

STRUMA NODOSA

Oleh :

R. Martatko Marmowinoto FICS
Sunarto ReksoprawiroSeksi Bedah Kepala dan Leher Bagian Ilmu Bedah
FK Unair / RS Dr. Soetomo SurabayaPENDAHULUAN

Struma ialah pembesaran kelenjar thyroid yang berbentuk difus ataupun nodeus. Dilihat dari nodularitasnya bisa satu (single) atau uninodosa ataupun banyak atau multinodosa. Pada umumnya multinodosa yang besar dan berlangsung lama banyak kaitannya dengan endemic goitre, yang mana sebab utamanya karena kekurangan jodium. Pada umumnya nodule yang single berupa adenoma dan adenoma yang single harus waspada akan kemungkinan keganasan (2,11).

Biarapun sebagian besar keganasan dari kelenjar thyroid umumnya well differentiated yang mempunyai prognosa yang baik, tetapi sebagian kecil merupakan bentuk yang undifferentiated yang mempunyai prognosa jelek.

Program jodisasi baik dengan lipiodol maupun dengan iodisasi garam akan menurunkan angka dari endemic goitre, tetapi nampaknya tidak demikian halnya dengan adenoma.

Diaksud dari penulisan ini adalah sekedar mengemukakan data sebagai laporan pendahuluan dari penelitian kami di Surabaya.

DATA KLINIK

Selama 4 tahun (Januari 1980 s/d. Desember 1983) telah dirawat dan dioperasi 708 penderita struma nodosa non toxica di Bagian Ilmu Bedah FK Unair / RS Dr. Soetomo Seksi Bedah Kepala dan Leher Surabaya.

Dari 708 ini 676 penderita dapat kami evaluasi. Dari 676 penderita yang dapat dievaluasi terdiri dari 571 wanita dan 105 pria atau dalam perbandingan 5 ; 1. Penderita termuda 10 tahun dan tertua 73 tahun.

Dari 676 penderita ini 107 merupakan neoplasma ganas, sedangkan 441 merupakan neoplasma jinak. Bila papillary adenoma dimasukkan dalam bentuk yang ganas, maka jumlah ini menjadi 114 (16,9%) suatu jumlah yang cukup tinggi. Hampir semua penderita tingkat sosioekonominya tergolong rendah.

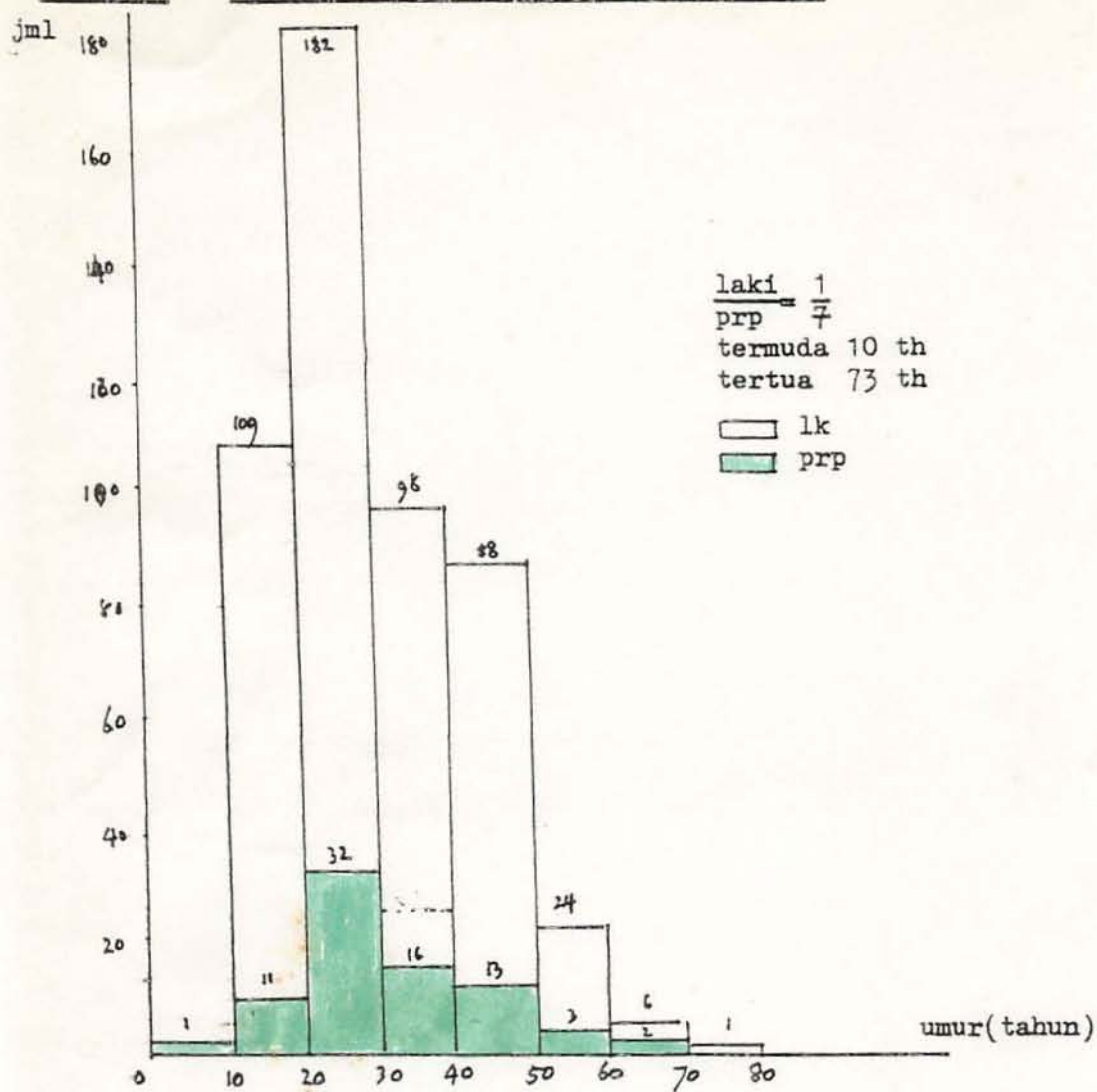
MILIK
PERPUSTAKAAN
"UNIVERSITAS AIRLANGGA"
SURABAYA

262/E/H/86.

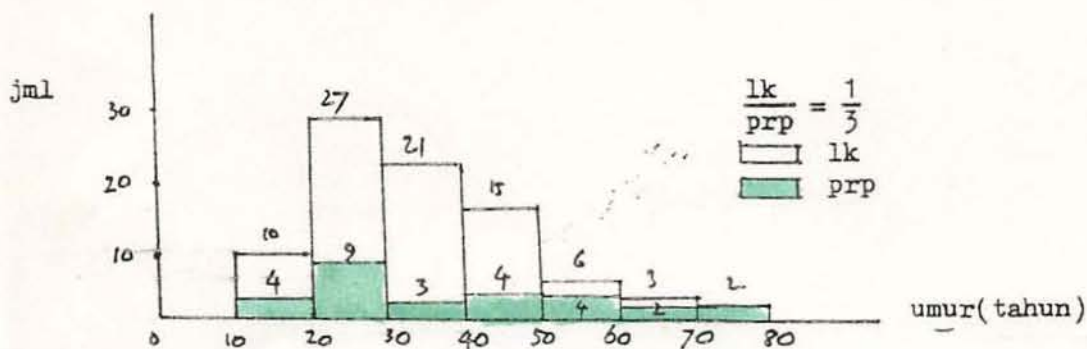
Distribusi umur

Distribusi umur dari neoplasma jinak dan ganas seperti nampak pada tabel I dan II.

Tabel I : Distribusi umur neoplasma jinak



Tabel II : Distribusi umur neoplasma ganas



Walaupun tampak jelas disini bahwa pada neoplasma jinak kelompok umur 20 - 30 tahun merupakan kelompok yang terbanyak baik pada wanita maupun pada pria. Dan kelompok umur 10 - 20 tahun pada wanita merupakan kelompok No. 2 banyaknya.

Pada neoplasma ganas kelompok umur 20-30 tahun merupakan jumlah yang terbanyak baik pada wanita maupun pada pria. Sedangkan kelompok umur 30 - 40 tahun merupakan kelompok No. 2 pada wanita.

Gambaran Histopathologi

Semua penderita yang dirawat dilakukan pemeriksaan histopathologi. Umumnya ini dilakukan sesudah operasi.

Adapun gambaran Histopathologi sebagai tabel berikut :

Tabel III : Neoplasma jinak :

Macam	Jumlah	%
colloid adenoma	261	59,1
follicular adenoma	31	7,0
simple adenoma	77	17,5
foetal adenoma	53	12,0
embryonal adenoma	11	2,5
papillair adenoma	7	1,6
Hurtle'se cel adenoma	1	0,2
	441	100

Tabel IV : Neoplasma ganas :

Macam	Jumlah	%
papillair adeno Ca	73	68,2
folliculair adeno Ca	30	28,0
medullair adeno Ca	-	-
undifferentiated Ca	4	3,8
	107	100

Tabel V : Goitre :

Macam	Jumlah	%
adenomatous goitre	96	82,0
struma colloidis	21	18,0
	117	100

Tabel VI : Radang Chronis :

Macam	Jumlah	%
Hashimoto thyroiditis	11	100

Karena diagnosa histopathologis ditegakkan pasca bedah maka kami jumpai 11 penderita Hashimoto thyroiditis. Dari 11 ini satu penderita diduga suatu carcinoma. Penderita ini segera diberikan thyra-non dengan dosis berkisar sekitar 50 - 75 mg./hari tergantung dari aktivitasnya.

Macam Operasi

Macam operasi tergantung dari diagnosa kerja, pathologinya, kecurigaan keganasan, ada tidaknya metastase regional dan jauh, luasnya infiltrasi tumor. Dan hasil explorasi durante operationem. Macam-macam operasi dari 676 penderita yang kami hitung dari laporan bulanan adalah sebagai berikut :

Tabel VII :

Macam	Jumlah
subtotal lobectomi	507
total lobectomi	7
subtotal strumectomi	70
near total thyroidectomi	26
total thyroidectomi	62
total thyroidectomi + MND	7
total thyroidectomi + RND	3
total thyroidectomi + Tot. LX + RND	1
near total thyroidectomi + RND	3
subtotal strumectomi + trach.	1
biopsi	9
total thyroidectomi + craniot.	2
subtotal strumectomi	1
	703

Tujuan operasi pada tumor jinak adalah membuang jaringan pathologis secukupnya tanpa menimbulkan komplikasi dari N. recurrens, glandula parathyroid serta memperhatikan tujuan kosmetis.

Pada tumor ganas pengambilan jaringan pathologis sebanyak-banyaknya sehingga menghindari kemungkinan recidif, disamping menghindari komplikasi n. recurrens dan gld. parathyroid.

Pada struma nodosa sesudah explorasi lobus lain tidak ada kelainan, kita lakukan subtotal lobectomi, dari 507 subtotal lobectomi 21 kami dapatkan keganasan dan dari ini 10 kita lakukan thyroidectomi untuk melengkapi therapi, hasilnya tidak ada jaringan Ca lagi.

Subtotal strumectomi kami lakukan pada struma multinodosa, yang biasanya karena goitre. Sebagian besar struma multinodosa ini cukup besar dan yang terbesar seberat 4 kg. Untuk mencegah perdarahan yang banyak, sebelum operasi pada struma-struma yang besar kami ikat dulu cabang anterior a. thyroidea superiorinya.

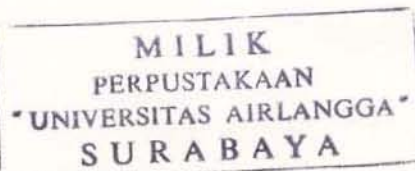
Near total thyroidectomi kami lakukan pada Ca Thyroid dimana kemungkinan besar untuk follow up sulit karena keadaan sosio ekonomi, tempat tinggal yang jauh dan terpencil atau transport yang sulit, diharapkan dengan ini tidak terjadi hypothyroid paska bedah, dan recurrent dari Ca-nya.

Umumnya pada penderita dengan Ca thyroid kita lakukan total thyroidectomi, bila pada explorasi kelenjar kita dapatkan pembesaran, warnanya berubah jadi kehitam-hitaman dan padat, maka kita teruskan dengan disselsi kelenjar modified.

Artinya hanya " picking out " dari kelenjar-kelenjar tetapi bilamana kelenjar-kelenjar ini telah melekat dengan jaringan sekitar, maka kita lakukan diseksi kelenjar radikal (RND). Seorang penderita kita teruskan dengan total laryngectomi karena infiltrasinya cukup dalam hingga menembus larynx skelet. Tumor tersebut kita lakukan biopsi bilamana telah inoperable artinya melekat dengan jaringan dasar di leher atau metastase jauh. Dua orang penderita kita lakukan juga craniotomi dengan ahli bedah saraf, karena metastase di calvarium dalam 2 tahap. Seorang penderita menderita juga Mamma Ca. Karena operasi-operasi tersebut di atas masih dimungkinkan memperoleh hasil kosmetis yang cukup baik, maka kami selalu incisi transversal menurut lipatan kulit, bila perlu ditambah dengan perpanjangan ke arah cranial disamping leher untuk diseksi kelenjar radikal.

Komplikasi

Dari 676 penderita yang dioperasi didapatkan komplikasi seperti tertera di Tabel VIII.



Label VIII : Komplikasi

Macam	Jumlah
Perdarahan	3
Putusnya N. recurrens	2
Hypoparathyroid	4
Tracheomalacia	1
Kematian	1
	11

Perdarahan didapatkan pada 3 penderita yang diketahui pada paska bedah dengan membengkaknya luka operasi, penderita ini karena bebat tekan tidak menolong dilakukan operasi kembali dan diketemukan sumber perdarahan yang kecil saja, dengan hematoom dan oedema jaringan yang hebat ; ketiga penderita ini dapat diselamatkan, ketiganya didapatkan pada struma nodosa yang besar.

Putusnya N. recurrens didapatkan pada 2 penderita yang dilakukan diseksi kelenjar disulcus tracheoesophagei karena metastase yang meliputi sepanjang N. recurrens sampai diapertura thoracis superior.

N. recurrens yang putus jahitkan kembali secara bedah mikro (dengan mikroskop), sehingga suara penderita tidak terganggu. Beberapa penderita kadang-kadang paska bedah mengalami suara parau tetapi dapat sembuh dalam waktu 2 minggu, diduga karena oedema dari laryngopharinx.

Hypoparathyroid ini terjadi segera setelah operasi penderita merasa paraesthesia, Chvostek positif, pada yang agak berat didapatkan carpopedalspasm, ini dapat diatasi dengan pemberian glucosa intravena pelan-pelan dan diteruskan dengan pemberian tablet calcium. Jadi sifat dari hypoparathyroidism ini adalah temporer. Ini dapat dimengerti karena kami selalu melakukan eksplorasi kelenjar parathyroid dan melakukan transplantasi bila kelenjar parathyroid meragukan viabilitasnya. Transplantasi dilakukan ke dalam otot m. sternocleidomastoideus. Hypoparathyroid kami jumpai justru pada subtotal strumectomy pada struma-struma yang besar, dimana umumnya amat susah untuk mengenal topografi dari glandula parathyroid.

Tracheomalacia didapatkan pada struma yang besar dan berlangsung cukup lama, sehingga kemungkinan besar timbul demineralisasi dari cartilago tracheae sehingga trachea penderita lembek, ini perlu dilakukan tracheotomi, dan tracheotomi ini dipertahankan cukup lama sehingga timbul fibrosis yang kuat disekitar trachea.

Kematian dijumpai pada seorang penderita dengan retrosternal struma.

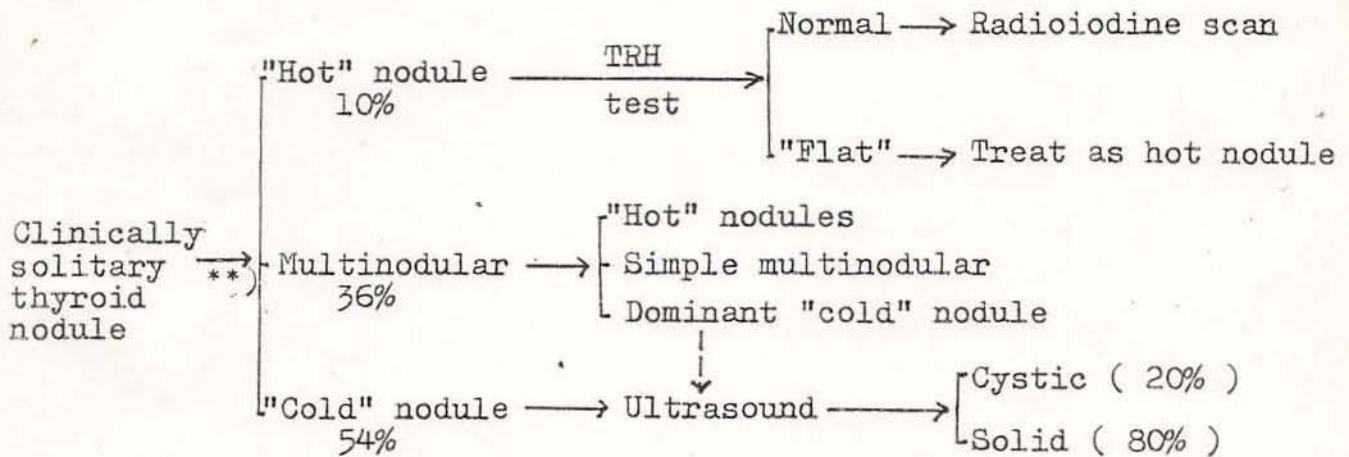
Struma penderitanya ini sedikit saja yang di leher sebagian besar di cavum thoracis karena secara pelan-pelan dapat ditarik keluar, penderitanya tidak dilakukan sternotomi, penderitanya ini mengalami sesak napas dan stress ulcer, sehingga tidak dapat diselamatkan.

Manifestasi klinis hypothyroidisme tidak kami jumpai pada penderitanya kami karena dalam waktu satu minggu paska bedah kita langsung memberi substitusi terapi dengan thyranon 50 - 75 mg. pada penderitanya total thyroidectomi, near total thyroidectomi ataupun subtotal strumectomy pada endemic goitre.

Diskusi :

Memilih cara yang tepat untuk diagnostik dan management dari struma nodosa di Rumah Sakit dimana penderitanya-penderitanya yang keadaan sosioekonominya sangat rendah cukup besar. Dugaan kami di Rumah Sakit Umum lain diagnosa umumnya terbatas, hanya berdasar pada pemeriksaan klinis, pemeriksaan radiologis yang sederhana dan pemeriksaan pathologis paska bedah pada sebagian penderitanya yang telah dengan susah payah dioperasi.

Ideal bila dapat ditaati skema dari MAISEY (7) untuk diagnosa struma nodosa yang solitair :



**) thyroid scanning

Decision matri. x (MAISEY)

Maka tidak mengherankanlah bilamana diberberapa klinik masih didapati diagnosa yang salah ataupun operasi yang tidak perlu.

Persoalannya sekarang bagaimana memperkecil kesalahan tersebut sehingga masih acceptable (9).

Tanpa gejala-gejala klinis yang jelas seperti : tumor yang cepat membesar, metastase regional, perlekatan lokal, paralyse, N. recurrens, metastase jauh (calvarium, vertebra, paru-paru, collum femoris), adanya fraktur pathologis memang sulit untuk membuat diagnosa dengan tepat, apakah suatu nodule di thyroid itu carcinoma atau bukan. Ditambah lagi di daerah endemik dimana banyak didapatkan struma nodosa yang biasanya jinak, ataupun terdapatnya campuran antara struma nodosa dengan carcinoma.

Disini mungkin peran aspirasi biopsi akan menonjol karena dengan aspirasi biopsi ini dapat diketahui diagnosanya jinak atau ganas. Banyak saja sebagian penderita mungkin tidak meneruskan therapi kalau dengan biopsi tersebut tumor telah mengecil atau penderita merasa enak. Aspirasi biopsi dibutuhkan patholoog c.q. cytoloog yang berpengalaman.

Menurut BLOCK (1,6) sesungguhnya ada 3 macam aspiration biopsy :

- a. Fine needle aspiration biopsy
- b. Large needle aspiration biopsy
- c. Large cutting needle biopsy

FNA (Fine Needle Aspiration) menghasilkan false negative 2-4% dan false positive 5-6%, sedangkan LNA (Large Needle Aspiration and Cutting Biopsy) menghasilkan false negative 0 - 3% dan false positive 0%. Sedangkan pengalaman LOWHAGEN (6) menghasilkan false negative 9%. Dengan pengalaman nampaknya menunjukkan bahwa angka ini menjadi turun. Namun bagaimanapun needle biopsy merupakan suatu cara alternatif yang praktis untuk diagnosa kelainan dari kelenjar thyroid sehingga dapat membuat diagnosa lebih tepat dan menghindari operasi yang tidak perlu.

Aspirasi biopsi juga dapat mem " by pass " beberapa pemeriksaan yang masih dirasakan sebagai suatu luxe di beberapa klinik seperti thyroid scanning, ultrasound dan bahkan plain foto leher.

Alternatif lain dari segi diagnostik pada single nodule adalah potong beku. Sebaiknya setiap single nodule dilakukan total lobectomy (isthmolobectomy atau hemithyroidectomy) (2), biarpun total lobectomy ini tidak tanpa komplikasi di tangan yang kurang ahli, komplikasi ini terutama terhadap N. recurrens (4, 8).

Menurut pendapat kami sesudah explorasi lobus yang lain dan dinyatakan tidak ada kelainan, total lobectomy cukup untuk suatu papillary adenocarcinoma thyroid yang kecil. Ini berdasar pada pertimbangan bahwa adeno Ca type papillair sering multifocal.

Untuk carcinoma thyroid mungkin near total thyroidectomi cukup baik bagi penderita-penderita yang sosioekonominya rendah sehingga penderita tidak mutlak diwajibkan untuk follow up secara teratur mengingat jauh dan transportnya, bahaya hypothyroid juga minimal karena masih ada sisa kelenjar thyroid yang cukup jauh tempatnya dari focus primernya sehingga cukup aman untuk tidak timbul local recurrent.

Bilamana ada metastase sebaiknya lebih radikal diambil, yaitu secara diseksi kelenjar radical (RND) ataupun modified Neck Dissection (MND) dengan segala kemungkinan variasinya.

DAFTAR KEPUSTAKAAN :

1. BLOCK, M.A. :
Surgery of the thyroid nodule and malignancy. Current surgical problems. Vol. XX No. 3, Yearbook Med. Publisher. Inc Chicago, London, 1983.
2. DJOKO HANDOJO, et al :
Makna pemeriksaan potong beku pada kelenjar thyroid dibandingkan pemeriksaan blok parafin. PIT II, IKABI Desember 1983.
3. HAMBURG, J.I. :
The thyroid gland, 2nd ed. Southfield Michigan, 1979.
4. YAO CHANG-CHIEN :
Surgical anatomy and vulnerability of the recurrent laryngeal nerve. International Surgery, 65 ; 1 : 1980 (p. 23 - 30).
5. KAMBAL, A. :
The single thyroid nodule ; low incidence of cancer in an endemic goitre area. International surgery, 65 ; 1 : 1980 (p 15 - 17).
6. LOWHAGEN, T, et al :
Aspiration biopsy cytology in diagnosis of thyroid cancer World J. Surg. 5, 61 - 73, 1981.
7. MAISEY, M.N. :
Method of investigation in the diagnosis and management of thyroid carcinoma, World J. Surg. 5, 49 - 59, 1981.
8. MAK, B, et al :
Experience with hemithyroidectomy for thyroid disease. International surgery 65 ; 1 : 1980 (p 11 - 14).
9. MARMOWINOTO M. :
Problems in thyroid cancer, 3 rd. Asian Cancer Conf., Manila, 1978.
10. REDI ROSADI P. :
Mencari faktor-faktor yang mempengaruhi indikasi operasi struma. Original Paper, 1982.
11. SIMANJUNTAK, T.M. :
Penanganan benjolan thyroid. Ropanasuri, 13 : 12, 68 - 71, 1984.

12. SPAULDING, S.W. :

Hypothyroidism, early diagnosis and treatment Primary
Care, vol. 4 No. 1, March 1977.

MILIK
PERPUSTAKAAN
"UNIVERSITAS AIRLANGGA"
SURABAYA

PERPUS

JL.

2024 39

