

Parotidektomi Total Pada Karsinoma Sel Asinus Parotis

Bestari Jaka Budiman. [Seres Triola](mailto:seres.triola)

Bagian Telinga Hidung Tenggorok Bedah Kepala Leher
Fakultas Kedokteran Universitas Andalas/ RSUP. Dr. M. Djamil Padang

Abstrak

Karsinoma sel asinus parotis merupakan suatu kasus keganasan pada kelenjar liur yang sangat jarang terjadi dan bersifat *low grade*. Keganasan kelenjar liur ini memiliki manifestasi klinis berupa benjolan pada daerah parotis yang tumbuh secara perlahan. Pemeriksaan biopsi aspirasi jarum halus dan tomografi komputer sangat membantu dalam menegakkan diagnosis suatu karsinoma sel asinus parotis. Penatalaksanaan dengan parotidektomi total merupakan pilihan utama dalam menangani kasus ini, namun perlu kehati-hatian dan ketelitian dalam preservasi nervus fasialis dan pengangkatan massa secara adekuat untuk menghindari efek wajah mencong dan rekurensi tumor dikemudian harinya.

Dilaporkan satu kasus laki-laki usia 28 tahun yang didiagnosis suatu karsinoma sel asinus parotis grade 1 stadium III dan telah dilakukan tindakan parotidektomi total.

Kata kunci: Karsinoma sel asinus parotis, parotidektomi total, preservasi nervus fasialis

Abstract

Acinic cell carcinoma of the parotid gland is a case of malignancy of the salivary glands which is very rare and low grade nature with clinical manifestations a lump in the parotid region that grows slowly. In order to diagnose, it is necessary to do fine needle aspiration biopsy and computer tomography. Total parotidektomy is the main option in this case, but it need prudence and thoroughness in the preservation of the fascial nerve and maximum removal of the mass to avoid the effects of skewed face and the risk of tumour recurrence in the future.

Reported a case of men aged 28 years who were diagnosed with acinic cell carcinoma of the parotid, grade 1 stage III and had done a total parotidektomy procedure.

Key words: Acinic cell carcinoma of the parotid gland, total parotidektomy, preservation of the fascial nerve

Korespondensi: dr. Seres Triola: triolaseres@gmail.com

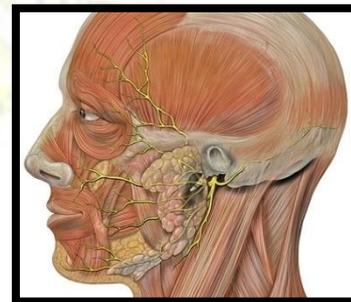
Pendahuluan

Secara umum kelenjar liur dikategorikan ke dalam kelenjar liur mayor dan minor.¹ Kelenjar liur mayor terbagi menjadi tiga, 1. Kelenjar parotis, 2. Kelenjar submandibularis, 3. Kelenjar sublingualis. Kelenjar liur minor terdiri dari 600-1000 kelenjar yang tersebar disepanjang saluran aerodigestif bagian atas.^{2,3}

Kelenjar parotis adalah kelenjar liur mayor yang tersusun atas sel asinus dan duktal (Gambar 1).^{2,4,5} Sel asinus merupakan struktur yang berfungsi untuk sekresi liur yang bersifat serous, sedangkan kelenjar sublingual menghasilkan sekresi yang bersifat mukous, dan kelenjar submandibula menghasilkan sekresi yang bersifat campuran.^{4,5}

Manifestasi klinis tumor kelenjar liur antara lain, 1. Benjolan soliter, tidak nyeri, di pre, infra, atau retro aurikula (tumor parotis), atau di submandibula (tumor sumandibula), atau intraoral (tumor kelenjar liur minor), 2. Kadang-kadang terdapat rasa nyeri sedang sampai hebat terutama pada keganasan parotis atau submandibula, 3. Parase nervus fasialis 2-3% pada keganasan parotis, 4. Disfagia, sakit tenggorok, gangguan pendengaran bila lobus profundus parotis terlibat, 5.

Parese nervus glossofaringeus, vagus, asesorius, hipoglosus, pleksus simpatikus pada karsinoma parotis lanjut.⁶



Gambar 1. Anatomi kelenjar parotis²

Karsinoma sel asinus parotis merupakan keganasan pada kelenjar liur yang sangat jarang terjadi, bersifat *low grade* dengan manifestasi klinis berupa benjolan pada daerah parotis yang tumbuh secara perlahan.¹ Karsinoma sel asinus paling banyak berasal dari kelenjar parotis sampai 80% dari keseluruhan kasus, sekitar 4% berasal dari kelenjar submandibular, hanya 1% yang berasal dari kelenjar sublingual, dan 17% ditemukan pada kelenjar liur minor.^{1,6,7,8,9,10}

Wanita lebih sering mengalami karsinoma sel asinus ini daripada pria (3:1), dengan distribusi umur antara dekade 2 sampai 7.¹¹ Lebih kurang 4% pasien dengan usia di bawah 20 tahun yang menderita karsinoma sel asinus.¹¹

Diagnosis karsinoma sel asinus didukung dari anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan radiologi, dan pemeriksaan histopatologi. Pemeriksaan histopatologi sangat berperan penting menegakkan karsinoma sel asinus, dengan gambaran suatu diferensiasi dari sel-sel asinar yang serous dan ditandai dengan sitoplasma yang bergranul.^{3,10}

Parotidektomi merupakan pilihan utama dalam penanganan keganasan kelenjar liur.¹⁶ Beberapa jenis tindakan parotidektomi di antaranya parotidektomi superfisial, parotidektomi total, parotidektomi radikal, dan parotidektomi radikal yang diperluas merupakan pilihan tindakan yang dapat digunakan sesuai dengan ukuran tumor dan derajat keganasan dari tumor parotis.¹²

L:aporan Kasus

Seorang laki-laki usia 28 tahun datang ke poli THT-KL subbagian Onkologi dengan bengkak pada daerah di bawah telinga sejak 1 tahun yang lalu yang membesar perlahan-lahan (Gambar 2). Pasien merasakan sulit menelan sejak 3 hari sebelum masuk RS sehingga pasien hanya bisa minum dan memakan makanan lunak. Demam, wajah mencong, sesak nafas, dan sukar membuka mulut tidak ditemukan. Benjolan tidak dirasakan nyeri, tidak terlihat merah atau panas pada perabaan. Keluhan hidung tersumbat, pandangan ganda, dan telinga terasa penuh tidak ditemukan. Bengkak pada ketiak, leher, dan lipatan paha tidak ada. Sebelumnya 1,5 tahun yang lalu pasien sudah pernah datang ke poli THT-KL dan diagnosis dengan Tumor Palatum. Keluhan pada saat itu benjolan pada langit-langit mulut sebelah kanan disertai dengan suara sengau. Benjolan pada pipi dan daerah di bawah telinga tidak ditemukan. Pasien masih bisa makan dan minum seperti biasa. Saat itu dilakukan biopsi pada palatum, dengan hasil suatu *Acinic Cell Carcinoma* (P. 3602-09). Post biopsi pasien menjalani kemoradiasi namun tidak selesai karena masalah biaya. Tidak terlihat perbaikan dari kemoradiasi yang dilakukan.



Gambar 2. Foto pasien

Pada pemeriksaan fisik didapatkan kesadaran komposmentis kooperatif, keadaan umum sedang, TD 110/70 mmHg, frekuensi nadi 96x/menit, frekuensi pernafasan 24x/menit, suhu afebril. Status lokalis THT-KL, pada pemeriksaan telinga dan hidung didapatkan hasil pemeriksaan dalam batas normal. Pada pemeriksaan tenggorok didapatkan arkus faring asimetris, uvula terdorong ke kiri, tonsil sukar dinilai/T1. Pada kavum oris tampak benjolan pada palatum bagian kanan dengan ukuran lebih kurang 4x3x2 cm, permukaan rata, tidak hiperemis, tidak terdapat nekrotik, perabaan kenyal padat, *mobile*, tidak terdapat nyeri tekan. Pada regio infra aurikula dekstra terdapat benjolan dengan ukuran 4x2x1 cm, *mobile*, tidak hiperemis, permukaan rata, perabaan kenyal padat, tidak dijumpai nyeri tekan, tidak panas pada perabaan. Pemeriksaan rinoskopi posterior dan laringoskopi indirek sukar dilakukan. Pemeriksaan kelenjar getah bening tidak terdapat pembesaran.

Diagnosis kerja adalah karsinoma sel asinus parotis dekstra grade 1, dilakukan pemeriksaan darah rutin, darah lengkap, Rontgen toraks, dan tomografi komputer orofaring.

Hasil pemeriksaan darah rutin, darah lengkap, dan Rontgen toraks dalam batas normal. Dari hasil tomografi komputer didapatkan kesan suatu tumor *deep lobe* parotis dekstra yang meluas ke parafaring. (Gambar 3.4).

Pasien dipersiapkan untuk rencana parotidektomi atas indikasi karsinoma sel asinus parotis dekstra grade 1 stadium III (T3 N0 M0).



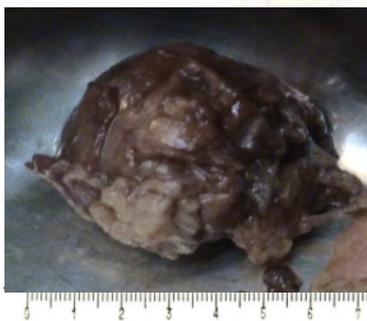
Gambar 3. Tomografi komputer orofaring potongan aksial sebelum operasi



Gambar 4. Tomografi komputer orofaring potongan koronal sebelum operasi

Pada tanggal 26 Maret 2011 pasien dirawat di bangsal THT, dan dilakukan persiapan untuk tindakan operatif *informed consent*, cukur rambut di sekitar lapangan operasi, puasa 6-8 jam pre operasi, persiapan ICU, persiapan darah *whole blood* 500 cc, konsul anastesi.

Pada tanggal 28 Maret 2011 dilakukan tindakan parotidektomi total dengan prosedur operasi pasien tidur terlentang di meja operasi, kepala menghadap ke arah kiri dalam narkose umum. Dilakukan aseptik antiseptik sesuai prosedur pada lapangan operasi, selanjutnya dilakukan insisi kulit pada daerah preaurikular setinggi tragus dari kranial ke arah kaudal daun telinga sampai pada tip mastoid. Kemudian dilanjutkan insisi mengikuti angulus mandibula, dan dilakukan diseksi secara tumpul untuk mengidentifikasi prosesus mastoideus dan kartilago kanalis auditorius eksterna. Dilakukan preservasi nervus fasialis dengan *landmark* prosesus mastoideus, kartilago kanalis akustikus eksterna, muskulus digastrikus, prosesus stilomastoideus, dan fisura timpanomastoideus. Pada lobus dalam dari parotis tampak massa berwarna kecoklatan, permukaan rata, berkapsul, tidak berlobus, perabaan kenyal padat, dan menempel sebagian besar pada lobus superfisial parotis. Dilakukan pengangkatan massa secara optimal, dibantu pendorongan massa dari orofaring dan berhasil dikeluarkan massa dengan ukuran lebih kurang 7x6x5 cm, berwarna kecoklatan, permukaan rata, berkapsul, tidak berlobus, perabaan kenyal padat (Gambar 5). Pengangkatan dilakukan dengan menjaga terjadinya trauma pada trunkus fasialis dan cabang-cabangnya, selanjutnya dilakukan pengangkatan kelenjar parotis secara keseluruhan. Setelah massa dan kelenjar parotis terangkat semua, dilakukan pencucian pada daerah operasi dengan menggunakan NaCl fisiologis. Dilakukan pemasangan hemofak. Luka operasi dijahit lapis demi lapis. Operasi selesai.



Gambar 5. Gambaran massa yang berhasil diangkat

Telah dilakukan tindakan parotidektomi total atas indikasi karsinoma sel asinus parotis dekstra grade 1 stadium III (T3 N0 M0) dalam narkose umum, operasi berlangsung selama 4 jam dengan jumlah perdarahan lebih kurang 1 liter. Jaringan yang didapat pada saat operasi dikirim ke laboratorium Patologi Anatomi. Instruksi post operasi 1. Awasi tekanan darah, nadi, nafas, suhu, dan tanda-tanda perdarahan, 2. Awasi tanda-

tanda parese nervus fasialis dan sindroma frey, 3. Diet makanan lunak bila bisung usus normal, 4. Awasi jumlah darah di dalam hemofak, 5. Cek hemoglobin post operasi. Terapi post operasi Seftriaxone 2x1gr (iv), Metronidazol 3x500mg (drip), Metikobalt 3x500mg (po), Deksametason 3x1 ampul (iv) *tapering off*, Ranitidin 2x1 ampul (iv), Tramadol 8 jam/kolf (drip) untuk 1 hari post operasi.

Pada *follow up* hari ke-1 tampak sudut kanan bibir turun terutama saat mencururkan mulut dan tersenyum diikuti rasa baal pada pipi sebelah kanan, nyeri pada luka bekas operasi dan pada saat membuka mulut. Tidak ditemukan demam, perdarahan dari mulut, dan produksi keringat meningkat saat mengunyah dan berbicara.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum sedang, kesadaran komposmentis kooperatif, tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 88x/menit, nafas 22x/menit, suhu afebris. Pemeriksaan status lokalis THT-KL di dapatkan hasil pemeriksaan telinga dan hidung dalam batas normal. Dari pemeriksaan tenggorok ditemukan arkus faring asimetris, uvula terdorong ke arah kiri, Tonsil T1-T1 tenang, dinding faring posterior tenang. Tampak palatum mole sebelah kanan udem, tidak hiperemis dan tidak nyeri tekan. Luka bekas operasi pada regio preaurikuler AD sampai regio submandibula dekstra tampak tenang, tidak ada darah merembes, tanda radang dan pus. Tampak darah di dalam hemofak sebanyak lebih kurang 18cc. Pemeriksaan darah rutin post operasi didapatkan dalam batas normal.

Pemeriksaan nervus fasialis didapatkan fungsi motorik 24, tonus 12, sinkinesis 4, hemispasme 0, fungsi pengecap normal, schirmer kiri dan kanan sama, sehingga disimpulkan parese nervus VII perifer dekstra setinggi infrakorda dengan fungsi motorik yang baik 80% dengan House Brackmann II (Gambar 6). Diagnosis pasien post parotidektomi total atas indikasi karsinoma sel asinus parotis dekstra grade 1 stadium III (T3 N0 M0) dengan parese nervus VII perifer dekstra setinggi infrakorda dengan fungsi motorik yang baik 80% House and Brackman II (hari rawat ke-1). Terapi tramadol diaff diganti dengan asam mefenamat 3x500 (po) dan terapi lain dilanjutkan.



Gambar 6. Foto pasien 1 hari post operasi

Pada hari rawatan ke-3 masih didapatkan sudut kanan bibir turun dan rasa baal pada pipi sebelah kanan. Nyeri saat membuka mulut sudah berkurang dan demam tidak ada.

Pada pemeriksaan tenggorok ditemukan arkus faring asimetris, uvula masih terdorong ke arah kiri, tonsil T1-T1 tenang, dinding faring posterior tenang. Pada pemeriksaan kavum oris tampak palatum mole sebelah kanan masih udem, luka bekas operasi tenang. Tampak darah di dalam hemofak lebih kurang 4 cc dan hemofak dilepas.

Pemeriksaan nervus fasialis mengalami perbaikan dengan fungsi motorik yang baik 88%, House Brackmann II. Diagnosis pasien post parotidektomi total atas indikasi karsinoma sel asinus parotis dekstra grade 1 stadium III (T3 N0 M0) dengan parese nervus VII perifer dekstra setinggi infrakorda dengan fungsi motorik yang baik 88% House and Brackmann II (hari rawat ke-3) dan terapi dilanjutkan.

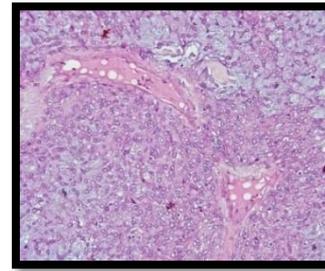
Pada hari rawatan ke-7 penurunan sudut kanan bibir dan rasa baal pada pipi kanan telah berkurang. Arkus faring asimetris, uvula sedikit terdorong ke arah kiri, tonsil T1-T1 tenang, dinding faring posterior tenang. Udem pada palatum mole sebelah kanan telah berkurang. Pemeriksaan nervus fasialis didapatkan peningkatan dengan fungsi motorik yang baik 90% House Brackmann II. Diagnosis post parotidektomi total atas indikasi karsinoma sel asinus parotis dekstra grade 1 stadium III (T3 N0 M0) dengan parese nervus VII perifer dekstra setinggi infrakorda dengan fungsi motorik yang baik 90% House and Brackmann II.

Dilakukan pengangkatan jahitan luka bekas operasi. Luka bekas operasi menyatu, dan tidak ditemukan tanda radang. Pasien dibolehkan pulang dengan terapi sefiksim 2x100 mg, metikobalt 3x500 mg, asam mefenamat 3x500mg, tantum verde 3x1 kumur. Pasien dianjurkan untuk tindakan radioterapi namun pasien menolak dengan alasan biaya.

Kontrol pertama tanggal 13 April 2011 (1 minggu setelah rawatan) pasien kontrol dan membawa hasil Patologi Anatomi dan didapatkan suatu gambaran mikroskopik berupa kelompokan sel-sel dengan inti bulat, oval, vaskular, nukleoli yang jelas, sitoplasma menyerupai jaringan miksoid, granular, dan bervakuol. Sel ini berkelompok di sekitar pembuluh darah yang melebar dan dibatasi jaringan ikat. Kapsul jaringan ikat jelas tampak dan didapat suatu kesimpulan "Karsinoma Sel Asinus" (P. 1369-11) (Gambar 7).

Rasa baal pada pipi kanan dan sudut kanan bibir sudah jauh berkurang. Arkus faring asimetris minimal, uvula sedikit terdorong ke arah kiri, Tonsil T1-T1 tenang. Udem pada palatum mole sebelah kanan sudah tidak ada. Luka bekas operasi tenang. Pada pemeriksaan nervus fasialis didapat kesan parese nervus VII perifer dekstra setinggi infrakorda dengan fungsi motorik yang baik 92% House Brackmann II. Pasien dianjurkan untuk melakukan fisioterapi namun pasien menolak karena

masalah biaya. Pasien dianjurkan kontrol 1 minggu lagi tetapi pasien tidak datang.



Gambar 7. Hasil pemeriksaan Patologi Anatomi dari jaringan temuan operasi

Tanggal 9 Oktober 2011 (6 bulan post operasi) pasien datang ke RSUP. Dr. M. Djamil Padang dengan keluhan pasien merasakan baal pada pipi kanan, sudut bibir kanan masih terlihat turun namun sangat minimal. Pada pemeriksaan fisik tenggorok ditemukan arkus faring simetris, uvula ditengah, Tonsil T1-T1 tenang, dinding faring posterior tenang. Pada pemeriksaan kavum oris ditemukan palatum tenang dan tidak adanya udem. Tampak luka bekas operasi tenang dan tidak ditemukan tanda radang. Pada pemeriksaan nervus fasialis dengan metoda Freyss didapat suatu kesimpulan parese nervus VII perifer setinggi infrakorda dengan fungsi motorik yang baik 96% House Brackman II (Gambar 8).



Gambar 8. Foto pasien 6 bulan pasca operasi

Dilakukan tomografi komputer parotis dengan menggunakan kontras dan disimpulkan tidak tampaknya gambaran lesi atau massa patologis pada regio parotis sinistra baik lobus superfisial atau profunda, tidak tampak pembesaran kelenjar getah bening pada regio coli, dan tampak gambaran penebalan dinding orofaring sisi kanan, iregular, densitas isodens, dan tidak *enhance* sesudah pemberian kontras dengan kesan akhir tidak tampak sisa massa atau rekuren massa pada regio parotis dekstra post operasi dengan sikatrik pada dinding orofaring dekstra.



Gambar 9. Tomografi komputer parotis potongan aksial menggunakan kontras 6 bulan setelah operasi



Gambar 10. Tomografi komputer parotis potongan koronal menggunakan kontras 6 bulan setelah operasi

Diskusi

Telah dilaporkan seorang pasien laki-laki usia 28 tahun dengan diagnosis karsinoma sel asinus grade 1 stadium III dan telah dilakukan parotidektomi total sebagai penatalaksanaannya.

Beberapa klasifikasi dari neoplasma kelenjar liur di antaranya: 1. Tumor jinak, seperti pleomorfik adenoma, monomorfik adenomas, tumor warthin, 2. Tumor ganas, seperti mukoepidermoid karsinoma, adenoid kistik karsinoma, karsinoma sel asinus, skuamosa sel karsinoma, adenokarsinoma, karsinoma eks pleomorfik adenoma, limfoma, sarkoma.¹³ Karsinoma sel asinus tergolong tumor ganas kelenjar liur yang memiliki derajat keganasan yang rendah.^{1,14}

Karsinoma sel asinus merupakan kasus keganasan kelenjar liur yang jarang terjadi, 80% berasal dari kelenjar parotis, 17% mengenai kelenjar ludah minor, 4% berasal dari kelenjar submandibular, dan hanya 1% yang berasal dari kelenjar sublingual.^{1,6,7,8,9} Secara umum persentase dari karsinoma sel asinus 12% dari seluruh keganasan yang dijumpai pada kelenjar liur.^{1,6,7,8}

Di RS. Dr. M. Djamil Padang di bagian THT-KL dalam 3 tahun terakhir terdapat dua kasus karsinoma sel asinus dari seluruh keganasan kelenjar liur yang ada.

Karsinoma sel asinus lebih sering terjadi pada wanita dibandingkan pria, dan predileksi umur berkisar antara dekade 2 sampai 7.¹¹ Lebih kurang 4% pasien yang menderita karsinoma sel asinus berumur di bawah 20 tahun.¹¹

Manifestasi klinis dari karsinoma sel asinus parotis berupa benjolan pada daerah parotis yang tumbuh secara perlahan, jarang tumbuh bilateral dengan persentase 3%

dari semua kasus, bersifat soliter, tidak terfiksasi, namun pada beberapa kasus dijumpai massa multinodular yang terfiksasi pada kulit ataupun otot.^{2,10} Pada sepertiga kasus dapat disertai dengan rasa nyeri yang intermitten dan disertai parese nervus fasialis.^{1,10} Karsinoma sel asinus biasanya merupakan keganasan yang terlokalisir, memiliki batas yang jelas, dan jarang menyebar ke kelenjar getah bening regional atau metastasis jauh.^{14,15,16,17}

Beberapa diagnosis banding dari karsinoma sel asinus yaitu, mukoepidermoid karsinoma, epitelial-mioepitelial karsinoma, clear sel karsinoma, clear sel onkositoma, adenoid kistik karsinoma, dan polimorfik low grade adenokarsinoma. Untuk itu sangat penting peranan pemeriksaan histopatologi dalam menyingkirkan beberapa diagnosa banding yang ada.¹⁸

Pada kasus, keluhan pertama yang dirasakan pasien adalah benjolan pada langit-langit mulut sebelah kanan, dan belum ditemukan benjolan pada daerah parotis. Hal ini terjadi karena massa berasal dari lobus dalam parotis sehingga terjadi pendorongan massa ke arah intraoral. Pendorongan massa pada dinding faring lateral dan tonsil juga dapat terjadi.²⁵ Pada tomografi komputer juga dapat terlihat pendorongan massa ke arah medial mendorong dinding lateral dari faring.²⁵

Secara histologi, keganasan pada kelenjar parotis dapat dibagi atas tumor *high grade malignancy*, dan *low grade malignancy*.^{1,14} Tumor *high grade* antara lain karsinoma duktus kelenjar liur, karsinoma sel skuamosa, adenoma pleomorfik, dan adenokarsinoma, karsinoma mukoepidermoid.^{1,14} Karsinoma sel asinus parotis *high grade* memiliki gambaran histopatologi sel-sel dengan inti yang besar dengan kromatin di dalamnya dan tidak ditemukan granula dalam sitoplasma pada karsinoma sel asinus.¹⁴

Tumor *low grade* antara lain adalah karsinoma sel asinus, karsinoma mioepitelial, karsinoma onkositik dan karsinoma sebaceous.^{1,14} Pada kasus, secara makroskopis massa tumor berada keseluruhan di dalam kapsul dan belum terdapat invasi pada kulit, otot, dan jaringan sekitar, sehingga dikategorikan suatu karsinoma sel asinus parotis *grade 1*. Tabel di bawah ini akan menjelaskan masing-masing tingkatan dari karsinoma sel asinus parotis.

Pada pasien ini ditemukan stadium dari karsinoma sel asinus adalah stadium III berdasarkan ukuran tumor yaitu $4 \geq$ cm, terdapat penyebaran ekstraparenkim dan tidak melibatkan nervus VII (T3). Tidak ditemukan pembesaran kelenjar getah bening (N0), dan dari pemeriksaan darah dan Rontgen toraks tidak ditemukan tanda-tanda metastase (M0). Pada tabel 2, 3 dijelaskan stadium dari tumor ganas kelenjar liur berdasarkan ukuran tumor (T), pembesaran kelenjar getah bening regional (N), dan metastasis (M).

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan yaitu biopsi aspirasi jarum halus, tomografi komputer,

ultrasonografi, *magnetic resonance imaging* (MRI), dan juga angiografi.^{14,16,17,18}

Tabel 1. Grade karsinoma sel asinus parotis menurut Batsakis¹

Grade 1	Grade 2	Grade 3
<i>Low</i>	<i>Moderate</i>	<i>High</i>
maligna	maligna	maligna
Massa tumor berada seluruhnya dalam kapsul	Tampak invasi sel-sel tumor pada kapsul	Tampak adanya daerah papillary kistik dan infiltrasi sel-sel tumor disekitar jaringan

Tabel 2. Klasifikasi TNM tumor ganas kelenjar liur¹⁶

T	
T0	Tidak ada tumor primer
T1	Ukuran tumor ≤2 cm, penyebaran ekstra parenkim(-)
T2	Ukuran tumor 2-4 cm, penyebaran ekstraparenkim(-)
T3	Ukuran tumor ≥4 cm, atau ada penyebaran ekstraparenkim tanpa adanya keterlibatan NVII
T4A	Tumor meluas ke kulit, mandibula, liang telinga, dan/atau NVII
T4B	Tumor meluas ke intrakranial dan/atau pterigoid dan /atau arteri karotis
N	
Nx	Metastasis kgb belum bisa ditentukan
N0	Metastasis kgb(-)
N1	Metastasis kgb <3 cm, ipsilateral, soliter
N2	Metastasis kgb 3-6 cm, soliter/multipel, ipsilateral/kontralateral/bilateral
N2a	Metastasis kgb 3-6 cm, soliter, ipsilateral
N2b	Metastasis kgb 3-6 cm, multipel, ipsilateral
N2c	Metastasis kgb 3-6 cm, multipel, bilateral
N3	Metastasis kgb ≥ 6 cm
M	
Mx	Metastase belum bisa ditentukan
M0	Metastasis jauh(-)
M1	Metastasis jauh(+)

Pemeriksaan biopsi jaringan dengan aspirasi jarum halus merupakan alat diagnostik utama untuk tumor jinak maupun ganas kelenjar parotis.^{8,18,19} Pada tumor yang berukuran kecil, biopsi ini dapat dilakukan dengan bantuan ultrasonografi.¹⁹ Pemeriksaan tomografi komputer dilakukan untuk mengetahui perluasan tumor

ke jaringan sekitar serta ada atau tidaknya pembesaran kelenjar getah bening.^{14,15,16,17} MRI memiliki keunggulan yaitu dapat mengenali tumor ganas jenis *low grade* seperti karsinoma sel asinus ini.^{14,15,16,17}

Tabel 3. Stadium tumor ganas kel liur¹⁶

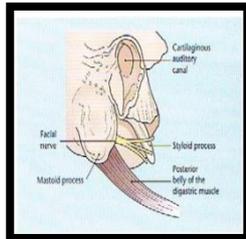
Stadium	
I	T1 N0 M0
II	T2 N0 M0
III	T3 N0 M0
IVA	T1/T3/T4 N1 M0
	T4A N0 M0
IVB	T4A N1 M0
	T1/T2/T3/T4 N2 M0
IVC	T4B AnyN Mo
	Any T N3 M0
	Any T AnyN M

Keterlambatan tindakan operatif pada kasus, karena keterlibatan jaringan yang cukup luas sehingga kemoradiasi menjadi pilihan, namun tidak adanya respon dan progresifitas yang baik terhadap karsinoma sel asinus ini. Parotidektomi total adalah tindakan yang menjadi pilihan utama dari karsinoma sel asinus.¹⁸ Tindakan operatif dilakukan untuk pengangkatan tumor primer dan kelenjar getah bening jika diperlukan. Karsinoma sel asinus parotis dengan ukuran tumor T1 sampai T4 memerlukan pengangkatan keseluruhan tumor kelenjar parotis. Diseksi leher dianjurkan untuk pasien dengan ukuran tumor yang besar (T3/T4), yang disertai pembesaran kelenjar getah bening, tumor yang menginvasi saraf fasialis serta karsinoma sel asinus parotis jenis *high grade*.^{1,5,14,15,16,22} Karsinoma sel asinus parotis dengan ukuran tumor T3, dilakukan tindakan parotidektomi yang diikuti radioterapi pascaoperasi.^{1,5,14} Pada kasus ini pasien menolak dilakukan radioterapi dengan alasan biaya.

Preservasi nervus fasialis pada parotidektomi total membutuhkan pengetahuan mengenai landmark anatomi nervus fasialis untuk memudahkan dalam identifikasi, yaitu 1. Prosesus mastoideus termasuk insersi otot sternokleidomastoideus, 2. Kartilago dari liang telinga luar, 3. Fasia temporoparotis yang berada di atas saraf utama memanjang dari fisura temporomandibularis sampai batas lateral parotis, 5. Muskulus digastrikus *belly* posterior, 6. Prosesus stilomastoideus, dan 7. Fisura timpanomastoideus (Gambar 11).¹⁸

Pasha¹⁸ mengklasifikasikan indikasi masing-masing jenis parotidektomi, yaitu pada superfisial parotidektomi dilakukan pada 1. Pengangkatan tumor pada kelenjar parotis lobus superfisial, 2. Eksplorasi nervus fasialis pada trauma tajam di daerah segitiga sudut bibir, tragus, dan angulus mandibula, 3. Sebagai langkah awal dari total parotidektomi, dan 4. Untuk mengontrol parotitis supuratif kronis jika terapi medikamentosa gagal. Sedangkan pada total parotidektomi diindikasikan untuk 1. Tumor lobus

profundus, 2. Pleomorfik adenoma yang mengalami rekurensi, 3. Keganasan kelenjar parotis, 4. Parotitis supuratif berulang akibat stenosis atau batu pada duktus Stensen, dan 5. kelainan kongenital arkus brachialis pertama.¹⁸ Pada kasus ini, dilakukan parotidektomi total dengan preservasi nervus fasialis, namun karena ukuran massa yang cukup besar, diputuskan untuk memotong cabang mandibula dari nervus fasialis pada saat pengangkatan massa.



Gambar 11. Landmark anatomi untuk identifikasi nervus fasialis²⁵

Karsinoma sel asinus memiliki sensitifitas yang rendah terhadap radiasi, oleh karena itu radioterapi tidak dianjurkan sebagai tatalaksana primer.^{1,24} Radioterapi adjuvant diberikan pada pasien dengan adanya keterlibatan kelenjar getah bening leher, penemuan batas operasi yang masih mengandung sel-sel ganas, ukuran tumor yang besar, tumor jenis *high grade* dan tumor ganas yang rekuren.²⁴

Penggunaan kemoterapi pada pasien dengan tumor ganas kelenjar parotis terbatas untuk terapi paliatif, yaitu pada tumor ganas yang telah bermetastasis, tumor ganas rekuren yang tidak dapat dioperasi dan tipe histologi tertentu, antara lain keganasan jenis sel asinus *high grade*, karsinoma mucoepidermoid dan adenokarsinoma *high grade*.^{4,13,21,22,23}

Salah satu komplikasi dari tindakan parotidektomi dapat berupa parese nervus fasialis. Pada kasus, pasien mengalami kelumpuhan saraf fasialis yang terjadi akibat tarikan dan trauma saat operasi sehingga terjadi inflamasi dan penekanan pada nervus fasialis yang memberikan gambaran klinis turunya sudut kanan bibir pasien. Kelumpuhan yang terjadi dapat bersifat sementara atau menetap.³ Pemberian kortikosteroid post operatif merupakan pilihan untuk mengurangi dekompresi nervus fasialis akibat trauma post operasi.¹⁸

Komplikasi parotidektomi dapat terjadi intra operatif seperti perdarahan dan lesi nervus fasialis. Dapat juga terjadi pasca operatif, berupa hematoma, infeksi, sikatrik pasca operasi, perubahan sensoris, disfungsi nervus fasialis, sindroma frey, sialokele & fistula, dan rekuren tumor.^{11,19} Untuk menghindari terjadinya komplikasi diatas, beberapa hal penting yang harus diperhatikan pada saat operasi adalah: 1. Melakukan pemilihan jenis parotidektomi berdasarkan jenis lesi kelenjar parotis 2. Menentukan letak cabang utama nervus fasialis, 3. Pengangkatan tumor yang adekuat

agar tidak terjadi kekambuhan, dan 4. Membebaskan jaringan yang menutupi nervus fasialis secara berurutan.^{7,18}

Karsinoma sel asinus parotis merupakan tipe keganasan kelenjar parotis dengan tingkat agresifitas yang rendah.⁶ Prognosis *low grade malignancy* ini cukup baik dengan angka rekurensi 35%.⁶ Prognosis yang buruk terjadi pada stadium lanjut dengan jenis histopatologi tumor *high grade*, adanya penyebaran ke kelenjar getah bening, adanya metastasis jauh, terlibatnya ruang parafaring, rekurensi yang berulang, ukuran tumor yang besar, adanya parese nervus fasialis, dan terdapatnya keterlibatan kulit dan jaringan sekitar.^{4,15,19,22,23,24}

Daftar Pustaka

1. Greig SR, Chaplin JM, Mcivor NP, Izard ME, Taylor G, Wee D, et al. Acinic Cell Carcinoma of the Parotid Gland: Auckland Experience and Literature Review: ANZ Journal Surgery 78: February 2008: 754-58.
2. Carrol WR, Morgan CE. Disease of the Salivary Glands in: Snow JB. Ballenger's Manual of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery. London. 2002: p.517.
3. Eisele DW, Johns ME. Salivary Gland Neoplasms. In : Bailey BJ, Calhoun KH, editors. Head and Neck Surgery-Otolaryngology. 3rd ed vol 2. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001. p. 1279-97.
4. Myers E, Ferris R. Salivary gland disorders. 1st ed. USA: Springer; 2007.
5. Fox P, Ship JA. Salivary gland diseases. In: Greenberg MS, Glick M, editors. Burket's oral medicine. Ontario: BC Decker; 2008. p.191-215.
6. Lester LDR. Salivary Gland Acinic Cell Carcinoma. ENT Journal. November. 2010: 530-32.
7. Singh N, Kohli M, Kohli H. Innovative Technique to Reduce Incidence of Frey's Syndrome after Parotid Surgery. The American Surgeon Journal. Pennsylvania. March. 2011. Vol 77: 351-54.
8. Mosunjac MB, Siddiqui MT, Tadros T. Acinic Cell Carcinoma-Papillary Cystic Variant. Pitfalls of Fine Needle Aspiration Diagnosis: Study of Five Cases and Review of Literature. Cytopathology Journal. 2009. Vol 20: 96-102.
9. Varsegi MF, Ravis SM, Hattab EM, Henley JD, Billings SD. Widespread Cutaneous Metastases from Acinic Cell Carcinoma 20 Years After Primary Presentation. Journal of Cutaneous Pathology. 2008. Vol 35: 591-93.
10. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D. Salivary Glands in: Pathology and Genetics Head and Neck Tumors. 2005. p.210.
11. Dhillon RS, East CA. Neoplasia of the Salivary Glands in: Ear, Nose, and Throat and Head and Neck Surgery. 2000. 2nd Edition: p. 112-13.
12. Lore JM, Madina JE. The Parotid Salivary Gland and Management of Malignant Salivary Gland Neoplasia in: An Atlas of Head and Neck Surgery. 2005. 4th Edition: p. 861-89.
13. Onerci TM. Salivary Gland Tumors in: Diagnosis in Otorhinolaryngology. 2009. p.147.

14. Zbaren P, Nuyens M, Loosli H, Stauffer E. Diagnostic accuracy of fine-needle aspiration cytology and frozen section in primary parotid carcinoma. *Cancer* 2004; 100:1876-83.
15. Amirlak B, Chim HW, Chen E, Stepnick DW. Parotid tumors, malignant. June 2009. Available from: <http://emedicine.medscape.com>. Cited on March 2010.
16. Harrish K. Management of primary malignant epithelial parotid tumour. *Surg Oncol* 2004; 12:7-16.
17. Yousem DM, Kraut MA, Chalian AA. Major salivary gland imaging. *Radiology* 2000; 216(1):19-31.
18. Pasha R, Cornetta AJ, Sataloff RT. Salivary Glands in: Pasha R. *Otolaryngology Head and Neck Surgery Clinical Reference Guide*. p.79-86.
19. Eisele D, Kleinberg L. *Head and neck cancer: a multidisciplinary approach*. 2nd ed. USA, Lippincott: Williams & Wilkins; 2004.
20. Rossman K. The role of radiation therapy in the treatment for parotid carcinomas. *Radiat Oncol*; 123:492-9.
21. Jeannon J, Calman F, Gleeson M, McGurk M, Morgan P, O'Connell M, et al. Management of advanced parotid cancer: a systematic review. *EJSO* 2009; 35:908-15.
22. Magnano, Cervasio CF, Cravero L. Treatment of malignant neoplasms of the parotid gland. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999; 121:627-32.
23. Gallo O, Franchi A, Bottal G, Fini-Storchi I, Tesl G, Boddli V, et al. Risk factors for distant metastases from cancer of the parotid gland. *Cancer* 1997; 80:844-51.
24. Vander Poorten V, Hart A, Van der Laan B, de Jong R, Manni J, Marres H, et al. Prognostic index for patient with parotid carcinoma. *Cancer* 2003; 97:1453-63.
25. Shah Jatin P, Patel SG. *Salivary Gland in Head and Neck Surgery and Oncology*. 3rd edition. 2003. p. 461-63