

TINJAUAN KEPUSTAKAAN

K A R S I N O M A L A M B U N G

o  
l  
e  
h

MILIK  
PERPUSTAKAAN  
"UNIVERSITAS AIRLANGGA"  
SURABAYA

GEORGE EDWARD PALAR \*

TROEF SOEMARNO & SOEBAGYO ROCHMADI \*\*

MASHAR OESMAN \*\*\*

- 
- \* Dokter dalam pendidikan keahlian bidang Radiologi pada F.K. UNAIR / RSUD. Dr. SOETOMO.
  - \*\* Moderator / Staf pada Laboratorium Patologi F.K. UNAIR.
  - \*\*\* Moderator / Staf pada Laboratorium / UPF. Radiologi F.K. UNAIR / RSUD. Dr. SOETOMO.

UNIVERSITAS  
AIRLANGGA  
KK  
992 33  
Kar  
k

K A R S I N O M A L A M B U N G .I. PENDAHULUAN.

Makin maju suatu negara maka sanitasi lingkungan tidak menjadi masalah lagi. Jadi angka kematian oleh karena penyakit infeksi relatif kecil dibandingkan dengan negara yang sedang berkembang. Oleh karena itu pada negara yang telah maju angka kematian yang tinggi salah satu penyebabnya adalah kanker, termasuk disini adalah karsinoma lambung.

Karsinoma lambung merupakan tumor ganas yang terpenting dan paling banyak ditemukan dibandingkan dengan keganasan yang lain yang timbul pada lambung ( kira kira 90 - 95% ), dan 40% dari semua karsinoma pada gastro-intestinalis (8,13).

Karsinoma lambung umumnya prognose jelek oleh karena diagnose untuk pertama kali ditegakkan biasanya sudah dalam stadium lanjut, dimana secara keseluruhan daya tahan hidup 5 tahun hanya sekitar 15% (9). Untuk ini perlu diagnostik dini yang tepat untuk mengurangi angka kematian.

II. INSIDENS.

Insidens dari karsinoma lambung berbeda untuk beberapa negara. Insidens yang tinggi terutama di Islandia dan Jepang. Di Amerika Serikat merupakan penyebab kematian ketiga disamping kanker paru dan usus pada laki laki.

Di Islandia kira kira 35 - 45% dari semua kematian oleh karena kanker pada laki laki (1,13).

Umumnya laki laki ditemukan lebih banyak dari pada wanita = 2 : 1, dan umumnya terdapat pada umur sesudah 40 tahun, terutama pada umur 50 - 70 tahun. Tetapi penyakit ini pernah dilaporkan ditemukan pada anak anak, pubertas, orang muda dan orang yang sudah tua ( diatas 70 tahun ) (9).

Levine dan kawan kawan mendapatkan 9 penderita muda ( antara umur 26 - 40 tahun ) dari 85 kasus yang mereka temukan ( kira kira 10% ) (6).



**III. FAKTOR PREDISPOSISI.**

Dikatakan bahwa karsinoma lambung mempunyai beberapa faktor predisposisi yang berhubungan timbulnya penyakit ini (9) :

## 1. Faktor herediter.

Beberapa keluarga tertentu mempunyai tendensi untuk mendapatkan karsinoma lambung.

Orang dengan golongan darah A secara statistik lebih banyak ditemukan dari pada golongan darah yang lain.

## 2. Faktor ras. (1,9,13,14,18).

Beberapa penyelidikan didapatkan insidens yang tinggi di Skandinavia dan Jepang, dan insidens yang rendah di Venezuela. Di Indonesia jarang ditemukan pada orang pribumi, tetapi lebih umum ditemukan pada orang Cina yang hidup dengan cara yang sama dan pada daerah yang sama di Indonesia.

## 3. Faktor daerah dan tempat kediaman.

Pada penyelidikan di Wales dan Belanda didapatkan insidens yang tinggi pada daerah yang tanahnya subur dan rendah pada tanah yang berkapur (9).

## 4. Faktor tingkat sosial.

Pada daerah tertentu penyakit ini lebih umum ditemukan pada orang miskin.

## 5. Faktor makanan.

Pada penyelidikan di beberapa negara, faktor makanan mempunyai hubungan dengan tingginya insidens. Misalnya di Islandia dimana caranya memasak ikan dan daging yang diasapi ( smoked fish ) dimana dihasilkan suatu polycyclic hydrocarbon terutama 3,4 benzpyrene. Di Jepang dimana konsumsi beras yang telah diawetkan ( talc treated rice ) yang mempergunakan asbestos fiber dalam talk dan postulated, yang mana zat tersebut kemungkinan merupakan baban karsinogen ( 10,15 ).

## 6. Ulkus lambung previous.

Dikatakan ada hubungan ulkus lambung yang menjadi ganas, terutama ulkus yang kronis.

Selain faktor faktor predisposisi yang tersebut diatas, juga dikenal adanya kondisi prekanker yaitu ( 9,10,13,14 ) :

- Polip
- Anemia pernisiiosa
- Gastritis atrophicans dan intestinal metaplasia.

#### IV. GAMBARAN PATOLOGIK.

##### A. MAKROSKOPIK.

Menurut lokalisasinya, frekwensi karsinoma lambung adalah sebagai berikut :

- 50% atau lebih pada regio pilorus atau prepiloric

- 25% pada corpus dan fundus
- 25% pada tempat tempat yang lain (8).

Atau : 39% pada curvatura minor

12% pada curvatura mayor

24% pada dinding anterior dan posterior

25% pada sekeliling ( Eker& Efskind ) (8).

Secara makroskopik karsinoma lambung dapat dibagi dalam beberapa katagori ( 1,9,10,13,14,15). :

##### 1. Early gastric carcinoma.

Sering juga disebut sebagai superfisial karsinoma.

Early gastric carcinima biasanya hanya dapat ditentukan secara histologik saja, dimana memperlihatkan suatu daerah yang flat (datar) dengan penebalan dan indurasi dari pada mukosa, atau lesi dapat berupa polipoid, ulcera tif dan ekskavasi.

##### 2. Fungating dan polypoid carcinoma.

Tumbuh menonjol kedalam lumen dan dasarnya pada selaput lendir, tidak tumbuh infiltratif kedalam otot dan serosa, hanya kedalam submukosa. Pada perabaan mudah rapuh, lembek dan pada bagian tengah permukaan sering mengalami nekrotik.

##### 3. Ulcerative carcinoma.

Kadang kadang sulit dibedakan dengan cara pemeriksaan radiologis dan endoskopis dari suatu ulkus peptikum yang kronis.

##### 4. Diffuse spreading infiltrative.

Tumor ini membesarnya sangat luas, kadang kadang keseluruhan dinding lambung, tanpa bentuk massa tumor yang besar intra lumener. Seluruh lapisan dinding lambung menjadi tebal dan kakuh, sehingga disebut linitis plastica atau leather bottle stomach.

## B. MIKROSKOPIK.

Gambaran histologik karsinoma lambung menurut WHO (11) :

1. Adenokarsinoma : suatu tumor ganas dari kelenjar epitel dimana termasuk struktur tubulus, asinus dan papiler. Umumnya karsinoma lambung adalah adenokarsinoma. Adenokarsinoma lambung dapat berupa :
  - a. Papiler adenokarsinoma : suatu adenokarsinoma yang terdiri dari pointed atau blunt fingerlike epithelial proses dengan fibrous cores.
  - b. Tubuler adenokarsinoma : suatu adenokarsinoma yang predomnan terdiri dari cabang tubulus yang tertanam atau dikelilingi fibrous stroma.
  - c. Musin adenokarsinoma : suatu adenokarsinoma dimana substansianya banyak mengandung musin yang tertahan didalam tumor.
  - d. Signet ring cell karsinoma : suatu adenokarsinoma dimana predomnan komponennya terdiri dari isolated tumourcell yang mengandung banyak musin.
2. Adeno squamous karsinoma : suatu tumor tunggal dimana kedua elemen yaitu adenokarsinoma dan squamous karsinoma terdapat. Kondisi ini berbeda dengan small foci of squamous metaplasia, dimana dapat terjadi pada gastric adenomatous dan dari collison tumor.
3. Squamous sel karsinoma : Adalah suatu tumor ganas epitel, dimana terdiri dari sel sel yang menyerupai dari epitel squamous.
4. Karsinoma tanpa diferensiasi : Adalah suatu tumor ganas epitel, dimana tidak mempunyai struktur kelenjar, atau gambaran lain untuk dapat ditentukan diferensiasinya.



## 5. Karsinoma tanpa klasifikasi :

Adalah suatu tumor ganas epitel, dimana ini tidak dapat ditempatkan pada katagori yang tersebut diatas.

V. GAMBARAN KLINIK.

Karsinoma lambung gejala klinisnya dapat tersembunyi pada fase dini dan pada stadium lanjut manifestasi klinisnya sangat bervariasi. Perjalanan penyakitnya dapat bersifat fulminan atau insidious, dalam waktu pendek atau panjang (18).

Gejala klinik dapat berupa (12,13,18) :

Pada mulanya timbul anoreksia, kemudian mual dan muntah, penurunan berat badan, kelemahan umum dan gangguan pada abdomen. Gangguan pada abdomen ini dapat bervariasi dari <sup>nyeri</sup> epigastrium ringan yang intermiten sampai nyeri hebat yang terasa sampai kebelakang. Pada tipe ulceratif nyeri dapat berupa nyeri pada ulkus peptikum (18).

Dapat juga terjadi gejala obstruksi, diare, hematemesis dan melena.

Bila telah terjadi penyebaran maka organ yang terkena dapat memberi gejala klinis, pada organ yang terkena.

Penyebaran tumor dapat berupa (12,13,18) :

- Secara langsung ( percontinitatum ) ke alat tubuh sekitarnya seperti hati, pankreas, gall bladder, oesophagus, dan bilamana sel tumor menembus serosa kemudian masuk kerongga peritoneum.
- Penyebaran secara limfogen ke kelenjar limfe regional, terutama ke curvatura mayor, omentum dan periaortal. Juga ke kelenjar limfe supra claviculer yang dikenal sebagai kelenjar Virchow.
- Penyebaran secara hematogen misalnya kehati melalui v. porta, atau ke alat tubuh yang lain seperti paru, tulang dan lain lain.

VI. LABARATORIUM.

Gambaran laboratorik dapat berupa (12,18) :

- Pada stadium lanjut didapatkan anemia, biasanya anemia

tipe dari perdarahan kronis.

- Sering juga dijumpai adanya occult blood dalam tinja.
- Hypoalbuminemie.
- Test dengan maksimum pentagastrin, betazole atau histamin didapatkan achlorhidria 50% dari penderita dan 25% hipochlorhidria.
- Gastric sekresi berisi dari peningkatan dari pada lactic acid ( lebih besar dari 100 ug/ml pada 50% penderita dan juga peningkatan beta glucoronidase ( lebih besar dari 1 unit per mg protein ) pada 90% penderita.
- Terdapat carcinoma embryonic antigen pada sebagian penderita, tetapi ini tidak spesifik, karena ini juga meningkat pada keganasan yang lain.
- Juga seperti pada keganasan yang lain terdapat peningkatan dari serum haptoglobin dan abnormal spike dari pada serum protein electrophoretogram biasanya suatu Ig G globin.

## VII, GAMBARAN RADIOLOGIK.

### A. Barium intake

Pada umumnya karsinoma lambung pada foto dengan barium cenderung memberi gambaran adanya filling defect atau penyempitan yang menyeluruh (4).

Pada barium study, karsinoma gaster memberikan bermacam macam gambaran yang pada umumnya dapat dibagi atas (4,8,16,17) :

1. Yang berbentuk ulkus, yang keluar dari lumen gaster ( bentuk ulseratif ).
2. Yang berbentuk penonjolan kedalam lumen gaster ( bentuk eksofitik/proliferatif ).
3. Yang merambat di dinding lambung ( bentuk scirrhus/infiltratif ).

#### Bentuk ulseratif

Ulkus yang maligna pada lambung mempunyai beberapa ciri khas pada gambaran radiologiknya, yaitu : adanya Carmen meniscus, gambaran ini hampir pasti ganas.

Gambaran lain yang dicurigai ganas, dimana ulkusnya besar dengan kontur yang tidak teratur, berlokasi di curvatura mayor dan menghilangnya lipatan lipatan mukosa ke arah ulkus.

Bentuk eksofitik.

Memberi gambaran yang menonjol kedalam lumen gaster, dimana ini dapat berbentuk :

- Polipoid, dimana terlihat filling defect yang berbentuk noduler.
- Fungatif, dimana terlihat filling defect yang berbentuk tidak teratur. Bentuk ini hampir pasti maligna.

Bentuk scirrhous/ infiltratif.

Memberi gambaran leather bottle appearance atau linitis plastica.

B. Computed Tomography.

Bantuan CT scan untuk mengevaluasi tumor gaster dalam hal :

- Terutama dalam menentukan staging dan perencanaan dalam pengobatan.
- Keberhasilan dari respons suatu pengobatan.
- Untuk mendeteksi adanya rekurensi.
- Pada kasus yang tertentu CT dapat juga membantu dalam diagnose banding dari suatu lesi pada gaster.

Adenokarsinoma pada CT dapat memberikan gambaran :

- Penebalan yang terkonsentris dari dinding.
- Penebalan fokal dari dinding.
- Atau suatu massa intraluminal. (7)

C. Ultrasonografi.

Pemeriksaan dengan USG pada abdomen, seringkali kita mendapatkan gambaran target pattern, yang mana gambaran ini tidak spesifik untuk kelainan tertentu, tetapi gambaran ini khas untuk abdominal viscera. Gambaran ini memperlihatkan suatu massa yang bulat atau oval dengan dense central echoes dengan zone anechoic dibagian periferinya ( 2,5 ). *yang berongga*.

Gambaran sonogram ini mula mula dikatakan sebagai gambaran yang spesifik untuk suatu karsinoma lambung, tetapi kemudian dilaporkan juga terdapat pada tumor maligna dari tractus gastro intestinalis yang lain.

Gambaran target pattern ini dapat dijumpai pada keadaan (2,5) :

- Komplikasi dari tumor primer tractus gastro intestinalis seperti : perforasi, pembentukan abses, tumor metastatik.
- Dapat juga terlihat pada : penyakit Crohn, gastritis corrosiva, hematoma intramural, enteritis karena radiasi, di-



dimana pada kelainan kelainan ini terjadi penebalan dinding usus akibat oedem, fibrotik dan perdarahan.

- Pada neonatus gambaran ini dijumpai pada stenose pyloric, sedangkan pada infant didapatkan pada intussusepsi.
- Dapat juga karena adanya makanan pada lumen usus.

Karena gambaran ini tidak spesifik untuk karsinoma lambung maka pemeriksaan dengan barium intake merupakan metode diagnostik yang terpilih untuk karsinoma lambung.

### VIII. PEMERIKSAAN ENDOSKOPI.

Gastroskopi sangat membantu untuk mendiagnose karsinoma lambung terutama sekali dengan pemeriksaan dengan barium intake foto tidak dapat ditentukan kelainan.

Kecermatan diagnostik dari pemeriksaan gastroskopi langsung disertai dengan biopsi adalah amat tinggi sekitar 90%.

Juga mampu mendeteksi karsinoma lambung yang masih kecil dengan diameter lebih kecil dari 1 cm (3).

### IX. DIAGNOSE

Diagnose untuk karsinoma lambung yang advanced adalah mudah, bilamana gejala klinis dan gambaran radiologisnya sudah jelas (18).

Pada karsinoma dini <sup>SUKOR</sup> untuk didiagnose, tetapi perubahan yang tiba tiba dari fungsi gastrointestinal bagian atas, terutama anoreksia pada laki laki diatas umur 40 tahun patut dicurigai (18).

Jadi diagnose karsinoma lambung dibuat dengan melihat :

1. Gambaran klinisnya.
2. Pemeriksaan laboratorium yang membantu diagnose.
3. Gambaran radiologis
4. Gastroskopi dan biopsi.

### X. PENGOBATAN.

Pengobatan untuk karsinoma lambung dapat berupa (12) :

1. Pembedahan.
2. Radiasi.
3. Chemotherapy.

Pembedahan.

Sebagai kunci pengobatan dari karsinoma lambung adalah total/radikal reseksi dari pada lesi, area yang berdekatan dengan lesi dan kelenjar limfe yang terkena.

Dapat berupa :

- a. Total gastrectomi
- b. Partial gastrectomi

Radiasi.

Pengobatan dengan radiasi pada karsinoma lambung hasilnya sangat minim atau sama sekali tidak ada.

Dapat digunakan pada penderita yang mengalami rekuren tapi ini jarang, dimana hanya diperlukan untuk menghilangkan rasa nyeri.

Chemoterapi.

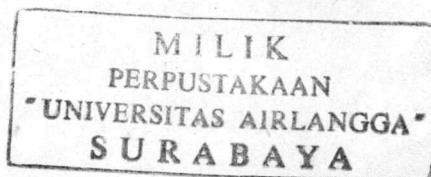
Peranan dari chemoterapi pada pengobatan karsinoma lambung adalah hasilnya kurang bearti. Sekarang ini belum ada suatu agent yang dapat menunjukkan hasil yang baik (12).

XI. PROGNOSE.

Prognose dari karsinoma lambung umumnya jelek, tidak lebih dari 15% penderita yang dapat mencapai five years survival sejak pertama kali diagnose dibuat (9). Tipe superfisial dan tipe polipoid/ fungating prognose-nya lebih baik dari tipe yang lain (1).

Prognose jelek karsinoma lambung tergantung oleh beberapa faktor :

- Tumor secara histologik sudah termasuk derajat yang tinggi dari suatu keganasan.
- Waktu dari diagnose dibuat, dimana telah terjadi penyebaran ke kelenjar limfe regional, atau sudah anoperable, juga pula karena telah terfiksasi dengan organ sekitarnya, atau telah terjadi metastase jauh (9).



## XII. KESIMPULAN

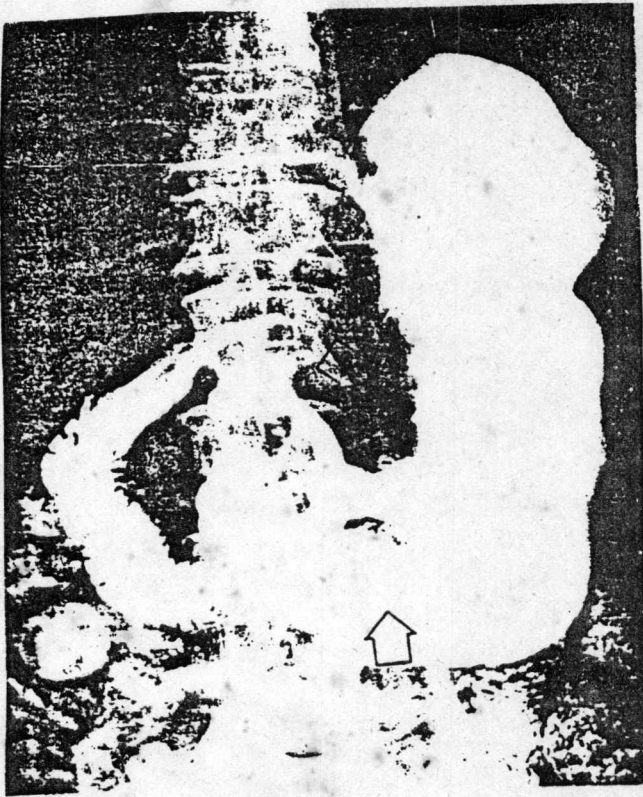
Telah dibicarakan tentang karsinoma lambung mengenai faktor predisposisi, insidens, patologi, klinis, radiologis, laboratorium, diagnose, pengobatan dan prognosnya. Dimana dapat disimpulkan bahwa pada fase dini diagnose sukar ditegakkan kerana gejala kliniknya sangat minim atau sama sekali tersembunyi, dimana gejala klinik sudah manifest pada kasus yang sudah advanced yang mana prognosnya sudah jelek.



KEPUSTAKAAN.

1. Anderson W.A.P & Kissane J.M ;  
Pathology, vol II. seventh edition.  
The CV Mosby Company, St Louis, 1307-1309, 1977.
2. Bluth J et all ;  
Ultrasonic Evaluation of the Stomach, Small Bowel and Colon.  
Radiology, 133 : 677-680, 1979.
3. Djajapranata I ;  
Peranan endoskopi dan biopsi pada karsinoma lambung.  
Naskah lengkap Kongres Nasional Ikatan Ahli Radiologi Indonesia ke IV 1980.
4. Eisenberg R.L ;  
Gastrointestinal Radiology.  
J.B Lippincott Company, Philadelphia, 202, 231 & 249, 1983.
5. Fakhry J.R & Berk R.N ;  
The Target Pattern : Characteristic Sonographic Feature of  
Stomach and Bowel Abnormalities.  
AJR, 137 : 969-972, 1981.
6. Levine M.S et all ;  
Carcinoma of the Gastric Cardia in Young People.  
AJR, 140 : 69-72, 1983.
7. Mauro M.A & Koehler R.E ;  
Computed Body Tomography, third edition.  
Raven Press, New York, 313-318, 1983.
8. Mescham I ;  
Roentgen Sign in Diagnostic Imaging, vol I, second edition.  
W B Saunders Company, Philadelphia, 640-643, 1984.
9. Morson B.C ;  
Systemic Pathology, vol III, second edition.  
Churchill Livingstone, Edinburgh, 1038-1048, 1978.
10. Morson B.C & Dawson I.M.P ;  
Gastro intestinal Pathology.  
Blackwell Scientific Publication, Oxford, 132-156, 1974.
11. Oota K & Sobin L.H ;  
Histological Typing of Esophagus and Gastric Tumors.  
Geneva, 38-41, 1977.

12. Paulson M ;  
Gastroenterologic Medicine.  
Lea & Febiger Philadelphia, 760-773, 1969.
13. Robbins S.L et all ;  
Pathologic Basic of Disease.  
University Book Publishing Company, Taipei, 821-825, 1984.
14. Rosai J ;  
Ackermans Surgical Pathology, vol I, sixth edition.  
The CV Mosby Company, St Louis, 435-445, 1981.
15. Si Chun Ming ;  
Tumors of the Esophagus and Stomach.  
Armed Forces Institute of Pathology, Washington DC,  
144-150, 1973.
16. Sudira I N & Badunggawe P ;  
The unusual Radiographic Appearance of a Gastric Carcinoma.  
Naskah lengkap Kongres Nasional Ikatan Ahli Radiologi In-  
donesia ke IV 1980.
17. White R.M et all ;  
Early gastric Cancer.  
Radiology, 155: 69-72, 1985.
18. Wintrobe M.M et all ;  
Harrisons Principles of Internal medicine, Seventh edition  
Mc Graw-Hill Kogakusha Ltd, Tokyo, 1447-1450, 1972.



... Radiograph demonstrating large irregular carcinomatous filling defects of the stomach.



... Linitis plastica (scirrhous carcinoma) of the stomach, imparting rigidity and filling defects of the wall of the stomach.



... Polypoid carcinoma occupying the body of the stomach.