

# LEMBARAN PENGESAHAN

## 1. Telah dibacakan pada

Hari / Tanggal : 1 Desember 2006  
Jam : 08.00 – 09.00 WIB  
Tempat : Ruang Konferensi Bagian Mata Padang  
Oleh : Dr. Havriza Vitresia  
Judul : Karsinoma Sel Skuamosa Konjungtiva

## 2. Telah dilakukan perbaikan sesuai dengan diskusi



Disahkan Oleh  
Ketua Sub Bagian Tumor  
Tanggal : 28 Juni 2007

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Dr. Ardizal Rahman', written in a cursive style.

Dr. Ardizal Rahman, SpM

## I. PENDAHULUAN

Karsinoma sel skuamosa konjungtiva adalah keganasan konjungtiva yang paling sering di Amerika Serikat. Insidennya bervariasi, 0,03 – 3,5 kasus per 100.000 penduduk, tergantung lokasi geografik. <sup>(10,17,24)</sup> Beberapa tahun terakhir didapatkan peningkatan insiden Karsinoma Sel Skuamosa Konjungtiva di Rwanda, Uganda, dan Malawi yang berkaitan dengan infeksi HIV. Sinar ultraviolet sebelumnya diduga merupakan faktor resiko utama tumor ini. Faktor lain yang diduga juga berkaitan dengan penyakit ini adalah Human papilomavirus (HPV). <sup>(19)</sup>

Karsinoma sel skuamosa konjungtiva lebih sering pada laki laki (75%) dibandingkan wanita (25%)<sup>(9)</sup> dan cenderung mengenai umur yang lebih tua, dekade ke lima dan enam, dapat juga terjadi pada usia muda dengan xeroderma pigmentosum <sup>(14,24)</sup>

Karsinoma Sel Skuamous Invasive merupakan displasia progresif yang menembus membran basal sampai ke substantia propria dan dapat menginvasi kornea dan sklera <sup>(2,5)</sup> Diagnosis ditegakkan dari pemeriksaan histopatologi.

Gejala klinis keganasan ini sangat bervariasi. Tumor ini sering terdapat di daerah interpalpebral dekat nasal atau temporal limbus. Pertumbuhannya bisa lokal dan difus. Karena munculannya bervariasi, sehingga diagnosa bisa terlambat.

Karsinoma sel skuamosa konjungtiva umumnya low grade malignancy. Rekurensi lokal sering terutama pada eksisi yang tidak komplit, tapi perluasan ke intraokuler dan metastase jauh jarang. Pilihan terapi pada keganasan epitel konjungtiva adalah eksisi massa tumor dengan atau tanpa krioterapi, radioterapi, dan kemoterapi topical. Dengan eksisi lengkap, biasanya prognosinya baik, dan angka rekurensinya kurang dari 10 %. <sup>(10,14,16)</sup>

Pada makalah ini akan dilaporkan sebuah kasus karsinoma sel skuamosa konjungtiva yang dirawat di bagian mata RS.Dr.M.Djamil dan gambaran beberapa kasus yang sama yang juga pernah ditangani di bagian mata.

## II. LAPORAN KASUS

Seorang pasien wanita usia 61 tahun datang berobat ke bagian mata RS.M.Djamil Padang pada tanggal 17-01-2006, dengan keluhan utama mata kiri bengkak dan merah sejak 3 minggu yang lalu.

Bengkak sudah ada sejak lebih kurang 1 tahun yang lalu, di bagian putih mata, mula-mula kecil, lebih kurang sebesar kacang tanah, lalu makin lama bertambah besar, terutama dalam 3 minggu terakhir ini. Bengkak tidak sakit.

Sebelumnya mata kiri merah kira kira 8 bulan yang lalu, tidak terlalu sakit. Penglihatan dirasakan kabur perlahan lahan. Pasien berobat ke puskesmas dan diberi obat tetes, tapi sakit tidak berkurang. Dari anamnesa diketahui bahwa pasien adalah ibu rumah tangga. Riwayat trauma mata sebelumnya tidak ada.

### *Status oftalmologikus*

	<b>OD</b>	<b>OS</b>
Visus	5/7 cc S(-0,25) → 5/5	0
Reflek fundus	+	(-)
Palpebra	Edema (-)	Edema palpebra superior.
Konjungtiva	Hiperemis (-)	Kemosis pada konj bulbi dan fornix inferior, massa (+) pada konjungtiva tarsal Injeksi siliar (+)
Kornea	Bening	Keratopati (+), neovaskularisasi (+)
COA	Cukup Dalam	Dangkal
Iris	Coklat, Rugae (+)	Sukar dinilai
Pupil	Bulat, Rf (+)	Sukar dinilai
Lensa	Keruh subkaps post	Sukar dinilai
Corpus Vitreus	Bening	Sukar dinilai
Funduskopi	Dalam batas normal	Tidak dapat dinilai
TIO	N (palpasi)	N + 1 (palp)
Posisi bola mata	Ortho	Protusio
Gerak bola mata	Bebas	Terbatas ke segala arah

Pemeriksaan lain :

Hertel : 19-28 / 115

Kelenjar getah bening preaurikuler dan submaxilla tidak membesar.

Bagian Ilmu Kesehatan Mata Fakultas Kedokteran Unand Padang

**Diagnosa Kerja** : Protusio Bulbi OS ec Suspek Limfoma Malignum OS

Anjuran : Biopsi

Terapi : Cendomycetine salep mata

**Follow up :**

**17-01-2006** : Dilakukan BAJAH di bangsal mata dan dikirim ke Lab PA

**18-01-2006**

Laboratorium

Darah : Hb	: 12,7 g%	Urin : Protein	: -
Leukosit	: 9700/mm	Reduksi	: -
LED	: 55/-	Bilirubin	: -
Hitung jenis	: 0/4/1/62/28/5	Urobilin	: -
Bleeding Time	: 2'30"	Sedimen	: _
Wkt pembekuan	: 4'30"		
Trombosit	: 483.000		

Kimia darah

GDR : 92 mg%  
Ureum : 79 mg%  
Kreatinin: 1,3 mg%  
SGOT : 18 U/L  
SGPT : 20 U/L

*Hasil PA (BAJAH)* : hanya tampak eritrosit dan sebukan leukosit dan sel bulat

Anjuran : Dilakukan Biopsi Insisi

**19-01-2006**

Hasil Ro Foto torak : Cor pulmo dlm bts normal

Hasil CT Scan Orbita :

tampak massa isodens di daerah intra konal sampai retrobulber yang meluas ke otot rektus medial, lateral superior, dan N optikus. Bulbus okuli terdorong ke anterior. Massa tampak menginfiltrasi margo inferior (dinding depan) sinus maksila kiri.

Sinus maksila masih bersih. Tak tampak pembesaran KGB

**Kesan** : massa intrakonal meluas ke retrobulber dan dinding anterior sinus maksila sinistra. Suspek Limfoma.

**23-01-2006**

Dilakukan Biopsi Insisi di OK

**25-01-2006**

*Hasil PA* : Tampak epitel berlapis gepeng yang sebagian hiperplasi dan parakeratosis, dibawahnya kapiler kapiler, jaringan ikat longgar dan kelompokan sel limfosit serta plasma. Tak tampak sel tumor

Diagnosa : Radang kronik

**28-01-2006**

Dilakukan Biopsi ulang dan Bajah di OK

**30-01-2006**

*Hasil PA* : Biopsi Konjungtiva menunjukkan jaringan dilapisi epitel skuamosa kompleks yang hiperplastik tdr atas sel yang besar, bulat oval, inti vesikuler, nucleoli prominent, sebagian besar membrana basalis tidak utuh

Diagnosa : Squamous Cell Carcinoma In Situ dengan Bagian bagian Invasif

*Hasil Bajah* : tampak sel sel darah merah yang banyak serta sel tumor ganas yang tersebar dan berkelompok (menyerupai epitel gepeng) dengan inti besar, polimorf dan sitoplasma merah .

Diagnosa : Squamous Cell Carcinoma

**04-02-2006**

Dilakukan operasi semi eksenterasi OS dan bola mata dan jaringan dikirim ke untuk pemeriksaan PA

Terapi pasien post op : Ciprofloxacin 2 x 500 mg

Nonflamin 3 x 1

Asam Mefenammat 3 X 1

Post operasi, keluhan tidak ada. Luka operasi tenang

Hari ke 3 buka tampon

**15-02-2006**

*Hasil PA* : tampak epitel berlapis gepeng yang sebagian selnya mengalami displasia sedang, dibawahnya tampak jar. lemak dan jar.ikat, kelompokan pigmen, kelompokan sel dengan inti pleomorfik, vesikuler, sitoplasma sedikit eosinofilik dan beberapa mitosis.

Diagnosa : Squamous Cell Carcinoma Moderately Differentiated Type

**16-02-2006 :**

Konsul Radioterapi

**20-02-2006**

Pasien mulai radioterapi. Pasien berobat jalan.

**KASUS SQUAMOUS CELL CARCINOMA KONJUNGTIVA DI RS.DR. M. DJAMIL  
SELAMA TAHUN 2003-2006**

Jenis Kelamin	Umur (Thn)	Klinis	Hasil PA	Terapi
Perempuan	55	Massa pada konjungtiva OS uk 0,3x 0,3x 0,2cm, menutupi sbgn kornea marginal jam 4-6 (nasal).	Infiltrating Squamous Cell Carcinoma Keratinisasi	Eksisi
Laki laki	21	Massa pd konjungtiva OS, bernodul, uk 5x7 mm dari karunkula kearah kornea (lk 2 mm dari pinggir kornea)	Squamous Cell Carcinoma Keratinisasi	Eksisi luas. Menolak utk semi Eksenterasi.
Laki laki	48	Konjungtiva OS hiperemis dan kemosis hebat, tampak massa di bagian lateral.	Invasive SCC dengan sbgn sudah menjd anaplastik	Eksenterasi, Diseksi KGB Radioterapi
Perempuan	60	Massa pada konjungtiva OD uk. 4x3x0,5 cm, menutupi slrh permukaan mata.	Squamous Cell Carcinoma Well Differentiated	Semi Eksenterasi
<b>Perempuan (Kasus)</b>	61	Hiperemis, Kemosis hebat pada konjungtiva inferior OS meluas ke fornix inferior	Squamous Cell Carcinoma Moderately Differentiated	Semi Eksenterasi Radioterapi

### III. TINJAUAN PUSTAKA

Karsinoma sel skuamosa adalah suatu keganasan konjungtiva primer yang sering di dapat<sup>(2,10,16,24)</sup> Insidennya bervariasi berdasarkan geografis, ras, usia, dan kaitannya dengan HIV/AIDS. Secara internasional insidennya bervariasi secara geografis, 0,03-3,5/100.000 penduduk/thn.<sup>(10)</sup> Di Amerika Serikat, insidennya dilaporkan 0,13 per 100.000 penduduk. Di Australia, insidennya diperkirakan 1,9 per 100.000 penduduk. Penelitian di Afrika selama sepuluh tahun terakhir menunjukkan peningkatan yang drastis jumlah kasus yang didiagnosa sebagai karsinoma sel skuamosa konjungtiva. Di Uganda, terdapat peningkatan resiko 10 kali lipat karsinoma konjungtiva pada individu dengan HIV, di Zimbabwe dilaporkan angka Karsinoma sel Skuamosa adalah 2 dari 100 pasien yang diperiksa. Diduga ini berkaitan dengan infeksi virus HIV.<sup>(3,19)</sup>

Individu yang tinggal dekat ekuator cenderung muncul pada usia yang lebih muda dari pada yang tinggal jauh dari ekuator. Karsinoma sel skuamosa lebih dominan mengenai orang Kaukasian<sup>(5,10,11,15)</sup>

Karsinoma sel skuamosa konjungtiva lebih sering pada laki laki (75%) dibandingkan wanita (25%) dan cenderung mengenai umur yang lebih tua yaitu dekade ke lima dan enam (rata rata 60 tahun), dapat terjadi di usia lebih muda pada pasien dengan xeroderma pigmentosum dan daerah tropis. Pasien dengan AIDS mempunyai resiko 13x untuk berkembangnya keganasan epitel ini.<sup>(5,7,10,11,15)</sup>

Lesi neoplastik epitel konjungtiva meliputi displasia, neoplasma intraepitel, dan karsinoma sel skuamosa.<sup>(2)</sup> Lesi ini dibedakan secara histopatologi berdasarkan invasi ke membran basal epitel. Karsinoma sel skuamosa konjungtiva merupakan displasia progresif yang menembus membran basal sampai ke substantia propria dan dapat menginvasi kornea dan sclera.<sup>(5, 26)</sup>

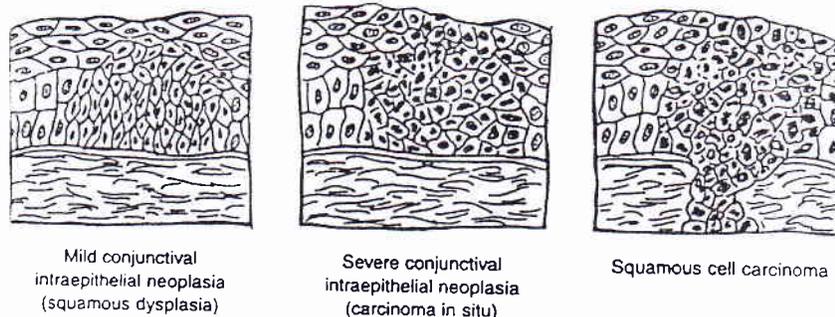
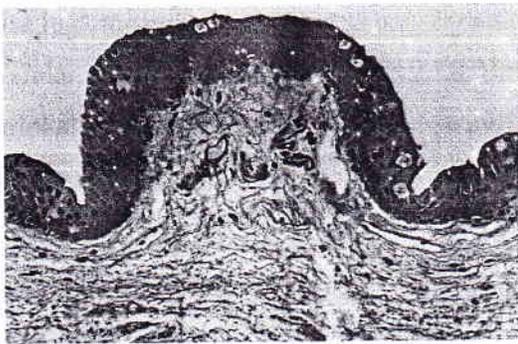
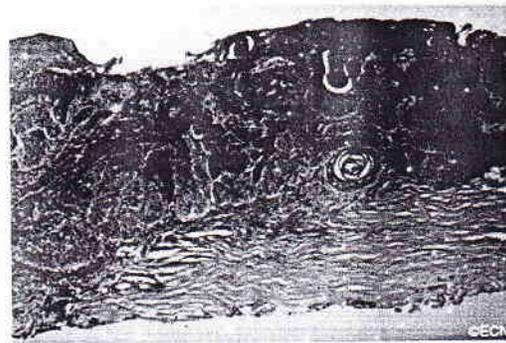


FIG XI-3—Conjunctival epithelial neoplasia.

Diagnosis karsinoma sel skuamosa ditegakkan dari pemeriksaan histopatologi. Pemeriksaan histopatologi memperlihatkan perubahan dari polaritas sel dengan gangguan maturasi seluler. Akantosis, sel atypia, dan peningkatan rasio nukleus dan sitoplasma dapat diketahui. Karsinoma sel skuamosa terdiri dari sel sel dengan nucleus yang besar dan sitoplasma eosinofilik yang banyak, dan biasanya mengenai lapisan epitel bagian dalam. Sel tumor dapat well differentiated dan mudah dikenali sebagai squamous, atau moderately differentiated atau poorly differentiated dan sulit dibedakan dengan dari keganasan lain seperti carcinoma sebaceous. <sup>(1,12,26)</sup> (Gambar 1 & 2, dikutip dari kepustakaan no 22)



Gambar 1: Gambaran mikroskopis epitel konjungtiva normal.



Gambar 2 : Pewarnaan papanicolaou yang memperlihatkan sekelompok sel skuamosa atypik dengan inti hiperkromatik & sitoplasma abnormal

### ETIOLOGI DAN PATOGENESIS

Etiologi Karsinoma Sel Skuamosa Konjungtiva belum diketahui, namun diduga bahwa maturasi abnormal epitel konjungtiva akibat kombinasi dari beberapa faktor, seperti : <sup>(10,23)</sup>

- Paparan sinar ultra violet yang berlebihan  
 Conjunctival sun exposure terlihat dengan adanya solar elastosis di substantia propria. Tulvatana menemukan bahwa solar elastosis lebih sering ditemukan (53,3%) pada kasus neoplasma dan merupakan faktor resiko untuk kasus neoplasma di konjungtiva. <sup>(23)</sup>
- HPV tipe 16 dan 18 <sup>(10,23)</sup>. Human Papilloma Virus khususnya tipe 16 dan 18, sudah diidentifikasi pada neoplasma epitel konjungtiva dengan immunohistochemical dan analisis molekuler, namun peranannya masih belum jelas. Karcioğlu dan Isa telah mengidentifikasi DNA tipe 16 dan 18 pada 57% spesimen CIN, 55 % dari KSSK dan 32 % pada konjungtiva normal selama operasi katarak <sup>(5)</sup>

- Individu dengan HIV positive dan pasien dengan Xeroderma Pigmentosum lebih mungkin diserang akibat status imunologisnya.
- Faktor resiko lainnya diduga karena inflamasi yang lama, asap rokok dan pemakaian lensa kontak yang lama.

## **GEJALA KLINIK DAN PEMERIKSAAN**

Sebagian besar pasien mempunyai keluhan adanya pertumbuhan massa di mata, yang bertambah ukurannya dengan cepat. Sering pula ditemui keluhan kemerahan atau iritasi. Tumor ini sering terdapat di daerah interpalpebral dekat nasal atau temporal limbus, namun bisa juga mengenai konjungtiva palpebra atau kornea<sup>(8,10,20,22)</sup> Pertumbuhannya bisa berbentuk nodular, gelatin, leukoplakia dengan pembuluh darah di sekitarnya<sup>(1,2,6)</sup> Tumor yang muncul terlokalisir dapat menyerupai degenerasi konjungtiva dan diragukan dengan pterigium, pingecula. Tipe difus juga bisa ditemukan dan klinis menyerupai konjungtivitis kronis. Karena munculannya bervariasi, ia dapat merupakan suatu masquerade syndrome<sup>(14,22,26)</sup>

Dalam analisa 60 kasus karsinoma sel skuamosa konjungtiva, Tunc<sup>(24)</sup> mendapatkan mata merah (68%) dan iritasi okuler (57%) sebagai gejala terbanyak. Mc Kelvie<sup>(16)</sup> yang meneliti 26 kasus lainnya, mendapatkan 77% kasus dengan munculnya suatu massa dan diagnosis preoperatif dibuat hanya pada 35 % kasus. Mauriello<sup>(15)</sup> yang mengobservasi 14 kasus karsinoma sel skuamosa adenoid konjungtiva mendapatkan bahwa tumor ini dapat muncul dengan tanda tanda peradangan, sedangkan yang lainnya berupa massa yang tidak nyeri dan pertumbuhannya lambat.

Van Dessel<sup>(25)</sup> pernah melaporkan kasus karsinoma sel skuamosa konjungtiva yang memperlihatkan masquerade syndrome uveitis. Diagnosis diketahui dari pemeriksaan sitologi cairan COA. Dari anamnesa didapatkan bahwa beberapa minggu sebelum terjadinya uveitis, pasien menjalani operasi pterigium pada mata yang sama. Lesinya sedikit meninggi, bulat, putih, dikelilingi oleh pembuluh darah yang melebar dan berlokasi di kuadran temporal atas mata kiri. Hasil patologis menunjukkan suatu perubahan actinic atypical ringan. Spesimen biopsi diulang, dan histopatologis mendiagnosa suatu karsinoma sel skuamosa.

Karsinoma sel skuamosa konjungtiva bisa juga terlihat tanpa adanya pertumbuhan massa yang jelas. Mahmood dkk melaporkan tiga kasus dengan gambaran klinik yang tidak biasa dari peradangan jaringan dan penipisan kornea atau sklera tanpa adanya massa. Pada satu kasus, didapatkan riwayat trauma sebelumnya, sehingga pasien didiagnosa awal dengan ulkus Moren's dan setelah dilakukan tap COA baru diketahui karsinoma sel skuamosa, sedangkan pada dua kasus lainnya, didapatkan riwayat operasi pterigium sebelumnya.<sup>(14)</sup>

Jika terdapat kecurigaan suatu keganasan sel skuamosa konjungtiva, biopsi eksisional merupakan pemeriksaan gold standar. Untuk lesi yang sangat besar, biopsi insisional dapat dilakukan, namun cara yang tepat dan manipulasi minimal dari jaringan sekitarnya penting untuk mencegah penyebaran tumor. <sup>(10)</sup>

Beberapa pemeriksaan dapat dilakukan pada Karsinoma sel skuamosa konjungtiva. Pewarnaan Rose Bengal dapat membantu untuk menentukan perluasan lesi yang tepat. Pemeriksaan dengan slitlamp, gonioskopi dilakukan jika curiga adanya keterlibatan intraokuler. Palpasi pembesaran kelenjar limfe dilakukan untuk mencari metastase regional. CT Scan dan MRI dapat membantu jika ada invasi ke orbita <sup>(2,10)</sup>

### **DIAGNOSA BANDING** <sup>((3,5,9)</sup>

- *Keratotic plaque* dapat menyerupai karsinoma sel skuamosa dengan leukoplakia.
- *Tumor melanotik* dapat mirip dengan papiloma dan karsinoma sel skuamosa pada individu berkulit gelap.
- *Hiperplasia epitheliomatous reaktif* bisa muncul seperti pertumbuhan yang cepat, putih, massa hiperkeratotic dengan batas yang tidak tegas.
- *Pinguecula dan Pterygium*, cenderung berasal dari konjungtiva bulbi dekat dengan limbus.
- *Inverted follicular keratosis*, dimana terdapat proliferasi epitel yang berinvaginasi ke jaringan ikat.
- *Hereditary intraepithelial dyskeratosis*, timbul dengan plak yang meninggi yang multiple dekat dengan limbus pada kedua mata. Ini merupakan penyakit autosomal dominan yang sering terjadi di Amerika Utara.
- *Limfoma konjungtiva*, proliferasi limfoid konjungtiva yang tumbuh seperti tumor pink dan licin.
- *Keratoacanthoma*, jarang terdapat di konjungtiva

### **TERAPI**

#### *Terapi Bedah*

Terapi pilihan dari karsinoma sel skuamous konjungtiva adalah eksisi luas. Dianjurkan untuk batas eksisi 2-3 mm dari tumor yang terlihat. Frozen section dapat menilai batas lateral eksisi tapi tidak dapat membantu menentukan batas dalam.

Setelah eksisi dapat dilakukan krioterapi pada batas konjungtiva yang tinggal dan dasar lesi untuk menurunkan angka rekurensi. Krioterapi dapat menghancurkan sel tumor melalui penghancuran oleh dingin sama seperti yang diakibatkan oleh iskemia lokal.

Radiasi dapat digunakan sebagai terapi adjuvant, pada lesi yang luas dengan batas yang tidak jelas dan sebagai terapi paliatif pada kasus yang tidak dapat ditoleransi dengan operasi. Kearsley dkk <sup>(dikutip dari 21)</sup>, melaporkan 140 kasus yang diterapi dengan radioterapi strontium 90 dengan angka rekurensi 2,3 % <sup>(5,10,24)</sup>.

E nukleasi diindikasikan jika terdapat perluasan ke intraokuler dan untuk kasus lanjut dengan keterlibatan orbita, eksenterasi adalah prosedur pilihan <sup>(3,10,14)</sup>

#### *Terapi Medis.*

Terapi dengan anti metabolit 5FU (5 Fluorouracil), Mytomicin C (MMC) telah digunakan sebagai terapi adjuvant dalam manajemen keganasan konjungtiva. Obat ini diindikasikan pada lesi lesi rekuren setelah eksisi primer, batas yang tidak bebas tumor pada pemeriksaan histopatologi dan lesi yang difus dan luas <sup>(5,10)</sup>

Midena <sup>(17)</sup> mendapatkan bahwa kemoterapi konjungtiva topical 5 FU 1% tetes mata, efektif sebagai terapi adjunctif karsinoma sel skuamosa konjungtiva dan tidak didapatkan komplikasi yang serius. Kemp <sup>(13)</sup> yang memberikan mitomicin C 0,04 % tetes mata sebelum operasi dan pemberian MMC 0,4 mg/ml intra operasi, dalam manajemen keganasan konjungtiva yang rekuren dan difus mendapatkan hasil yang memuaskan.

Penatalaksanaan Karsinoma Sel Skuamosa Konjungtiva menurut Kelompok Seminat Onkologi Mata, Bedah Plastik dan Rekonstruksi Mata adalah :

#### 1. Bila tumor di konjungtiva bulbi

- Diameter tumor 1-2 mm : Eksisi 2-3 mm dari batas makroskopik tumor, diikuti dengan pengobatan krioterapi – 700°C
- Diameter tumor 2 -5 mm : Bila eksisi luas tidak memungkinkan dianjurkan enukleasi atau eksenterasi
- Diameter > 5 mm : Eksenterasi

#### 2. Bila tumor sudah menginvasi orbita :

- Tanpa pembesaran KGB regional : Eksenterasi, dan bila operasi tidak bebas tumor diberikan radioterapi loco regional.
- Dengan pembesaran KGB regional : Eksenterasi, Diseksi KGB dan radioterapi loco regional.

3. Bila didapat invasi tumor ke intrakranial, sinus paranasal, pembesaran KGB tanpa metastase jauh :
  - Operasi bersama dengan bagian lain jika memungkinkan.
  - Bila inoperabel, dapat dilakukan debulking tumor yang dilanjutkan dengan radioterapi
4. Bila didapatkan metastase jauh :
  - Pemberian Sitostatika
  - Radioterapi Loco regional

### **KOMPLIKASI**

Komplikasi utama adalah rekurensi, yang umumnya terjadi dalam tahun pertama setelah eksisi, tapi juga bisa terlambat sampai 5 tahun. Rekurensinya jarang terutama pada eksisi yang komplit. Temuan histopatologi dan batas eksisi juga mempengaruhi angka rekurensi. Tunc<sup>(24)</sup> mendapatkan angka rekurensi 4,5% dan 5,3% masing masing untuk neoplasma intraepitel dan karsinoma sel skuamosa konjungtiva. Dengan eksisi lengkap, angka rekurensi kurang dari 10%<sup>(10)</sup>.

Invasi intraokuler dilaporkan 2-8% kasus dan invasi orbita 12-18% kasus<sup>(10)</sup>. Tunc, mendapatkan angka lebih tinggi yaitu 13%, invasi orbita 11%. Mc Kelvie, mendapatkan invasi intraokuler 13% dan invasi ke orbita 15%.<sup>(16,241)</sup>

Metastase karsinoma sel skuamosa ke kelenjar limfe preaurikuler dan servikal, pernah dilaporkan insidennya 0-4%. Zimmerman<sup>(dikutip dari 12)</sup>, hanya mendapatkan 4 kasus dari 87 kasus karsinoma sel skuamosa. Metastase ke kelenjar parotis, paru dan tulang juga pernah dilaporkan<sup>(5)</sup>

### **PROGNOSIS**

Karsinoma sel skuamosa konjungtiva merupakan keganasan tipe low grade malignancy. Prognosis umumnya baik, namun hal itu juga tergantung pada ukuran lesi, temuan histopatologis, eksisi yang komplit. Angka kematian yang dilaporkan bervariasi, Tunc yang menganalisa 60 kasus karsinoma sel skuamosa konjungtiva mendapatkan angka kematian 0%,<sup>(24)</sup> beberapa melaporkan tinggi sampai 4-8%.

## IV. DISKUSI

Telah dilaporkan sebuah kasus Karsinoma Sel Skuamosa Konjungtiva, yang diterapi dengan tindakan semi eksenterasi dan dilanjutkan dengan radioterapi. Selain itu juga dikemukakan 4 buah kasus Karsinoma Sel Skuamosus Konjungtiva (KSSK) yang pernah dirawat dan diobati di bagian mata RS M Djamil.

Dari 5 kasus KSSK, didapatkan bahwa 2 orang diantaranya adalah laki laki, dan 3 orang perempuan. Umur yang dikenai, 3 orang berumur diatas 50 tahun (dekade 6) dan lainnya berumur 48 tahun (1 orang) dan 21 tahun (1 orang). Dari literatur didapatkan bahwa KSSK cenderung berkembang pada laki laki (75%) dan wanita (25%), sedangkan untuk umur adalah pada dekade ke 5 dan 6 (dengan rata rata 60 tahun). KSSK bisa berkembang pada usia yang lebih muda, terutama pada pasien dengan xeroderma pigmentosum, HIV/AIDS, dan pada daerah tropis. <sup>(3,15,20)</sup>

Gejala klinis yang ditemukan pada pasien ini adalah massa pada konjungtiva tarsal inferior OS yang disertai kemosis hebat pada konjungtiva bulbi dan fornix inferior OS, dan pada kornea ditemukan keratopati dan neovaskuler. Pada 4 kasus lainnya ditemukan massa di daerah nasal (2 orang), temporal (1 orang), dan menutupi seluruh permukaan mata (1 orang). Dari kepustakaan didapatkan bahwa gejala klinis KSSK bervariasi. Sebagian besar mempunyai keluhan adanya pertumbuhan massa di mata, sering pula disertai mata merah, atau iritasi. Tunc, mendapatkan gejala terbanyak adalah mata merah (68%) dan iritasi okuler (57%), sama dengan yang didapatkan Mauriello yaitu 57% dengan tanda tanda peradangan dan iritasi. Sedangkan munculnya suatu massa didapatkan oleh Mc Kelvie (77%), dan Chekitaan (90%)<sup>(4)</sup>. Secara makroskopis, lesi digambarkan berbentuk gelatin (paling sering), papiliform, leukoplakia <sup>(3)</sup>. Tipe difuse juga pernah digambarkan sehingga tampak seperti konjungtivitis kronik. Gejala lain yang juga pernah dilaporkan pada KSSK yang luas awalnya terlihat seperti Selulitis Orbita. Mahmood dkk, pernah melaporkan 3 kasus dengan peradangan dan penipisan kornea atau sklera, tanpa adanya massa. Garcia dan Bulbulia pernah mendapatkan kasus dengan massa pada konjungtiva bulbi inferior yang meluas ke fornix, dan leukoplakia pada kornea. <sup>(3, 11,15)</sup>

Karena bervariasinya gejala klinis dari KSSK ini maka diagnosa sering terlambat. Seperti pada kasus ini, pada awalnya pasien didiagnosa dengan suspek limfoma malignum, berdasarkan gejala klinisnya, yaitu adanya protusio, terdapatnya massa, kemosis konjungtiva, dan tidak nyeri. Pemeriksaan CT Scan pun mendukung diagnosa untuk Limfoma. Kemudian dilakukan biopsi dan Bajah. Pada biopsi pertama hanya didapatkan radang kronik, sedangkan

pada biopsi dan bajah berikutnya, didapatkan hasil Karsinoma Sel Skuamosa. Dan untuk terapi selanjutnya dilakukan semi eksenterasi. Mc Kelvie mendapatkan bahwa diagnosis preoperatif klinis, dari keganasan ini hanya 35%, yang lainnya melaporkan 30% dan 32%.<sup>(16)</sup>

Mahmood dkk menyatakan, KSSK bisa terlihat tanpa adanya massa dan dapat masquarade dengan sclerokeratitis, skleromalacia, dan interstitial keratitis. Oleh karena itu KSSK sebaiknya dipertimbangkan sebagai diagnosa diferensial dari penipisan sklera kornea, perforasi, dan inflamasi yang tidak diketahui penyebabnya, khususnya pada laki laki tua<sup>(15)</sup>.

Pada pasien ini ditemukan massa pada konjungtiva tarsal inferior, kemosis pada konjungtiva bulbi, dan pada kornea ditemukannya keratopati dan neovaskularisasi. Daerah interpalpebra nasal atau temporal limbus adalah yang sering dikenai, meskipun konjungtiva palpebra dan kornea juga bisa dikenai. Tunc dkk yang mengevaluasi gambaran klinik 60 orang kasus, mendapatkan 6 diantaranya mengenai konjungtiva palpebra, dan 21 orang mengenai kornea.

Pada pasien ini, karena lesi yang luas dan sudah menginvasi okuler dan orbita maka untuk terapinya dilakukan eksenterasi. Dengan pertimbangan bahwa palpebranya masih baik, maka dilakukan semi eksenterasi dengan tetap meninggalkan palpebranya. Terapi dilanjutkan dengan radioterapi yang direncanakan sebanyak 25 kali. Pada 4 kasus lainnya, dilakukan eksisi luas pada 1 kasus, karena lesi yang terbatas pada konjungtiva. 1 kasus lainnya seharusnya dilakukan semi eksenterasi, namun karena pasien menolak dilakukan eksisi luas saja. Pada dua kasus lainnya dilakukan semi eksenterasi karena lesi yang luas dan sudah invasif.

Management dari KSSK menurut Seminat, jika terdapat lesi yang luas dengan invasi orbita adalah eksenterasi yang diikuti oleh radioterapi. Radioterapi dapat digunakan sebagai terapi adjuvant pada lesi yang luas dengan batas yang tidak jelas dan sebagai terapi paliatif pada kasus dimana pasien tidak dapat mentoleransi operasi ekstensif.<sup>(10)</sup> Moeloeck yang mengevaluasi tindakan eksenterasi pada KSSK di RSCM, mendapatkan bahwa keberhasilan eksenterasi dapat diperoleh jika lesi masih berada di konjungtiva bulbi (5-10mm) dan belum berinvasi ke orbita. Dan jika lesi lebih luas (lebih 10 mm), maka harus dipikirkan terapi lanjutan selain eksenterasi, seperti radioterapi, radikal neck dissection, dan sitostatika<sup>(11)</sup>.

## V. KESIMPULAN

Karsinoma Sel Skuamosa Konjungtiva merupakan suatu tumor ganas epitel pada konjungtiva. Ia cenderung mengenai laki laki dan umur yang lebih tua (>60 tahun). Namun dapat berkembang pada usia yang lebih muda terutama pada pasien dengan XP, HIV/AIDS , atau di daerah tropis.

Etiologi pasti belum diketahui, namun diduga terdapat beberapa faktor resiko yang mempengaruhinya. Gejala klinik dari keganasan ini bervariasi sehingga memerlukan ketelitian dalam mendiagnosa. Invasi intraokuler dan orbita jarang, tapi dapat terjadi. Diagnosa ditegakkan berdasarkan pemeriksaan histopatologi.

Terapi utama adalah eksisi tumor atau eksenterasi yang dapat dilanjutkan dengan radioterapi atau kemoterapi. Prognosis dari karsinoma sel skuamosa konjungtiva baik terutama jika lesi dieksisi komplit.

## DAFTAR PUSTAKA

1. American Academy of Ophthalmology. Conjunctiva In : Ophthalmic Pathology and Intraocular Tumour. BCSC Section 4 : 2005-2006 ; 51-55.
2. American Academy of Ophthalmology. Clinical Approach to Neoplastic Disorder of the Conjunctiva and Cornea. In : External Disease and Cornea. BCSC Section 8 : 2003-2004 ; 241-246.
3. Bulbulia A. Invasive Conjunctival Squamous Cell Carcinoma as a Primary Manifestations of AIDS : a Case Report. In : The South African Optometrist. June 2005. 64 (2) ; 71-77
4. Chekitaan et al. Clinicohistopathological corelation of 64 cases of ocular surface squamous dysplasia presenting at a tertiary referral eye institute. AIOC Proceedings 2004 ; p 15-16.
5. Cockerham GC. Epithelial Tumors Involving The Ocular Surface. In : Smolin and Thoft's. The Cornea. Ed.4. Lipincott Williams & Wilkins : 2005 ; 757-763.
6. Conlon MR et al. Tumours of the Cornea and Conjunctiva. In : Albert and Jacoebiec's Principles and Practice of Ophthalmology. Vol 1. Chap 15. WB Saunders Company. Philadelphia : 1994 ; 276-292
7. Conjunctival Neoplasms. In Handbook of Ocular Disease Management. Dikutip dari www. Handbook of Ocular Disease Management.
8. Crawford JB. Conjunctival Tumours. In : Duane's Clinical Ophthalmology. Vol 4. Chap. 10. Lippincott Raven. Philladelphia, 1997: 4-5
9. Damato B. Squamous Conjunctival Tumours. In : Ocular Tumours Diagnosis and Treatment. Chap 3. Butterworth-Heinemann. Oxford : 2000 ; 30-35
10. DeBacker C, Dryden RM. Squamous Cell Carcinoma, Conjunctival. In : eMedicine Article. September 27, 2005 : 1-7.
11. Garcí'a JSL et al. Squamous Cell Orbital Carcinoma of the Conjunctiva With Extension. Short Communications. Archives of the Spanish Society Of Oftalmologia. September 9,. 2000 : 1-4.
12. Jacoebiec FA et al. Secondary and Metastatic Tumours of The Orbit. In : Duane's Clinical Ophthalmology. Vol 2. Chap 46. Lippincott Raven. Philladelphia, 1997: 17-18.
13. Kemp EG et al. Preoperative topical and intraoperative local mitomycin C adjuvant therapy in the management of ocular surface neoplasias. In : British Journal of Ophthalmology 2002 ; 86:31-34
14. Mahmood MA et al. Sclerokeratitis Anusual Presentation of Squamous Cell Carcinoma of the Conjunctiva. in : Ophthalmology : 2001. 108 ; 553-558
15. Mauriello JA. Adenoid Squamous Carcinoma of the Conjunctiva – a clinicopathological study of 14 cases. In : British Journal of Ophthalmology 1997; 81(11) : 1001-1005
16. McKelvie PA et al. Squamous cell carcinoma of the conjunctiva : a series of 26 cases. In : British Journal of Ophthalmology 2002 ; 86 : 168-173.
17. Midena E et al. Treatment of Conjunctival Squamous Cell Carcinoma With Topical 5 Fluorouracil. In Br J Ophthalmology 2000 ; 84 : 268-272
18. Moeloek NF. Evaluasi Terhadap Tindakan Eksenterasi pada Penderita Karsinoma Sel Skuamous Konjungtiva. Dalam : Pandangan Umum dan Penatalaksanaan Tumor Orbita. Yayasan Penerbit IDI. Jakarta : 1992 ; 118-125.
19. Poole TRG. Conjunctival squamous cell carcinoma in Tanzania. In : British Journal of Ophthalmology 1999 ; 83 (2) : 177-179

20. Reese AB. Epithelial Tumours of the Lid, Conjunctiva, Cornea, and Lacrimal Sac. In : Tumours of The eye. Ed 3. Harper & Row Publisher. 1976 : 53-54.
21. Scott KR, Kronish JW. Premalignant Lesions and Squamous Cell Carcinoma. In : Albert and Jacoebiec's Principles and Practice of Ophthalmology. Vol 3. Chap 155. WB Saunders Company. Philadelphia : 1994 ; 1733-1742.
22. Squamous Carcinoma and Intraepithelial Neoplasia of the Conjunctiva. Diakses dari: [www.eyecancer.com](http://www.eyecancer.com). 2006 : p1-2.
23. Tulvatana w et al. Risk factors for conjungtival squamous cell neoplasia : a matched case-control study. In : British Journal of Ophthalmology 2003 ; 87 : 396-398.
24. Tunc M et al. Intraepithelial and Invasive Squamous Cell Carcinoma of The Conjunctiva : analysis of 60 cases. In: BR J Ophthalmology 1999; 83 : 98-103.
25. Van Dessel P, et al. Invasive Squamous Cell Carcinoma of The Conjunctiva. Bull. Soc. Gelge Ophthalmol 2000 ; 278 ; 43-47
26. Weiss JS. Conjunctival and Corneal Pathology. In : Albert and Jacoebiec's Principles and Practice of Ophthalmology. Vol 4. Chap 181. WB Saunders Company. Philadelphia : 1994 ; 2126 - 2143.