

Prevalensi Kanker Sinonasal di Poliklinik THT-KL RS.Hasan Sadikin Bandung, Januari 2013 – Juli 2015

Evy Shavilla, Nur Akbar Aroeman, Yussy Afriani Dewi, Agung Dinasti
Permana

Departement of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery, Faculty of Medicine,
Padjajaran University/Dr. Hasan Sadikin General Hospital,
Bandung, Indonesia

Abstrak

Kanker sinonasal (SNC) relatif jarang, kurang dari 1% dari semua keganasan dan 4% dari tumor di daerah kepala dan leher. Insiden kanker sinonasal sekitar 1: 100.000 orang pertahun di negara berkembang. Kebanyakan berjenis karsinoma sel skuamosa dan adenokarsinoma, terutama pada pekerja yang berhubungan dengan paparan kayu dan debu kulit dan senyawa industri lain. Gejala klinis tergantung lokasi dan luasnya tumor. CT Scan adalah alat analisis terbaik untuk menunjukkan perluasan tumor dan kerusakan tulang.

Tujuan: Mengetahui prevalensi penderita kanker sinonasal di poliklinik THT-KL Rumah Sakit Hasan Sadikin, Bandung, Indonesia pada Januari 2013 sampai Juli 2015

Metode: Metode deskriptif dari *total sampling* catatan medis pasien kanker sinonasal. Karakteristik yang diteliti adalah jenis kelamin, usia, keluhan utama, lokasi tumor, jenis histologis, stadium dan pekerjaan.

Hasil: Tercatat 1.081 kanker kepala dan leher pasien di Rumah Sakit Hasan Sadikin Januari 2013-Juli 2015. Kanker sinonasal 184 pasien (16,9%), mayoritas pria (67,4%), 47,8% di atas usia 51 tahun. Keluhan utama terutama gejala pada hidung (79,9%). Lokasi tumor terutama di sinus maksilaris (58%), jenis histologis adalah karsinoma sel skuamosa (66,8%), 36,4% pasien bekerja sebagai petani. Sebagian besar pasien datang ke rumah sakit pada stadium III (46,7%). Pengobatan melakukan operasi dan radioterapi (84,2%).

Kata Kunci : Simptom nasal, Kanker Sinonasal, Prevalensi

Abstract

Introduction: Cancer of the sinonasal (SNC), is relatively uncommon, comprises of less than 1% of all neoplasms and 4% in the head and neck region. SNC incidence is around 1 : 100,000 person-years in most developing countries. Squamous-cell carcinoma and adenocarcinoma account for 80% of all sinonasal tumours, and are aetiologically associated with exposure to wood and leather dust particles and other industrial compounds, recognized as an occupational disease. Clinical symptoms depend on tumor location and extent. CT Scan is the best tool to evaluate tumor expansion and bone destruction. **Aims:** To ascertain the prevalence of Sinonasal cancer at the Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery Departement Hasan Sadikin General Hospital, Bandung, Indonesia during January 2013 - July 2015 **Methods.** Total sampling from medical records of sinonasal cancer patients. Specific characteristics studied were gender, age, occupation, chief complaint, tumor location, histological type, staging. **Results:** There were 1081 head and neck cancer patients, 184 were sinonasal cancer (16,9%). Sinonasal tumor patients are mostly male (67,4%), 47,8% are above 51 years old. The chief complaints were nasal symptoms (79,9%), 36,4% are involved in agriculture. The location was mostly in maxillary sinus (58 %), histological type was squamous cell carcinoma (66,8%), Most patients come in stages III (46,7%). Treatments were surgery and radiotherapy (84,2%).

Keywords: Nasal symptoms, sinonasal cancer, prevalence

Pendahuluan

Tumor rongga hidung dan sinus paranasal disebut sebagai tumor sinonasal, berasal dari dalam rongga hidung atau sinus paranasal di sekitar hidung. Tumor sinonasal terbagi atas tumor jinak dan tumor ganas¹. Istilah kanker sinonasal digunakan untuk kanker yang

berasal dari dalam rongga hidung atau sinus paranasal di sekitar hidung. Keganasan sinonasal dapat menyebabkan kerusakan dan morbiditas yang signifikan, sukar diobati tuntas dan angka kesembuhannya masih sangat rendah.^{1,2}

Tumor sinonasal jarang, hanya 3% dari keganasan di kepala dan leher, dan hanya sekitar 1% dari keganasan seluruh tubuh. Di Asia, keganasan sinonasal menempati peringkat kedua tersering keganasan di kepala dan leher, setelah karsinoma nasofaring^{2,5}. Keganasan tersering pada sinonasal adalah karsinoma sel skuamosa (70%), selanjutnya adenokarsinoma (10-20%). Predileksi tersering di sinus maksila (60%), diikuti rongga hidung (20-30%), sinus etmoid (10-15%), jarang di sinus frontal dan sphenoid (< 1%). Sekitar 80% ditemukan pada usia 45-85 tahun dan insiden pada pria dua kali lebih sering dibandingkan pada wanita.^{2,5}

Etiologi tumor sinonasal belum diketahui pasti, studi epidemiologi dari berbagai negara menunjukkan adanya hubungan dengan paparan zat kimia atau bahan industri antara lain nikel, debu kayu, kulit, mebel, tekstil, formaldehid, kromium, *isopropyl oil* dan lain-lain.^{1,2,3} Alkohol, asap rokok, makanan yang diasin atau diasap juga diduga meningkatkan risiko keganasan sinonasal terutama jenis *squamous cell carcinoma*.^{2,3,6} Beberapa faktor lain yang telah dilaporkan mungkin dapat menjadi penyebab yaitu pekerja pertanian, pabrik makanan, pengendara kendaraan bermotor, dan pabrik tekstil.^{2,4,5} Tumor ini merupakan penyakit yang berhubungan dengan lingkungan.

Gejala awal cenderung tidak spesifik dan bervariasi, mulai dari obstruksi hidung unilateral, diikuti *rhinorrhea* jernih encer, serosanguinosa, purulen, sampai epistaksis. Pada keadaan lanjut, tumor tumbuh besar sampai ke pipi, dapat menginvasi orbita, *pterygopalatine*, *fossa infratemporal*, kavitas pada kranium; dapat menimbulkan nyeri terutama di malam hari atau saat berbaring, gangguan neurologi (parestesia, anestesia sampai paralisis saraf otak) gangguan visual dan exoftalmus. Beberapa kasus tanpa gejala awal sehingga diagnosis sering terlambat, pasien datang setelah memasuki stadium lanjut.^{3,6,7}

Gambaran klinis tergantung lokasi primer dan arah penyebaran. Tumor rongga hidung muncul dengan gejala obstruksi hidung unilateral dan *rhinorrhea*. Sekretnya sering bercampur darah atau terjadi epistaksis. Tumor yang besar dapat mendesak tulang hidung sehingga terjadi deformitas hidung. Pada tumor ganas sekretnya khas berbau karena mengandung jaringan nekrotik. Tumor

etmoid juga muncul dengan gejala hidung, juga bisa memiliki gejala orbita seperti proptosis, epifora, exoptalmus, diplopia, hingga penyumbatan sakus lakrimalis.

Invasi ke rongga hidung menyebabkan obstruksi hidung dan epistaksis dan umumnya tumor terlihat jelas. Perluasan tumor ke rongga mulut menyebabkan gejala oral berupa penonjolan atau ulkus di palatum atau di *prosesus alveolaris*. Perluasan tumor ke depan akan menyebabkan gejala fasial berupa pembengkakan wajah disertai nyeri, anestesia atau parestesia jika mengenai nervus trigeminus. Perluasan tumor ke intrakranial menyebabkan gejala intrakranial berupa nyeri kepala hebat, oftalmoplegia dan gangguan visus, disertai cairan otak yang keluar melalui hidung. Jika perluasan sampai ke fossa kranii media maka saraf-saraf kranial lain terkena.^{6,7,8}

Metastasis regional dan jauh jarang meskipun pada stadium lanjut. Insidensi metastasis servikal saat awal bervariasi dari 1% hingga 26%, kebanyakan kurang dari 10%. Hanya 15% keganasan sinus paranasal bermetastasis setelah pengobatan lokasi primer.^{2,3,6,7}

Pemeriksaan radiologi penting untuk evaluasi tumor sinonasal. Foto polos sinus paranasal berfungsi untuk diagnosis awal, terutama jika ada erosi tulang dan perselubungan padat unilateral, selanjutnya dapat dilakukan *CT Scan. Computed Tomography* (CT) dan *Magnetic Resonance Imaging* (MRI) memberikan informasi yang baik mengenai tekstur, *margin*, efek pada tulang dan bahkan vaskularisasi; jika perlu dapat dilanjutkan dengan *Positron Emission Tomography* (PET) dan *angiography*.

Diagnosis pasti tumor sinonasal ditegakkan berdasarkan pemeriksaan histopatologi. Jika tumor tampak di rongga hidung atau rongga mulut, biopsi mudah dan harus segera dilakukan. Biopsi tumor sinus maksila dapat dilakukan melalui tindakan sinoskopi atau melalui operasi *Caldwel-Luc* yang insisinya melalui sulkus ginggivo-bukal^{3,6}. Klasifikasi histologi menurut WHO dibagi atas: (1) *epithelial tumours*, (2) *soft tissue tumours*, (3) *haematolymphoid tumours*, (4) *neuroectodermal*, (5) *germ cell tumours*, dan (6) *secondary tumours*. Yang tersering adalah karsinoma sel skuamosa (70%), dan adenokarsinoma (10-20%).²

Tabel 1 Distribusi Pasien berdasarkan Lokasi Kanker Kepala Leher

Lokasi	Laki-laki		Perempuan		Total
	n=631	%	n=450	%	
Nasopharynx	265	62.2	161	37.8	426
Sinonasal	86	46.7	98	53.3	184
Larynx	137	92.5	11	7.5	148
Lymph Node	51	56.6	39	43.4	90
Oropharynx	41	58.5	29	41.5	70
Thyroid Gland	12	18.9	54	81.1	66
Oral Cavity	18	50.0	19	50.0	37
Hypopharynx	11	44.1	15	55.9	26
Parotid Gland	3	12.5	21	87.5	24
Neck	7	70.0	3	30.0	10

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui epidemiologi pasien tumor sinonasal di Departemen Ilmu Kesehatan Telinga Hidung dan Tenggorok, Rumah Sakit Dr. Hasan Sadikin Bandung Umum pada periode Januari 2013-Juli 2015.

Metode

Penelitian *cross sectional* deskriptif dilakukan pada bulan Agustus 2015 di Departemen Ilmu Kesehatan Telinga Hidung dan Tenggorok, Rumah Sakit Umum Dr. Hasan Sadikin Bandung menggunakan metode *total sampling*. Populasi adalah semua pasien kanker kepala dan leher yang dirawat di rumah sakit dan atau menerima pengobatan rawat jalan di Departemen Ilmu Kesehatan Telinga Hidung dan Tenggorok, Rumah Sakit Umum Dr. Hasan Sadikin Bandung selama Januari 2013- Juli 2015. Catatan medis subyek penelitian digunakan sebagai data sekunder.

Hasil

Selama periode penelitian terdapat 1081 pasien kanker kepala leher, 184 di antaranya tumor sinonasal. Diagnosis klinis kanker kepala dan leher yang paling dominan dari yaitu karsinoma nasofaring (37.8%), diikuti oleh sinonasal (53.3%) dan laring (7.5%) (Tabel 1)

Mereka terutama berpendidikan sekolah dasar (81 pasien - 44,2%), pekerjaannya petani (36.4%) atau buruh (34.2%), lebih banyak berusia 46-50 tahun (86 pasien - 47%) (Tabel 2). Pasien datang dengan keluhan terutama gangguan hidung (79.9%) berupa obstruksi hidung unilateral dan *rhinorrhea*, sekret hidung bercampur darah atau epistaksis (Tabel 3). Mayoritas temuan histologis dalam penelitian ini yaitu *squamous cell carcinoma* pada 123 pasien (66.8%). (Tabel 4).

Tabel 2 Karakteristik Pasien Kanker Kepala dan Leher (n=184)

Variabel	Jumlah	%
Pendidikan		
SD	81	44.2
SMA	52	27.8
SMP	28	15.4
Tidak Sekolah	12	6.6
Universitas	11	6.0
Pekerjaan		
Petani	67	36.4
Buruh	63	34.2
Pekerja kantor	16	8.5
Wiraswasta	13	7.0
Tidak bekerja	12	6.0
Ibu Rumah Tangga	7	4.0
Lain-lain	6	3.4
Usia (tahun)		
30-45	39	21
46-50	86	47
>51	59	32

Tabel 3 Keluhan Utama Pasien

Keluhan utama	n	%
Gangguan Hidung	147	79.9
Gangguan Mata	22	11.9
Gangguan Saraf	9	5.0
Lain lain	6	3.2
Total	184	100

Pasien stadium lanjut lebih banyak; ada 86 pasien (46,7%) pada stadium III, dan 69 pasien (37.5%) pada stadium IVa (Tabel 5). Modalitas terapi utama adalah operasi plus radioterapi pada 155 pasien (84.2%) (Tabel 6).

Diskusi

Penelitian ini tidak mengikutsertakan data tidak lengkap dan hilang, selain itu data hanya diperoleh dari satu rumah sakit, yang sebagian besar rujukan dari rumah sakit lain;

Tabel 4 Histopatologi Tumor Sinonasal

Histopatologi	n	(%)
Squamous Cell Carcinoma	123	66.8
Adenocarcinoma	49	26.6
Lymphoma Malignum	7	3.8
Lain lain	5	2.7
Total	184	100

Tabel 5 Stadium Kanker Sinonasal

Stadium	n	%
II	23	12.5
III	86	46.7
IVa	68	37
IVb	7	3.8
Total	184	100

Tabel 6 Terapi

Terapi	n	%
Operasi+Radioterapi	155	84.2
Kemoterapi	17	9.2
Kemoterapi	4	2.1
Menolak Terapi	8	4.6
Total	184	100

dimana hal ini menunjukkan bahwa angka kejadian kanker sinonasal khususnya dan kanker kepala leher pada umumnya lebih banyak daripada yang tercantum opada penelitian ini. Hal ini dapat dilihat sebagai fenomena gunung es karena hanya bisa mencatat pasien yang datang ke Rumah Sakit Dr. Hasan Sadikin, bukan populasi total, Penelitian lebih lanjut dapat dilakukan dengan variabel lain seperti alamat, ras, keluhan utama, terapi, dan riwayat merokok atau menghubungkan faktor risiko dengan kanker kepala dan leher dan menilai kualitas hidup. Etiologi tumor sinonasal belum dapat diketahui pasti, beberapa studi epidemiologi dari berbagai negara menunjukkan adanya hubungan dengan paparan zat kimia atau bahan industri antara lain nikel, debu kayu, kulit, mebel, tekstil, formaldehid, kromium, *isopropyl oil* dan lain-lain. Beberapa studi menunjukkan peningkatan insiden adenokarsinoma pada pekerja industri ini. Alkohol, asap rokok, makanan yang diasin atau diasap juga diduga meningkatkan kemungkinan terjadi keganasan sinonasal terutama jenis *squamous cell carcinoma*.^{2,3,6} sehingga pada penelitian ini didapatkan mayoritas penderita bekerja sebagai petani

dan buruh pabrik yang sering terpapar zat kimia dan bahan industri.

Sekitar 80% ditemukan pada usia 45-85 tahun dan insiden pada pria dua kali lebih sering dibandingkan pada wanita.^{2,5} Insiden keganasan pada sinonasal tergolong rendah pada kebanyakan populasi (<1.5/100,000 pada pria dan <1.0/100,000 pada wanita). Insiden tertinggi ditemukan di Jepang, yaitu 2-3,9/100.000 penduduk, juga pada beberapa tempat di Cina dan India^{2,5}. Pada penelitian ini, penderita kanker sinonasal lebih banyak laki-laki, lebih banyak usia paruh baya (46-50 tahun), dengan tingkat pendidikan rendah (SD) dan status sosioekonomi rendah dengan pekerjaan terutama petani dan buruh; mayoritas pasien datang berobat sudah pada stadium lanjut. Pada temuan histopatologi didapatkan dominan *squamous cell carcinoma*, sesuai menurut WHO bahwa keganasan tersering pada sinonasal adalah karsinoma sel skuamosa (70%), dan selanjutnya adenokarsinoma (10-20%).² Pada penelitian ini kanker kepala dan leher yang paling dominan dari yaitu karsinoma nasofaring (37.8%), diikuti oleh sinonasal (53.3%), dan laring (7.5%) Di Asia, keganasan sinonasal menempati peringkat kedua yang paling sering dari keganasan di kepala dan leher, setelah karsinoma nasofaring.^{2,5} Dari data yang dikumpulkannya dari rumah sakit umum di 10 kota besar di Indonesia bahwa frekuensi tumor sinonasal adalah 9,3-25,3% dari keganasan THT dan berada di peringkat kedua setelah tumor ganas nasofaring.⁵ Keganasan tersering pada sinonasal adalah karsinoma sel skuamosa (70%), dan selanjutnya adenokarsinoma (10-20%). Dengan predileksi tersering pada sinus maksila (60%), diikuti oleh rongga hidung (20-30%), sinus etmoid (10-15%), sedangkan sinus frontal dan sphenoid jarang dijumpai (< 1%).

Simpulan

Dari hasil penelitian ini didapatkan kanker sinonasal dapat mempengaruhi orang-orang dari berbagai latar belakang pekerjaan dan pendidikan, dimana kanker sinonasal terutama dapat mengenai para pekerja yang sering terpapar zat kimia dan bahan industri pada petani dan pekerja pabrik sehingga perlu dilakukan pemeriksaan yang lebih mendalam dan menyeluruh terhadap populasi yg sering terpapar dengan zat zat karsinogenik tersebut. Selain itu pada penelitian ini juga disebutkan

bahwa banyak pasien yang datang berobat pada stadium lanjut (46,7%) untuk itu disarankan melakukan deteksi dini pada pasien yang memiliki karakteristik dengan kejadian yang tinggi, dengan menyebarkan hasil penelitian ini kepada petugas kesehatan lini pertama dan pendidikan untuk deteksi dini penyakit, sehingga pasien

bisa mendapatkan pengobatan dini yang tepat, pembatasan kecacatan dan pencegahan lainnya. Biasanya pasien datang dengan stadium lanjut, di samping pilihan pengobatan, perawatan paliatif juga diperlukan untuk meningkatkan kualitas hidup.

Daftar Pustaka

1. Roeszin A, Armiyanto. *Tumor Hidung dan Sinonasal*. dalam : *Buku Ajar Ilmu Kesehatan Telinga Hidung Tenggorokan Kepala & Leher: edisi 6*. Soepardi EA, Iskandar N, Bashiruddin J, Restuti RD, editor. 2007. Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. hal : 178-81.
2. Slomski G, Ph.D. *Paranasal Sinus Cancer*, *Gale Encyclopedia of Cancer*. 2002. [cited on April 4th 2013]. Available from : <http://www.encyclopedia.com/c/2981-literature-and-arts.html>
3. Agussalim, dr. *Tumor Sinonasal*. 2006. Universitas Sumatera Utara.[cited on April 4th 2013]. Available from :<http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/24571/.../Chapter%20II.pdf>
4. Carrau RL, MD. *Malignant Tumor of the Nasal Cavity and Sinuses*. [cited on April 4th 2013]. Available from : <http://emedicine.medscape.com/article/846995-overview#showall>
5. Dhingra P. *Anatomy of Nose*. in : *Disease of Ear, Nose, and Throat 4th edition*. 2010. India. Elsevier. p 130-5,141,165.
6. Karanvilof B. *Sinus Anatomy and Function*. [cited on April 11th 2013]. Available from : <http://www.ohiosinus.com/patient-info/sinus-anatomy-and-function>
7. American Society of Clinical Oncology. *Nasal Cavity and Paranasal Sinus Cancers*. 2011. USA. [cited on April 4th 2013]. Available from : <http://www.cancer.net/cancer-types/nasal-cavity-and-paranasal-sinus-cancer>
8. Hilger PA, Adam GL. *Penyakit Hidung dan Tumor-Tumor Ganas Kepala Leher*. dalam : *BOEIS Buku Ajar Penyakit THT : edisi 6*. Effendi H, Santoso RAK, editor. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC. hal : 235-7, 429-44.
9. Siregar, BH. *Head and Neck, Breast, Soft Tissue, Skin Tumor*. 2005. Makassar. Oncology Surgery Dept. of Hasanuddin University. hal : 4-19.
10. Surakardja, IDG. *Onkologi Klinik*. 2000. Fakultas kedokteran Universitas Airlangga/RSUD Dr. Soetomo Surabaya. hal : 85-103.
11. Hermans, Robert. *Neoplasms of the Sinonasal Cavities*. in : *Head and Neck Cancer Imaging*. Hermans R, ed. University Hospitals Leuven. Belgium. p 192-217.
12. Sargi RB, Casiano RR. *Surgical Anatomy of the Paranasal Sinuses*. in : *Rhinologic and Sleep Apnea Surgical Techniques*. Kountakis SE, Onerci M, eds. 2007. Springer-Verlag Berlin Heidelberg. p 17-26.
13. Holman PR, Weisman RA, Kavanagh et al. *Lymphoma, Myeloproliferative Disorders, Leukemia, and Malignant Melanoma*. In : *Head and Neck Manifestation of Systemic Disease*. Harris JP, Weisman MH, eds. 2007. Informa Healthcare USA, Inc. New York. p 251-83.
14. Salam KS, Choudhury AA, Hossain MD, et al. *Clinicopathological Study of Sinonasal Malignancy*. Bangladesh J Otorhinolaryngol 2009; 15(2):55-9.
15. Loevner L, Bradshaw J. *Paranasal Sinuses and Adjacent Spaces*. Radiology Dept. of the University of Pennsylvania, USA and the Medical Centre Alkmaar, the Netherlands. [cited on April 4th 2013]. Available from : <http://www.radiologyassistant.nl/en/p491710c96a36d/paranasal-sinuses-and-adjacent-spaces.html>