akibat terjadinya rasa penuh atau nyeri (pain). Obstruksi yang terjadi pada usus dapat menimbulkan ileus sedangkan pada bronchus dapat terjadi emfisema ataupun atelektasis paru.

Disamping itu adanya fibrosis yang luas dapat menyebabkan penarikan dari organ (kinking dari usus) dan obstruksi (1, 10, 14).

Efek sistemik.

Efek sistemik timbul karena sekresi hormon serotonin, histamin, bradikinin dan prostaglandin dengan akibat terjadinya sindrom karsinoid yang meliputi :

- Gangguan vasomotor berupa kemerahan pada kulit (cutaneous flushes) dan sianosis yang hampir terjadi pada semua kasus.
- Hipermotilitas dari usus yang berupa diare, kejang perut, mual dan muntah yang juga hampir terjadi pada semua kasus.

5.

- Astmatic Bronchoconstrictive attack yang berupa batuk, wheezing dan sesak yang terjadi pada seperti-ga dari kasus.
- Kelainan jantung yang berupa penebalan dan stenosis dari katub pulmonal dan fibrosis endokardial terutama pada ventrikel kanan yang terjadi pada setengah kasus. Pada karsinoid bronchial terutama mengenai jantung sisi kiri.

Hepatomegali yang berhubungan dengan proses metastase ke hati.

Sindrom karsinoid ini umumnya terjadi pada tumor yang berlokasi di paru dan ovarium dan hanya sekitar 5 - 10% pada tumor yang terjadi di gastrointestinal (11,12,14).

Laboratorium.

1. Pemeriksaan urine :

Pada produksi serotonin yang meningkat akan tampak peningkatan dari level 5-HIAA urine, tetapi peningkatan 5-HIAA dapat juga terjadi pada memakan terlalu banyak pisang, tomat dan nenas serta pada penyakit Celiac (14).

2. Test penyuntikan epinefrin atau nor-efinefrin.

Dilakukan penyuntikan intravenous epinefrin sebanyak 1 Mcgr dalam 60-90 detik penderita akan tampak kemerahan jika tidak dosis dinaikan 1-2 Mcgr sampai mencapai 10 mcgr. Jika penderita tidak tampak kemerahan (flush) atau menjadi pucat maka test dinyatakan negatif (14).

3. Radiologi

- Foto polos (plain foto).

Pada organ tertentu seperti karsinoid bronchial akan tampak sebagai suatu masa (opasitas), batas tegas yang biasanya disertai problem ventilasi seperti atelektasis dan obstruktif emfisema (10).

- Pemeriksaan dengan kontras.

Pemeriksaan dengan kontras terutama dilakukan pada tumor yang terletak di traktus gastrointestinal.

Pemeriksaan dengan kontras meliputi :

6.

- UGI (Upper Gastrointestinal) foto untuk melihat Oesophagus, Gaster dan duodenum.
- Barium meal (Barium follow through) untuk melihat jejunum, ileum dan ileocecal junction.
- Barium enema (Barium inloop) untuk melihat rectum sigmoid, colon descenden, tranversum dan ascenden, cecum serta appendix.

Hasil pemeriksaan :

- Tampak suatu lesi berupa filling defek dengan mukosa biasanya masih baik.
- Adanya fibrosis menyebabkan penarikan dari usus (kinking dari usus).
- Obstruksi dari usus atau intusussepsi.

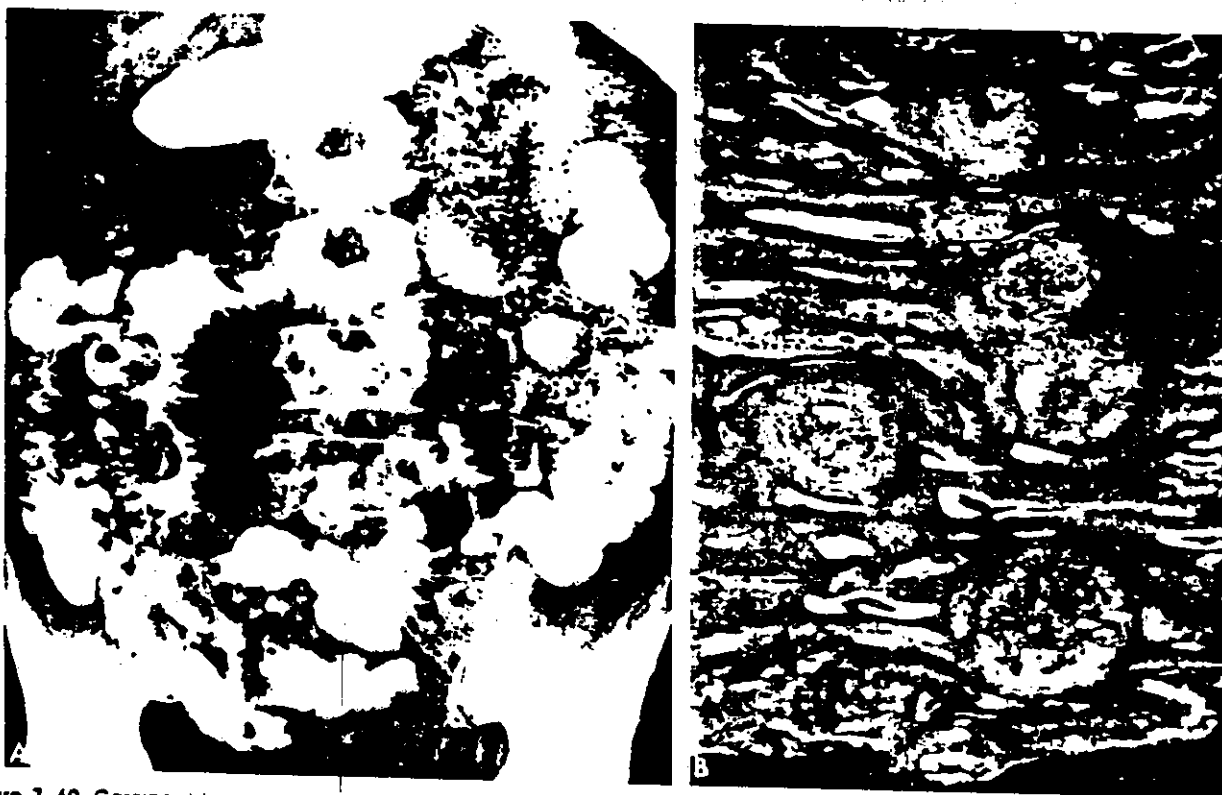


Figure 7-69. Carcinoid tumors involving the small intestine. A. Barium study of the jejunum and ileum showing multiple round filling defects in a patient with carcinoid tumors. B. Resected specimen showing circumscribed elevated umbilicated carcinoid tumors. (Courtesy of Dr. Paul S. Sharp, Jr., George Washington University)

- Ultrasonografi (1,7,9).

Penggunaan ultrasonografi pada tumor karsinoid terutama untuk mencari proses metastase di hati.

Gambaran metastase pada hati dapat berupa nodul yang berbentuk bulat atau lonjong, batas tegas, single atau multiple, hiperechoic dan sering ditemukan daerah bebas

7.

echo ditengahnya. Gambaran ini sering terdapat pada tumor yang primernya terletak di traktus digestivus. Selain itu dapat juga ditemukan nodul gema kecil berdensitas tinggi dikelilingi gema berdensitas rendah sehingga berbentuk seperti mata sapi (bull's eye). Gambaran ini banyak ditemukan pada tumor yang primernya terletak di paru.

- CT Scan (Computed tomography scanning) (1, 4).

Gambaran CT Scan pada tumor karsinoid adalah :

Pada daerah abdomen :

- Soft tissue mass batas tegas dengan radiating pattern dari linear density dan kadang kadang kalsifikasi kecil kecil disekitar tumor.
- Tumor berlokasi didepan vertebra dengan densitas 35 - 60 HU.
- Pada pemberian kontras tampak moderate contrast enhancement (45 - 70 HU).

Pada daerah thorax :

- Soft tissue mass dengan bentuk irreguler dan permukaan licin dengan densitas 35 - 45 HU.
- Pemberian kontras tampak enhancement yang tinggi (70 - 90 HU).
- Untuk tumor karsinoid di timus sering tampak tidak homogen dan sedikit enhancement pada pemberian kontras.

Keuntungan dari CT Scan adalah dapat dengan tepat menggambarkan lokasi topografi dari tumor dalam hubungannya dengan organ vital seperti pembuluh darah besar dan tulang vertebra.

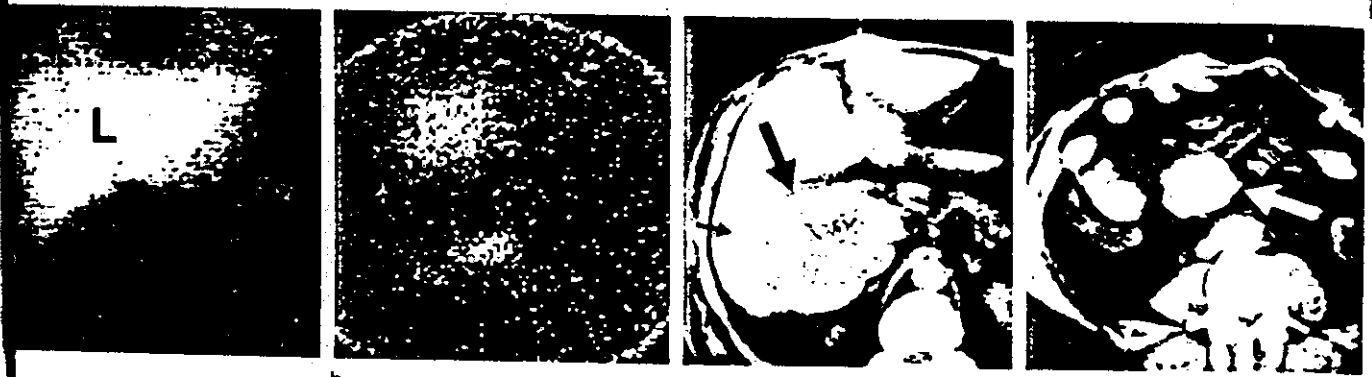


Figure 1. MIBG scintiscans and CT scans in patient with ileocecal carcinoid tumor and liver metastasis. (a, b) MIBG scans of the abdomen in anterior view, 1.5 (a) and 186 (b) hours after injection, disclose physiologic and decreasing MIBG uptake in the liver. (c) Intense and persistent MIBG concentration is seen in the abdominal tumor and the liver metastasis (b). (c) Corresponding CT scan without contrast medium at level of the abdominal tumor shows a well-defined soft-tissue mass anterior to the vertebral column (large arrow) with a radiating pattern of linear densities in the adjacent mesenteric fat (small arrows).

8.

- Scintigraphy (1).

Pada pemeriksaan ini zat radioaktif yang digunakan yaitu I-131 Meta Iodo Benzylguanidine (I-131 MIBG). Caranya yaitu : 1,5 - 2 mCi I-131 MIBG disuntikan intravenously dengan sebelumnya membokade Tiroid dengan perchlorate dan Potassium Iodide. Scintigram dicatat dengan Computer assisted Gamma Camera.

Menurut Adolph dkk terdapat uptake I-131 MIBG yang kuat dan menetap pada tumor karsinoid di gastrointestinal dan tumor metastasenya, sedangkan pada tumor karsinoid di bronchus hanya 2/3 penderita yang mempunyai uptake yang kuat dan menetap dan pada tumor karsinoid di Timus tidak ada uptake sama sekali.

Karena adanya mekanisme uptake yang selektif dari I-131MIBG scintigraphy, maka dapat dipakai untuk mendeteksi dan lokalisasi dari tumor neuroendokrin pada pasien dengan suspect tumor karsinoid.

Jenis tumor Karsinoid yang banyak terdapat.

I. Tumor karsinoid di Appendix.

Tumor karsinoid di appendix merupakan 35 - 45% dari seluruh tumor karsinoid dan merupakan 90% lebih dari tumor di appendix (11,12). Puncak insiden dari tumor ini terutama pada dekade 3 dan 4 dengan laki laki berbanding wanita 2:1 dan ukuran tumor 70% diameter kurang dari 1 Cm (10,13). 2/3 dari tumor karsinoid terletak di ujung distal appendix sedangkan 1/3 terletak pada basis dan corpus dari appendix yang dapat menyebabkan obstruksi dari lumen appendix. Pada kebanyakan kasus, tumor karsinoid ini ditemukan secara insidental tetapi dapat juga ditemukan bersamaan dengan appendisitis akuta akibat obstruksi dari lumen. Menurut Moertel (13) ditemukan 1 kasus tumor karsinoid diantara 300 rutin appendectomi. Tumor karsinoid sangat jarang mengadakan metastase baik ke limfonodi atau organ sekitarnya maupun ke hepar. Bilamana timbul sindrom karsinoid hampir selalu sudah terdapat metastase ke hepar.

Terapi dari tumor karsinoid di appendix biasanya cukup.

9.

simple appendectomy bilamana tidak ada metastase, tetapi jika ditemukan tumor yang telah meluas melalui dinding appendix ke appendical fat maka perlu dipertimbangkan untuk hemicolectomy demikian juga untuk tumor yang diameternya 2 Cm atau lebih karena kesempatan metastase meningkat (5).

II. Tumor karsinoid di usus halus diluar appendix.

Tumor karsinoid ini merupakan 20-30% dari seluruh tumor karsinoid dan merupakan 3 penyebab utama tumor ganas di usus halus yaitu Malignant Lymphoma, Karsinoid dan Adenokarsinoma (5, 12).

Tumor karsinoid ini dapat timbul dimana saja di usus halus termasuk di Meckel's divertikulum, tetapi 80% timbul di ileum termasuk di distal ileum.

Tumor ini tumbuh di submukosa dan 1/4 kasus terdapat tumor karsinoid yang multiple dan bahkan kadang kadang terdapat bersamaan dengan tumor ganas gastrointestinal lain. Tumor karsinoid ini dapat terjadi pada semua umur tetapi pada umumnya pada usia tua, intermitten episode dari obstruksi usus halus disertai nyeri abdomen dan diare merupakan gejala yang paling sering ditemukan (5). Tumor karsinoid yang timbul di ileum lebih sering terjadi metastase dibandingkan dengan di appendix, hal ini dapat dilihat bahwa sindrom karsinoid terjadi pada 1/5 tumor karsinoid di usus halus dibandingkan di appendix yang hanya sekitar 2% (10).

III. Tumor karsinoid di usus besar.

Distribusi tumor karsinoid di usus besar yaitu 12-15% di rektum dan rektosigmoid, 3-7% di Cecum, kolon asenden tranversum dan desenden (12).

Pada umumnya tumor karsinoid di usus besar asimtomatik dan diameter kurang dari 2 Cm, walaupun demikian 10-15% dari karsinoid rektum diameter lebih dari 2 Cm telah mengadakan invasi ke muskularis propria dan mempunyai sifat seperti karsinoma walaupun mungkin progresifitasnya lebih lambat (5).

Tumor karsinoid di rektum umumnya mempunyai diameter yang lebih kecil, jarang sekali timbul metastase dan

10.

dan sindrom karsinoid, tetapi bila lesi terletak di kolon menjadi lebih agresif, lebih besar, ulserasi dan sulit dibedakan dengan adenokarsinoma (10).

Tumor karsinoid yang diameternya lebih kecil dari 2 cm dan terbatas pada mukosa dan submukosa cukup diobati dengan eksisi lokal tetapi bila lebih besar atau terdapat invasi ke muskularis perlu operasi radikal (13).

IV. Tumor karsinoid di Bronchus.

Sekitar 10-14% dari tumor karsinoid terletak di paru atau bronchus dan merupakan kurang dari 5% neoplasma primer di paru (11,13).

Tumor karsinoid di paru dapat dibagi dalam 3 bentuk (10):

- Tumor karsinoid sentral (Central Carcinoid tumor)
- Tumor karsinoid perifer (Periferal carcinoid tumor)
- Tumor karsinoid atipik (Atypical Carcinoid tumor).

Tumor karsinoid sentral

Merupakan tipe yang paling sering, biasanya tampak sebagai masa soliter yang berbentuk polipoid didalam bronchus mayor, tumbuh lambat dan kaya vaskularisasi, oleh karenanya sering terjadi batuk darah dan gejala obstruksi dari bronchus distal (13).

Tumor karsinoid sentral umumnya terletak intrabronchial tetapi dapat juga infiltrasi ke dinding bronchus meluas ke parenchym sekitarnya dan kadang sampai ke pleura atau miocardium (13). Pada beberapa kasus tampak ekstra bronchial yang dominan. Metaštase ke limfonodi regional sekitar 5% dari kasus, sangat jarang sekali terjadi metastase jauh, walaupun terjadi biasanya ke tulang dengan tipe osteoblastik (13).

Terapi adalah operasi, tergantung lokasi tumor dan keadaan paru di distalnya. Dapat dilakukan segmental bronchial resection, lobectomy atau pneumoectomy.

Tumor karsinoid perifer.

Tumor karsinoid tipe ini terdapat dibagian perifer dari paru, kadang dekat dibawah pleura dan cenderung untuk multipel (13).

Tumor tipe ini mempunyai behavior yang baik, jarang

11.

terjadi metastase dan kebanyakan kasus sembuh dengan pembedahan yang terbatas (13).

Tumor karsinoid yang atipik

Tumor karsinoid tipe ini merupakan perantara typical carcinoid tumor dan Small cell carcinoma (13). Tumor tipe ini mempunyai gambaran arsitektur, ultrastruktur dan imunohistochemical seperti tumor karsinoid, tetapi disamping itu juga tampak gambaran atipik berupa aktifitas mitosis yang meningkat, hiperchromasi inti dan fokus nekrosis (13).

Insiden terjadi metastase ke limfonodi regional adalah sekitar 70% kasus, karenanya terapi perlu lebih agresif dan tidak ada bedanya seperti biasanya terapi karsinoma paru (5).

Yang penting untuk tumor karsinoid di paru yaitu membedakan apakah itu suatu Bronchial carcinoma atau Bronchial carcinoid. Untuk itu umur, jenis kelamin, durasi dari simtom dan bronchoskopi dapat merupakan petunjuk yang penting (5).

Table 9-9. Differential characteristics of bronchial carcinomas and bronchial carcinoids

	Bronchial carcinoma	Bronchial carcinoid
Sex	90% male	50% female
Age	10% before 40 years	Average age, 40 years
Duration		
1 year plus	2%	90%
5 years plus	0	50%
Metastases	Common	Infrequent
Brain symptoms	Metastases common	Abscess may occur
Hemoptysis	40%	50% (often repeated)
Pain	Often present	Commonly absent
Bronchoscopic observation	Often fixed, ulcerated, carina widened, mediastinum fixed	Usually nonulcerated; bleeds easily; mediastinum not fixed
Operability	Low	High

Terapi

I. Pembedahan

Pada umumnya untuk tumor yang diameternya kurang dari 2 cm cukup dilakukan pembedahan yang bersifat lokal, tetapi bila diameternya lebih dari 2 Cm diperlukan operasi radikal (5 13).

II. Radioterapi.

Tumor karsinoid dikatakan resisten terhadap radiasi karena responnya sangat lambat dan juga jarang dilakukan (5).

III. Medikamentosa

- Sitostatika terutama untuk tumor yang sudah terjadi metastase ke hepar (5).
- Untuk sindrom karsinoid dapat diterapi dengan :
 - Adrenergic blocker (Phentolamine).
 - Serotonin antagonis (methylsergide).
 - Kinin antagonis (Chlorpromazine).
 - Kortikosteroid.
- Hepatic artery embolization dan intra hepatic citostatica (3).

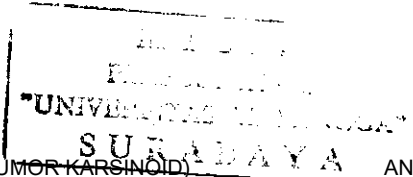
Prognosa.

Prognosa tumor karsinoid jauh lebih baik dibandingkan dengan karsinoma. Untuk karsinoid intestinal yang sudah di-operasi 5 year survival ratenya 80 - 90% bila tidak ada metastase ke hepar. Apabila sudah terjadi metastase ke hepar 5 year survival ratenya masih sekitar 43% (12).

Untuk tumor karsinoid di paru 10 year survival ratenya adalah 76% (keseluruhan), tetapi kalau yang dihitung hanya pada kasus yang sudah di reseksi 10 year survival ratenya adalah 82% (13).

Kesimpulan :

- Argentafinoma atau tumor karsinoid adalah suatu tumor yang mempunyai kemampuan untuk mensekresi hormon endokrin dan menimbulkan reaksi desmoplastik lokal yang kebanyakan terletak di appendix, ileum, rektum dan paru.
- Tumor karsinoid biasanya kecil dengan diameter kurang dari 3 Cm. berbentuk bulat atau plaque yang pada potongan melintang tampak berwarna kuning keabu abuan.
- Mikroskopik sel sel tumor karsinoid berbentuk bulat, kuboid atau poligonal dengan ukuran dan bentuk yang sama (uniform) dengan sitoplasma yang pada pengecatan



13.

perak (silver salt) tampak berwarna hitam dan sel sel ini tersusun trabekuler, pulau pulau (insuler), tubuler dan asiner terpisah oleh kerangka dari jaringan ikat.

- Diagnosa pasti tumor karsinoid adalah dengan pemeriksaan patologi anatomi, adanya gejala sindrom karsinoid, peningkatan 5 HIAA urine dan pemeriksaan radiologi terutama CT scan dan Scintigraphy sangat membantu menegakkan diagnosa suatu tumor karsinoid.

14.

Ilustrasi kasus.

Seorang laki laki umur 35 tahun, bekerja sebagai polisi lalu lintas, pertama dimasukkan ke rumah sakit pada bulan Mei 1971 dengan keluhan dan gejala payah jantung kanan. Keluhan sesak nafas dan dyspnoe d'effort sudah diderita sejak 2 tahun dan dirawat secara poliklinis tanpa hasil.

Disamping sesak nafas mengeluh tentang nyeri perut, obstipasi dan diare silih berganti yang sudah diderita sejak pertengahan 1970. Diare tidak tiap hari dan tinjanya biasanya cair bercampur lendir tanpa darah. Pada tahun 1969 untuk pertama kalinya mengalami serangan rasa panas, merah, gatal dan tebal dikulit muka, daun telinga menjalar ke leher dan dada bagian atas. Serangan ini berjalan kira kira 1/4-1/2 jam dan timbulnya berhubungan dengan emosi, kalau sedang marah atau bicara dalam pertemuan.

Pada pemeriksaan kulit selain flushing kulit muka yang hilang timbul didapatkan kelainan menetap katub jantung kanan berupa bising pan sistolik dan midsistolik di garis parasternal kiri dengan punctum maksimum di ruang iga IV*V. Disamping itu juga ada bising sistolik didaerah pulmonal dengan suara mendua dari P2. Bendungan vena jugularis tampak jelas. Hepar membesar 3-4 jari dibawah arkus kosta, tapi tumpul dengan permukaan kurang rata, tapi tak berbenjol benjol dan sekeras hepatoma.

Laboratorium

Hb: 11,5 gr%, L: 8200/mm³, BUN : 9 mg%, Creat : 0,92mg%
 TTT; 4 Mg%, Alk fosfatase: 5,3, Kolesterol: 142mg%,
 Albumin: 4,8 gr%, Globulin : 1,45 gr%, GTT: normal.
 Pemeriksaan 5 HIAA dalam urine tidak dapat dikerjakan.
 ECG : menunjukkan tanda tanda RVH dan deviasi poros kekanan.

Radiologi : Pemeriksaan Barium follow through dan barium inloop menunjukkan adanya kelainan di ileum distal yang diduga suatu Ileitis terminalis. Gambaran scanning hati hanya menunjukkan adanya pembesaran dari hati khususnya lobus kiri.

Laporan operasi :

Tumor di ileum bagian distal sesuai dengan gambaran radiologi dengan metastase di mesenterium dan hepar.

Dilakukan reseksi segmen ileum dengan tumornya dan hemicolectomy kanan.

Hasil Patologi anatomi:

Makroskopik : Tampak tumor yang menonjol dalam lumen dengan garis tengah 1,5 cm, warna tumor kekuning-kuningan.

Mikroskopik : Tampak sel sel epitel kecil, bulat dan kuboid dengan inti padat dalam susunan yang monoton, sel sel bergerombol membentuk kepulauan kecil kecil

Gambaran ini khas untuk tumor karsinoid.



Gambar 1
Barium-enema menunjukkan adanya kelainan di ileum terminalis



Gambar 3
Pada irisan dalam daerah ileum terminal bawah valvula Bauhini tampak dungkul yang menonjol dalam lumen dengan garis tengah 1,5 cm, warna tumor kekuning-kuningan



Gambar 4a
Gambar mikroskopik dari tumornya. Perhatikan sel-sel epitel kecil-2 bulat dan cuboid dengan inti padat dalam susunan yang monotone



Gambar 4b
Gambaran khas untuk tumor carcinoid; sel-sel bergerombol membentuk kepulauan kecil-2

Daftar Kepustakaan.

1. Adolf J.M.G. et al.: Carcinoid tumors: CT and $I-131$ Meta-iodo-benzylguanidine Scintigraphy. Radiology 1987, 164, 199 -203.
2. Anderson W.A.D. et al.: Pathology. Vol II, 7th ed, Mosby comp, Saint Louis 1977, 1310 - 1312.
3. Carrasco C.H. et al.: The Carcinoid Syndrome Palliation by Hepatic Artery Embolization. AJR 147, 149-154, 1986.
4. Cockey B.M. et al.: Computed Tomography of Abdomen Carcinoid Tumor. Journal of Computer assisted Tomography 9, 38-42, Jan/Feb 1985.
5. Del Regato J.A. et al.: Ackerman and del Regato's Cancer. 6th ed, Mosby comp, St Louis 1985.
6. Djayapranata I.: Laporan Syndrom Carcinoid oleh Tumor Carcinoid di Ileum. Kongres PAPDI II, Surabaya 1973.
7. Hadi S. : Ultrasonography pada Kanker Hati. Alumni, Bandung 1984.
8. Huwae B. : Tumor Karsinoid dari Ileum Terminalis ; Suatu Laporan Kasus dan Tinjauan Kepustakaan. Kongres Nasional Radiology, Jakarta 1973.
9. Lersky R.A. : Practical Ultrasound. IRS Press, Oxford Washington, 1988.
10. Meshan I. : Roentgen Sign in Diagnostic Imaging. Vol I, 2nd, W.B. Saunders 1984.
11. Robbin S.L. et al. : Pathologic Basis os Disease. 3thed, W.B. Saunders 1984, 842-845.
12. Robbin S.L. et al. : Basic Pathology. 4th ed, W.B. Saunders, 1987, 536-539.
13. Rosai J. : Ackerman's Surgical Pathology. Vol I, 7th ed, Mosby comp, St Louis, 1989.
14. Spiro H.M. : Clinical Gastro Enterology. Mac Millan Publ, New York 1970, 500-506.
15. Srein G.N. et al.: Tumor Atlas of the Gastro Intestinal Tract. Year Book Medical Publ, Chicago 1973

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

KK 618.994
Wij a ArgentaFinoma (Tumor Karsinoid)
Wijaya, Andy

No. MHS	NAMA PEMINJAM	Tgl. Kembali

PAMERAN
17 SEP 1994