

PARALISIS SARAF KRANIAL MULTIPEL PADA KARSINOMA NASOFARING

I. PENDAHULUAN

I.1. Latar Belakang

Secara umum karsinoma nasofaring merupakan neoplasma yang jarang ditemui.^{1,2} Penyakit ini dapat mengenai semua umur.³ Meliputi sekitar 2% atau lebih dari seluruh keganasan kepala dan leher.⁴ Karsinoma ini dapat tumbuh di daerah manapun pada nasofaring.⁵

Gejala dan tanda karsinoma nasofaring sangat bervariasi dan sering samar-samar sehingga membingungkan pemeriksa.³ Karsinoma ini juga sering tidak menimbulkan gejala hingga akhirnya terlambat didiagnosa, terutama yang muncul pada fossa Rossenmuller.⁵ Lesi yang lebih lanjut dapat menyebar hingga mengenai beberapa saraf kranial dan menimbulkan gejala-gejala neurologis.⁵

Kendala yang dihadapi dalam penanganan karsinoma nasofaring adalah sebagian besar penderita datang pada stadium lanjut, bahkan sebagian lagi datang dengan keadaan umum yang jelek. Hal ini disebabkan terlambatnya diagnosa ditegakkan, maka perlu ditekankan akan pentingnya menemukan dan menegakkan diagnosa sedini mungkin.⁷

Sampai saat ini terapi yang memuaskan belum ditemukan. Keberhasilan terapi sangat ditentukan oleh stadium penderita. Keterlambatan penderita untuk mendapatkan penanganan yang adekuat menyebabkan hasil terapi jauh dari memuaskan.⁸

I.2. Tujuan

Laporan kasus ini dibuat untuk membahas mengenai cara mendignosa dini, penatalaksanaan dan prognosa penderita paralisis saraf kranial multipel pada karsinoma nasofaring.

I.3. Manfaat

Dengan adanya laporan kasus ini diharapkan dapat diperoleh cara mendiagnosa dini, penatalaksanaan dan prognosa yang lebih baik bagi penderita paralisis saraf kranial multipel pada karsinoma nasofaring.

-Nervus kranialis

N I : Normosmia
N II,III : RC (+/+), pupil isokor O ki = ka = 3 mm
N III,IV,VI : Parese N VI sinistra. Gerakan bola mata kanan (+) normal
N V : Motorik : tidak dijumpai kelainan
Sensorik :kanan kiri
V1: dalam batas normal parestesi
V2: dalam batas normal parestesi
V3: dalam batas normal dalam batas normal
N VII : Sudut mulut simetris, tutup mata (+), kerut kening (+)
N IX,X : Uvula medial, palatum molle terangkat
N XI : Lidah istirahat dan dijulurkan medial

-Sistem motorik

Trofi : Eutrofi
Tonus : Normotonus
Kekuatan otot : ESD 55555 ESS 55555
55555 55555
EID 55555 EIS 55555
55555 55555

- Refleks fisiologis kanan kiri
Biceps/Triceps +/+ +/+
KPR / APR : +/+ +/+
- Refleks patologis - -
- Sensibilitas : Parestesi dermatom N V kiri cabang 1 dan 2
- Vegetatif : Tidak terganggu
-Perangsangan radikuler : Tidak dijumpai
- Gejala serebellar : Tidak dijumpai
- Gejala ekstrapiramidal : Tidak dijumpai
- Fungsi luhur : Baik

II.5. Pemeriksaan Penunjang

- | | | | | |
|---------------------|-----------|--------------------------|--------------------------|-----------------|
| 1. Darah rutin : Hb | : 13,1 % | Trombosit | : $378.10^3/\text{mm}^3$ | |
| | LED | : 20 mm/jam | HT | : 37% |
| | Eritrosit | : $4,6.10^3/\text{mm}^3$ | Hit. Jenis | : 0/0/0/68/31/1 |
| | Leukosit | : $9,0.10^3/\text{mm}^3$ | | |
2. KGD ad random : 120 mg%
3. Foto Schedel : tidak ada kelainan
4. Foto Thoraks : tidak ada kelainan

II.6. Kesimpulan

Telah dirawat di RSTD seorang pria (AU), usia 63 tahun, yang disangka menderita paralisis saraf kranial multipel ec SOL. Penderita mengeluh pandangannya ganda sejak 1 bulan sebelum masuk RSTD. Pandangan ganda ini menetap dan tidak mengalami perbaikan setelah penderita beristirahat ataupun saat bangun pagi. Penderita juga sering merasa kebas pada daerah wajah sebelah kiri. Riwayat keluar darah dari hidung (+) sebanyak 3x.

Dari pemeriksaan klinis didapati adanya parese N VI kiri dan parestesi pada dermatom N V kiri cabang 1 dan 2.

II.7. Diagnosa

Diagnosa Fungsional : Parestesi dermatom NV kiri cabang 1 dan 2 + Parese NVI kiri

Diagnosa Anatomis : Batang Otak

Diagnosa Etiologis : SOL

Diagnosa Banding : 1. Paralisis saraf kranial multipel ec SOL
2. Paralisis saraf kranial multipel ec infark batag otak
3. Myasthenia Gravis
4. Paralisis saraf kranial multipel ec trauma

Diagnosa Klinis : Paralisis saraf kranial multipel ec SOL

II.8. Penatalaksanaan

- Roboransia
- Konsul THT → Anjuran : Biopsi nasofaring
Hasil biopsi : *Non keratinizing Squamous Cell Carcinoma*
- CT Scan Nasofaring

III. TINJAUAN PUSTAKA

III.1. Definisi

Karsinoma nasofaring adalah tumor yang berasal dari sel-sel epitel yang menutupi permukaan nasofaring. Pertama kali dijabarkan oleh Regand dan Schmincke pada tahun 1921.⁹ Karsinoma ini dikenal sebagai tumor ganas yang berpotensi tinggi untuk metastase regional maupun jauh.⁸

III.2. Epidemiologi

Secara umum karsinoma nasofaring di dunia jarang dijumpai angka kejadian kurang dari 1/100.000 jumlah penduduk setiap tahun.^{1,2,10} Penyakit ini dapat mengenai semua umur, terbanyak pada usia 40-60 tahun. Perbandingan antara laki-laki dan wanita adalah 2 : 1 sampai 3 : 1.¹¹

Di Asia Tenggara, angka kejadiannya kira-kira 5/100.000 jumlah penduduk setiap tahun.¹²

III.3. Etiologi

Penyebab pasti dari karsinoma nasofaring sampai saat ini belum diketahui, namun ada 3 hal yang dianggap sebagai faktor penyebab, yaitu faktor infeksi, faktor genetikal dan faktor lingkungan.^{1,3,4,7,9,12,13,14}

III.4. Histopatologi

Klasifikasi gambaran histopatologi yang direkomendasikan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) tahun 1997, dibagi atas 3 bagian, yaitu .^{2,6,8,17}

1. Karsinoma sel skuamosa berkeratinisasi, dimana terdapat jembatan interseluler dan keratin pad sebagian besar sel tumor. Tipe ini dapat dibagi lagi menjadi diferensiasi baik, sedang dan buruk, *keratinizing squamous cell carcinoma (KSC)* Tipe I. Frekuensinya kira-kira 10%.
2. Karsinoma non-keratinisasi, pada permukaan pemeriksaan dijumpai adanya diferensiasi, tetapi tidak ada diferensiasi sel skuamosa tanpa

jembatan intersel. Seringkali dijumpai susunan pleksiform. Secara individu batas sel cukup jelas dan kadang-kadang terlihat struktur dengan sel yang jernih oleh karena adanya glikogen di dalam sitoplasma, *Non Keratinizing Carcinoma (NKC) Tipe II*. Frekuensinya kira - kira 20%.

3. Karsinoma tidak berdiferensiasi, pada tipe sel tumor secara individu memperlihatkan inti yang vesikuler, berbentuk oval atau bulat dengan nukleoli yang jelas. Pada umumnya batas sel tidak terlihat dengan jelas. Kadang-kadang dapat dijumpai sel tumor yang berbentuk seperti kumparan dengan inti hiperkromatik. Sel tumor tersusun dalam kelompok-kelompok yang tidak teratur (syncytium) dan kelompok sel tumor tersebut membentuk massa yang berbatas jelas di dalam stroma jaringan limfoid, *Undifferentiated Carcinoma (UC) Tipe III*. Frekuensinya kira - kira 70%.

Secara makroskopis karsinoma nasofaring dapat dibedakan menjadi 3 bentuk, yaitu bentuk ulseratif, bentuk nodular dan bentuk eksofitik. Ketiganya mempunyai bentuk dan tempat predileksi yang sangat berbeda, yaitu :⁸

1. Bentuk ulseratif

Bentuk ini paling sering terdapat pada dinding posterior dan di daerah sekitar fossa Fosenmuller. Juga dapat ditemui pada dinding lateral di depan tuba Eustachius dan pada bagian atap nasofaring. Lesi ini biasanya kecil disertai dengan jaringan yang nekrotik dan sangat mudah mengadakan infiltrasi ke jaringan sekitarnya. Gambaran histopatologik bentuk ini adalah karsinoma sel skuamosa dengan diferensiasi baik.

2. Bentuk noduler/lobuler/proliferatif

Bentuk noduler atau lobuler sangat sering dijumpai pada daerah sekitar muara tuba Eustachius. Tumor jenis ini berbentuk seperti buah anggur atau polipoid jarang dijumpai adanya ulserasi, namun kadang-kadang dapat dijumpai ulserasi kecil. Gambaran histopatologi dari tumor ini biasanya karsinoma tanpa diferensiasi.

3. Bentuk Eksofitik

Bentuk eksofitik biasanya tumbuh pada satu sisi nasofaring, tidak dijumpai adanya ulserasi, kadang-kadang bertangkai dan permukaannya licin. Tumor jenis ini biasanya tumbuh dari atap nasofaring dan dapat mengisi seluruh rongga nasofaring. Tumor ini dapat mendorong palatum molle ke bawah dan tumbuh ke arah koana dan masuk ke dalam rongga hidung. Gambaran histopatologi biasanya berupa limfosarkoma.

Anatomi Nasofaring⁴

Nasofaring merupakan rongga dengan dinding kaku di atas, belakang dan lateral. Batas-batas nasofaring yaitu batas atas (atap) adalah os sphenoid dan sebagian prosesus basilaris, batas anterior adalah koana dan palatum molle, batas posterior adalah vertebra servikal dan batas inferior adalah permukaan atas palatum molle dan berhubungan dengan orofaring.⁴

Pada dinding lateral nasofaring lebih kurang 1,5 inci dari bagian belakang konka nasal inferior terdapat muara tuba eustachius. Pada bagian belakang atas muara tuba eustachius terdapat penonjolan tulang yang disebut terus menerus dan dibelakangnya terdapat suatu lekukan dari fossa Rosenmuller dan tepat diujung atas posteriornya terletak foramen laserum. Pada daerah fossa ini sering terjadi pertumbuhan jaringan limfe yang menyempitkan muara tuba eustachius sehingga mengganggu ventilasi udara telinga tengah.⁴

Dinding lateral nasofaring merupakan bagian terpenting, dibentuk oleh lamina faringobasilaris dari fascia faringeal dan otot konstriktor faring superior. Fasia ini mengandung jaringan fibrokartilago yang menutupi foramen ovale, foramen jugularis, kanalis karotis dan kanalis hipoglossus. Struktur ini penting diketahui karena merupakan tempat penyebaran tumor ke intrakranial.⁴



Gambar Anatomi Nasofaring, dikutip dari :
 Gustafon R.O, Nelli HB. Cancer of the Nasopharynx
 In : Myers EN, Suen JY. eds. Cancer of The Head and Neck, 2nd ed,
 New York : Churchill Livingstone 1995

III.5. Gejala Klinis

Menegakan diagnosis sedini mungkin sangat penting. Untuk itu diperlukan pengetahuan tentang gejala dini dari karsinoma nasofaring dan juga perluasannya, baik regional ataupun metastase jauh. Gejala ditentukan oleh hubungan anatomik nasofaring dengan organ disekitarnya, yaitu hidung tuba eustachius, telinga, kelenjar limfe regional dan dasar tengkorak.¹⁰

Gejala-gejala yang ditimbulkan oleh karsinoma nasofaring ini antara lain:

• Gejala telinga

1. Kataralis/oklusi tuba eustachius⁴

Pada umumnya tumor bermula di fossa Rosenmuller, pertumbuhan tumor dapat menyebabkan penyumbatan muara tuba, sehingga mengakibatkan keluhan rasa penuh di telinga, berdengung dan kadang-kadang disertai dengan gangguan pendengaran. Gejala ini merupakan gejala yang sangat dini dari karsinoma nasofaring.

2. Otitis media serosa dan dapat berlanjut sampai terjadi perforasi dan gangguan pendengaran.^{11,14,15}

• Gejala hidung

1. Epistaksis^{4,6,9,11,14,15}

Dinding tumor biasanya rapuh sehingga iritasi ringan saja dapat mengakibatkan terjadinya perdarahan. Keluarnya darah ini biasanya berulang-ulang, jumlahnya sedikit dan bercampur dengan ingus, sehingga berwarna merah jambu.

2. Sumbatan hidung^{4,6,11,14,15}

Sumbatan hidung yang menetap terjadi akibat pertumbuhan tumor ke dalam rongga nasofaring dan menutupi koana. Gejala menyerupai pilek kronis, kadang-kadang disertai dengan gangguan penciuman dan adanya ingus kental.

Gejala telinga dan hidung ini bukan merupakan gejala yang khas pada penderita karsinoma nasofaring, karena juga dijumpai pada infeksi biasa, misalnya pilek kronis, sinusitis dan lain-lain. Epistaksis juga terjadi pada anak yang sedang menderita radang. Namun jika keluhan ini timbul berulang kali, tanpa penyebab yang jelas, atau menetap walaupun telah diberikan pengobatan, kita harus waspada dan segera melakukan pemeriksaan yang lebih teliti terhadap rongga nasofaring sampai terbukti bahwa bukan karsinoma nasofaring penyebabnya.⁸

• Gejala Neurologi

Karsinoma nasofaring telah diketahui dapat menyebabkan berbagai lesi neurologis, khususnya kelumpuhan saraf kranial. Tumor ini dapat menyebar secara intrakranial maupun ekstrakranial sehingga menyebabkan terjadinya paralisis saraf kranial multipel.¹⁴

* Perluasan ke atas

Tumor meluas ke intrakranial menjalar sepanjang fossa medialis, disebut penjalaran *petrosfenoid*. Sindroma petrosfenoid terjadi bila seluruh saraf grup anterior yang terkena. Biasanya melalui foramen laserum.^{4,6,14} Kemudian ke sinus kavernosus dan fossa kranii media mengenai grup anterior saraf otak yaitu n 11 - n VI yang spring terkena lebih dulu n VI, kemudian n V dan 111.^{4,11,14,15} Tidak jarang gejala diplopia-lah yang membawa penderitaan lebih dulu berobat ke dokter mata.⁷ Perluasan ke atas lebih sering ditemukan di Indonesia.⁸

Tanda-tanda lainnya adalah terjadinya

- Neuralgia trigeminal unilateral^{3,11,14}
- Oftalmoplegia unilatera¹³
- Gejala nyeri kepala hebat terjadi akibat penekanan tumor pada durameter.¹¹

* Perluasan ke belakang

- Tumor meluas ke belakang secara ekstrakranial sepanjang fossa posterior, disebut penjaran retroparotidian. Yang terkena adalah grup posterior dari saraf otak yaitu n VII - n XII beserta nervus simpatikus servikalis.
- Tumor dapat mengenai otot dan menyebabkan kekakuan otot-otot rahang sehingga terjadi trismus.
- Sindrom retroparotidian terjadi akibat kelumpuhan n IX, X, XI dan XII.^{4,6,11,14,15}

Manifestasi keluhan ialah^{11,14}

- a. n IX : Kesulitan menelan karena hemiparesis otot konstriktor superior serta gangguan pengecapan pada sepertiga belakang lidah.
- b. n X : Hiper / hipoanestesi mukosa palatum mole, faring dan laring disertai gangguan respirasi dan salivasi.
- c. n XI : Kelumpuhan atau atrofi otot-otot trapezeus, stemokleidomastoideus, serta hemiparesis palatum mole. d. n XII : hemiparalisis dan atrofi sebelah lidah

Semua ini biasanya disertai dengan sindroma Horner akibat kelumpuhan n. simpatikus servikalis, berupa penyempitan fisura palpebralis, enoftalmus dan miosis.

Biasanya beberapa saraf otak terkena secara unilateral, tetapi pada beberapa kasus pernah ditemukan bilateral. Sedangkan nervus VII dan VIII, karena letaknya agak tinggi serta tertetak dalam kanalis tulang, sangat jarang terjadi kerusakan oleh karena tumor.¹⁴

• Gejala Pada Kelenjar Getah Bening

Oleh karena tumor pada nasofaring relatif bersifat anaplastik dan banyak terdapat kelenjar limfe, maka karsinoma nasofaring dapat menyebar ke kelenjar limfe leher.⁵ Melalui aliran pembuluh limfe, sel-sel kanker dapat sampai di kelenjar limfe leher dan tertahan disana karena memang kelenjar

ini merupakan pertahanan pertama agar sel-sel kanker tidak langsung ke bagian tubuh yang lebih jauh.^{14,15}

Di dalam kelenjar ini sel tersebut tumbuh dan berkembang biak sehingga kelenjar menjadi besar dan tampak sebagai benjolan pada leher bagian samping. Benjolan ini dirasakan tanpa nyeri karenanya sering diabaikan oleh pasien.¹⁵

Selanjutnya sel-sel kanker dapat berkembang terus, menembus kelenjar dan mengenai otot dibawahnya. Kelenjar menjadi lekat pada otot dan sulit digerakkan. Keadaan ini merupakan gejala yang lebih lanjut lagi. Limfadenopati servikalis merupakan gejala utama yang mendorong pasien datang ke dokter.¹⁵

Dari hasil penelitian didapati :¹⁷

- gejala-gejala hidung sebanyak 77,5%
- gejala-gejala telinga sebanyak 73%
- sakit kepala sebanyak 61%
- pembesaran kelenjar getah bening sebanyak 60%

Dari hasil penelitian lain berdasarkan pemeriksaan fisik didapati :⁸

- gejala yang paling sering didapati adalah pembesaran kelenjar getah bening tanpa nyeri sebanyak 80%.
- Kelumpuhan saraf cranial ditemukan pada 25% penderita

Penelitian mengenai metastase jauh, didapati :⁸

- paru-paru 20%
- tulang 20%
- hati 10%
- ginjal 0,4%
- otak 0,4%

• **Gejala akibat metastase jauh .**

Sel-sel kanker dapat ikut mengalir bersama getah bening atau darah, mengenai organ tubuh yang letaknya jauh dari nasofaring. Yang sering ialah tulang, hati dari paru. Hal ini merupakan stadium akhir dan prognosis sangat buruk.⁹

Dalam penelitian lain ditemukan bahwa karsinoma nasofaring dapat mengadakan metastase jauh, yang terbanyak ke paru-paru dan tulang, masing-masing sebanyak 20%, sedangkan ke hati 10%, otak 4%, ginjal 0,4%, tiroid 0,4%.⁹

Kira-kira 25% penderita datang berobat ke dokter sudah-mempunyai pertumbuhan ke intrakranial atau pada foto rontgen terlihat destruksi dasar tengkorak dan hampir 70% metastase kelenjar leher.¹⁰

III.6. Diagnosa

Diagnosa ditegakkan berdasarkan anamnesa, pemeriksaan klinis dan pemeriksaan penunjang.¹² Diagnosa pasti ditegakkan dengan biopsi nasofaring.⁷

Jika ditemukan adanya kecurigaan yang mengarah pada suatu karsinoma nasofaring, protokol di bawah ini dapat membantu untuk menegakkan diagnosis pasti serta stadium tumor

1. Anamnesa
2. Pemeriksaan Fisik
3. Biopsi Nasofaring dan Patologi Anatomi

Biopsi ini merupakan diagnosa pasti karsinoma nasofaring.⁷ Penting dilakukan untuk mengetahui histopatologi dan menentukan jenis terapisnya.^{4,15}

4. Pemeriksaan Radiologi

- Foto Schedel : untuk melihat invasi tumor, ditandai dengan adanya tanda-tanda kerusakan pada dasar tengkorak.

- Foto Thoraks : untuk melihat adanya metastase tumor, karena paru merupakan daerah metastase yang cukup sering.
- CT Scan nasofaring : berguna untuk melihat tumor primer yang tersembunyi.⁷ Dapat juga untuk melihat perluasan tumor, erosi dasar tengkorak.¹⁸
- MRI : dapat menunjukkan perhiasan tumor.¹⁸
- USG hepar ; melihat metastase pada hepar
- Bone Scintigraphy: untuk melihat metastase ke tulang.^{18,5}

Pemeriksaan laboratorium

- pemeriksaan serologi : berupa IgA anti EA dan IgA anti VCA untuk virus Epstein - Barre.⁷

Stadium Klinis^{9,17,18}

Untuk penentuan stadium dipakai sistem TNM menurut UICC (1997).¹⁹

T = tumor primer

T₁ = tumor terbatas pada nasofaring

T₂ = tumor meluas ke jaringan orofaring dan/atau ke fossa nasalis.

- T_{2a} = tanpa perluasan ke parafaringeal

- T_{2b} = dengan perluasan ke parafaringeal

T₃ = tumor invasi ke struktur tulang dan/atau sinus paranasal

T₄ = tumor dengan perluasan ke intrakranial dan/atau melibatkan saraf kranial, fossa infratemporal, hipofaring.

N = pembesaran kelenjar getah bening regional.

N₁ = pembesaran unilateral, s 6 cm, di atas fossa supraclavicular

N₂ = pembesaran bilateral, < 6 cm di atas fossa supraclavicular.

N₃ = metastase pada kelenjar getah bening

- N_{3a} = ≥ 6 cm

- N_{3b} = perluasan ke fosca supraclavicular

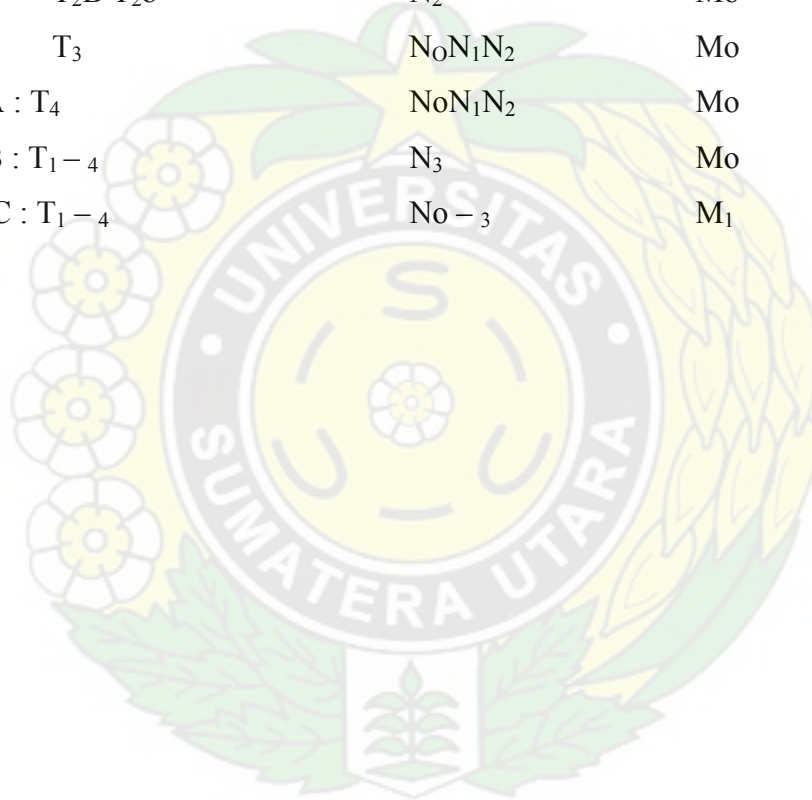
M = metastasis jauh

M₀ = tidak ada metastasis jauh

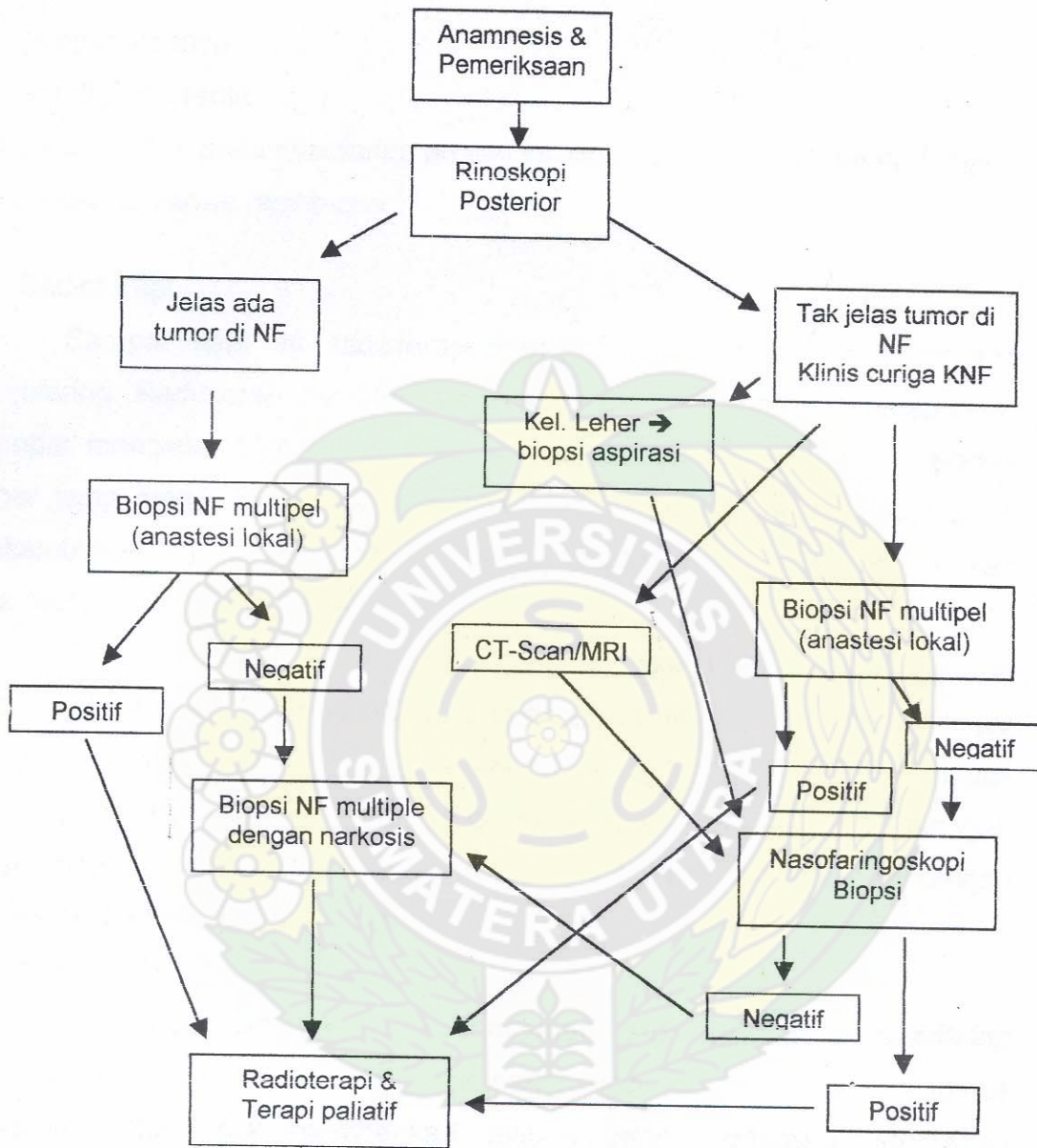
N₁ = Terdapat metastasis jauh

Pengelompokan stadium (UICC 1997)^{9,17,18}

Stadium I	: 31No	Mo	
Stadium IIA	: T _{2a}	No	Mo
Stadium IIB	: T ₁	N ₁	Mo
	T ₂	N ₁	Mo
	T _{2a}	N ₁	Mo
	T _{2b}	No, N ₁	Mo
Stadium III	: T ₁	N ₂	Mo
	T _{2B} T _{2b}	N ₂	Mo
	T ₃	NoN ₁ N ₂	Mo
Stadium IVA	: T ₄	NoN ₁ N ₂	Mo
Stadium IVB	: T ₁₋₄	N ₃	Mo
Stadium IV C	: T ₁₋₄	No-3	M ₁



Skema I. Penatalaksanaan Karsinoma Nasofaring



Skema I dikutip dari :
Mulyarjo, *Diagnosis dan Penatalaksanaan Karsinoma Nasofaring*

III.7. Terapi

Faktor-faktor yang mempengaruhi pemilihan terapi.²

Faktor utama yang mempengaruhi pemilihan terapi antara lain :

- histopatologi
- penyebarannya
- kondisi penderita Mayoritas tumor pada nasofaring adalah karsinoma nasofaring tipe III.¹⁷ Tipe ini sensitif terhadap radioterapi.¹⁸

1. Radioterapi

Sampai saat ini radioterapi merupakan terapi utama karsinoma nasofaring. Radioterapi diberikan bertahap dan terbagi dalam beberapa seri sampai mencapai 6000-6600 rad untuk tumor primer, sedangkan kelenjar leher yang membesar diberi 6000 rad. Radiasi juga dapat diberikan pada kekambuhan atau pada metastasis tulang. Radiasi tambahan dapat diberikan bila respon terapi kurang baik.⁸

Radioterapi pada karsinoma nasofaring bisa dilakukan dengan cara radiasi eksterna (teleterapi) ataupun radiasi intema (brachyterapi). Radiasi intema (brachyterapi) pada karsinoma nasofaring bertujuan untuk memberikan dosis tinggi pada regio nasofaring tapi tidak pada jaringan sekitarnya maupun kelenjar. Biasanya radiasi intema dikombinasikan dengan radiasi eksterna sebagai booster.^{7,8}

2. Kemoterapi

Kemoterapi sebagai terapi tambahan pada karsinoma nasofaring akhir-akhir ini banyak mendapat perhatian karena kebanyakan penderita stadium lanjut tidak memberikan respon yang memuaskan terhadap radioterapi. Ternyata kombinasi radioterapi dan kemoterapi dapat meningkatkan hasil terapi.

Terutama diberikan pada stadium lanjut atau pada keadaan kambuh. Salah satu cara penggabungan dengan radiasi adalah dengan cara *sandwich* yaitu kemoterapi-radiasi-kemoterapi.

Meskipun pernah dilaporkan berhasil pada pemberian *single drug* namun lebih dianjurkan pemberian “multiple drugs” untuk mendapat efek maksimal dengan dampak yang minimal.

Ber macam-macam protokol pemberian kemoterapi telah dilaporkan. Meskipun banyak dilaporkan keberhasilan kombinasi terapi ini tetapi kontroversi mengenai keuntungan dan kerugian ini masih ada. Untuk karsinoma nasofaring stadium I dan II tampaknya radioterapi masih merupakan pilihan utama dengan hasil yang cukup baik, sedang untuk stadium III dan IV terapi kombinasi radioterapi dan kemoterapi mungkin lebih menjanjikan.⁸

3. Terapi Bedah

Terapi bedah sedikit sekali mendapat tempat pada penatalaksanaan karsinoma nasofaring. Pembedahan yang pernah dilaporkan adalah reseksi leher pasca radioterapi. Ini dikerjakan apabila tumor primer sudah menghilang sedang kelenjar leher masih tersisa. Syarat lainnya adalah tidak ada metastasis jauh. Apabila kulit permukaan sudah rusak karena radiasi atau adanya infiltrasi ke kulit maka reseksi dapat dilakukan dengan mengikutsertakan kulit permukaan. Luka dapat ditutup dengan jabil miokutan pektoralis mayor.

Pembedahan pada tumor di nasofaring melalui berbagai pendekatan seperti rinotomi lateral, mid facial *degloving*, trans-antral dan sebagainya. Sudah barang tentu ini dilakukan untuk tumor yang masih terbatas di nasofaring. Mungkin ini lebih cocok pada tumor residif. Belakangan ini dengan berkembangnya radioterapi tumor residif yang terbatas di nasofaring dapat diberikan brachyterapi.⁸

4. Imunoterapi

Dengan diketahuinya kemungkinan penyebab dad karsinoma nasofaring adalah virus Epstein-Barr, maka pada penderita karsinoma nasofaring dapat diberikan imunoterapi. Disamping itu imunoterapi dapat juga dilakukan dengan memberikan vaksin anti virus Epstein-Barr pada populasi yang rentan, misalnya balita untuk mencegah timbulnya karsinoma nasofaring.^{6,7}

- Terapi secara umum¹⁹

Radioterapi merupakan pilihan terapi standard pada stadium awal karsinoma nasofaring typr III. Pada kasus yang lebih lanjut kombinasi antara kemoterapi radioterapi merupakan terapi standard pada tipe I. Dengan radio terapi saja, karsinoma T1, tipe 1 dan T1- 2 tipe III dapat dikontroli pada > 90% kasus dalam 3 tahun. Pada penderita Squamous Cell Carcinoma T2 and T34, jumlah yang dapat dikontrol dengan radioterapi kira-kira 75% dan 50%. Penderita dengan pembesaran kelenjar getah bening (≤ 5 cm) pada tipe III, jumlah yang dapat dikontrol 1 dengan radioterapi sebanyak $\pm 93\%$.¹⁹

- Terapi pada stadium awal ($T_{1-2}, N_{0-1} < 5$ cm)¹⁹

Penderita pada stadium ini terapi pilihannya berupa radioterapi pada daerah tumor primer dan pada seluruh leher.

Brachyterapi sebagai terapi tambahan cocok bagi penderita tipe III karsinoma nasofaring.

- Terapi pada stadium lanjut ($T_{1-4}, N_2 > 5$ cm - $N_3, T_3 - T_4, N_{1-3}$)¹⁹

Penderita tipe I stadium lanjut, terapinya berupa kombinasi kemoterapi dan radioterapi. Penderita dengan tumor lokal stadium lanjut sangat sensitif terhadap kemoterapi dengan meningkatnya survival rate.

III.8. Prognosa ¹⁹

Prognosa karsinoma nasofaring secara umum tergantung pada pertumbuhan lokal dan kecenderungan metastasenya. *Keratinizing Squamous Cell Carcinoma* pertumbuhan lokal tumornya cenderung lebih agresif daripada *Non Keratinizing* dan *Undifferentiated Carcinoma*, walaupun metastase limfatrik dan hematogen lebih sering pada ke-2 tipe yang disebutkan terakhir.

Prognosa penderita buruk bila dijumpai :

- pembesaran kelenjar getah bening
- stadium lanjut
- tipe histologinya *Keratinizing Squamous Cell Carcinoma*

Dari seluruh penderita *5-year survival rate (5-YSR) : 50%*, *10 year survival rate (10-YSR) : 30%*. Pada penderita *Undifferentiated Carcinoma 5-YSR-nya* lebih tinggi 20 - 30% daripada penderita *Keratinizing Squamous Cell Carcinoma*.

Menurut penelitian terbaru, secara umum penderita yang diterapi dengan radioterapi saja, 10-YSR : 40 - 50%, sedangkan bila kombinasi dengan kemoterapi, 10-YSR : 55 - 70%.

Pada tipe *Squamous Cell Carcinoma*, kematian biasanya disebabkan oleh progresifitas lokal tumor. Pada tipe *Undifferentiated*, kematian lebih sering disebabkan oleh metastase jauh. Relaps lokal mempunyai faktor resiko yang signifikan dengan perkembangan metastase, khususnya pada 2 tahun pertama setelah terapi.¹⁹

IV. DISKUSI KASUS

Pada kasus ini seorang pria (AU) berusia 63 tahun didiagnosa menderita suatu paralysis saraf cranial multiple ec SOL, berdasarkan anamnese hasil pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang.

Dari anamnese diperoleh bahwa penderita mengalami pandangan ganda dan rasa kebas pada wajah sebelah kiri sejak 1 bulan sebelum masuk RS. Penderita juga pernah mengalami riwayat keluar darah dari hidung sebanyak tiga kali.

Dari anamnese ini diperoleh kesan adanya kelumpuhan nervus kranialis dan epistaksis yang mengarah pada keganasan nasofaring.

Pada pemeriksaan neurologis dijumpai kelumpuhan N VI kiri dan prestasi N V cabang 1 dan 2. Tidak dijumpainya pembesaran kelenjar getah bening sebagai tanda yang paling sering dijumpai pada karsinoma nasofaring membuat diagnosa masih sulit ditegakkan.

Dari hasil foto schedel tidak dijumpai adanya tanda-tanda yang mendukung ke suatu SOL dan dari hasil foto thoraks tidak dijumpai adanya metastase tumor.

Kemungkinan penyebabnya suatu infark serebri dapat disingkirkan karena dari anamnese dan pemeriksaan neurologis tidak dijumpai kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah.

Myasthenia gravis dapat disingkirkan pada penderita ini karena tidak dijumpainya perbaikan dari gejala paresis N VI setelah penderita beristirahata ataupun saat ia bangun pagi, dan tanda-tanda ocular myasthenia (ptosis).

Sedangkan trauma dapat disingkirkan karena dari anamnese tidak diperoleh riwayat trauma. Dan dari foto polos schedel tidak dijumpai kelainan.

Dari pemeriksaan penunjang berupa biopsi nasofaring dan pemeriksaan patologi anatomi diperoleh hasil adanya suatu *Non Keratinizing Squamous Cell Carcinoma* yang menguatkan dan memastikan diagnosa yaitu suatu karsinoma nasofaring sebagai penyebab paralysis saraf kranial multiple.

Pemeriksaan penunjang lainnya berupa CT-Scan nasofaring tidak dilakukan pada penderita ini karena permintaan untuk melakukannya belum disetujui oleh pihak rumah sakit.

V. PERMASALAHAN

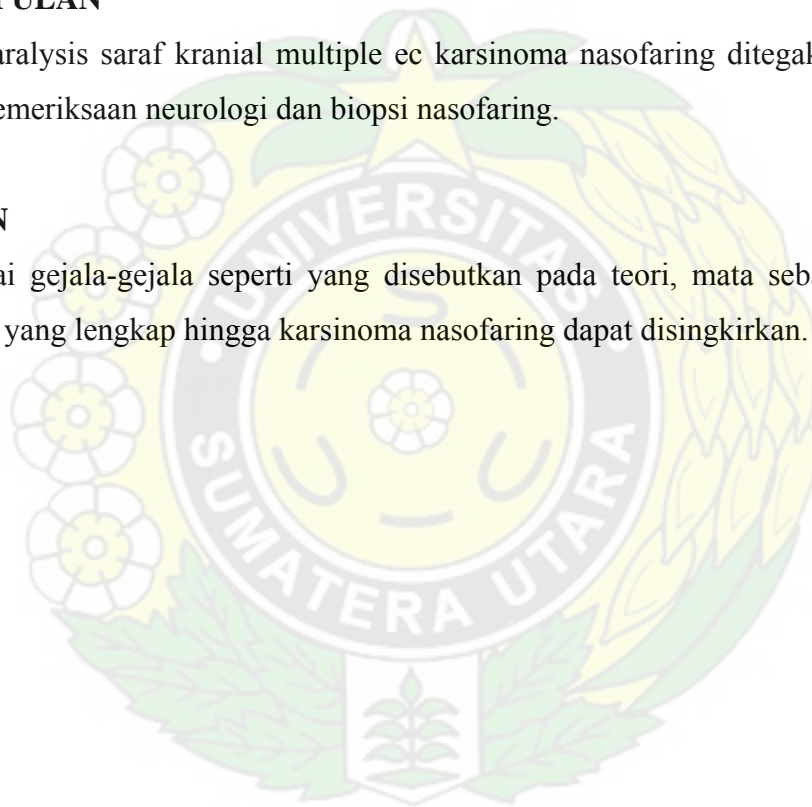
- Apa terapi terbaik bagi penderita karsinoma nasofaring ini ?
- Bagaimana prognosa penderita ini mengingat penderita datang pada stadium yang sudah lanjut ?

VI. KESIMPULAN

Diagnosa paralysis saraf kranial multiple ec karsinoma nasofaring ditegakkan berdasarkan anamnesa, pemeriksaan neurologi dan biopsi nasofaring.

VII. SARAN

Bila dijumpai gejala-gejala seperti yang disebutkan pada teori, maka sebaiknya dilakukan pemeriksaan yang lengkap hingga karsinoma nasofaring dapat disingkirkan.



KEPUSTAKAAN

1. Wei, IG, Sham JS. Cancer of The Nasopharynx. In: Myers EN, Suen JY, editors. Cancer of the Head and Neck, 3rd ed, New York : Churchill Livingstone; 2000 p. 277 - 93.
2. Fee WE Jr. Nasopharynx. In : Close LG, Larson DL, Shah JP, editors. Essentials of Head and Neck Oncology. 15th ed. New York : Thieme Medical Publisher; 1998. p. 205 -10.
3. Gustafson RO, Neel HB. Cancer of the Nasopharynx. In : Myers EN, Suen JY, editors. Cancer of The Head and Neck, 2nd ed, New York : Churchill Livingstone 1995 ; p. 495 - 508.
4. Ballenger JJ. Penyakit Telinga, Hidung, Tenggorok, Kepala dan Leher (Terjemahan). Edisi 13. Jilid 1, Jakarta : Binarupa Aksara ; 1997.
5. Colman BH. Diseases of the Nose, Throat and Ear, and Head and Neck. 14th ed. Oxford : Churchill Livingstone ; 1993.
6. Som PM, Curtin HD. Head and Neck Imaging. USA : Mosby; 1996. p. 443 - 6.
7. Roezin A, Syafril A. Karsinoma Nasofaring. Dalam : Efiaty H, Soepardi A, Iskandar NH, editor. Hidung Tenggorok, Edisi ke-4. Jakarta: FKUI ; 2000. Hal. 149 - ` 55.
8. Mulyarjo, Diagnosis dan Penatalaksanaan Karsinoma Nasofaring. Dalam Mulyarjo, Soedjak S, Wisnubroto, Harmadji SM Hasanusi R, Artono, editor. Perkembangan Terkini Diagnosis dan Penatalaksanaan Tumor Ganas, THT-KL. Surabaya: FK-UNAIR ; 2002, Hal. 38 -47.
9. Brennan B. Pinkerton R. Nasopharyngeal carcinoma, Available from [http : // www. ukccsg. org /](http://www.ukccsg.org/)
10. Velde CJH, Bosman FT, Wagener DJT. Onkologi. Alih Bahasa Arjono dkk. Edisi ke-5. Yogyakarta : Panitia Kanker RSUP Dr. Sarjito; 1999.

11. Roland NJ, Mc Rae RDR, Mc Combe AW. Nasopharyngeal Tumours. In Jones AS, editor. Otolaryngology and Head and Neck Surgery. 1st ed. United Kingdom : Bios Scientific Publishers ; 1995. p. 179 - 81.
12. American Family Physician : Nasopharyngeal Cancer and the South East Asian Patient. May 2001. Available from <http://www.findarticles.com/cfo/m3225/963/74268484/print.jhtml>.
13. Gani WT. Diagnosis dan Tatalaksana sepuluh Jenis Kanker Terbanyak di Indonesia. Jakarta : EGC; 1995.
14. Maqbool M. Textbook of Ear, Nose and Throat Diseases. 6th ed. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publisher PVT. LTD ; 1993.
15. Becker W. Naumann HH, Pfaltz CR. Ear, Nose, and Throat Diseases. A pocket reference, 2nd ed. New York : Thieme Medical Publisher PVT. LTD: 1993.
16. Adams RD, Victor M, Ropper AH. Principles of Neurology. 7th ed. New York: Mc Graw-Hill ; 2001.
17. Paulino AC, Grupp S.A. Nasopharyngeal Tumors. September 30th. 2002. Available from : [http : //www.emedicine.com/ped/topics 1553.htm](http://www.emedicine.com/ped/topics/1553.htm).
18. Lin HS, Fee WE. Malignant Nasopharyngeal Tumors. April 17th 2003. Available from : [http : // www. emedicine.com/ENT/topic 269.htm](http://www.emedicine.com/ENT/topic/269.htm).
19. Cancer of Nasopharynx : oncology in Europe. 2002. Available from : [http // www. staroncology. Net / pagina. Asp ? Id Capitolo = 26 & Idsottocapitolo = 116](http://www.staroncology.Net/pagina.Asp?IdCapitolo=26&IdSottocapitolo=116)