

Laporan Kasus**Parotidektomi radikal pada karsinoma sel asinus parotis****Marlinda Adham, Meila Sutanti**

Departemen Ilmu Penyakit Telinga Hidung Tenggorok
Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
Rumah Sakit Dr. Cipto Mangunkusumo
Jakarta - Indonesia

ABSTRAK

Latar belakang: Karsinoma sel asinus adalah salah satu tipe keganasan kelenjar liur yang jarang sekali terjadi. Karsinoma ini bersifat *low grade* yang ditandai oleh benjolan pada daerah parotis yang tumbuh secara lambat. Dari pemeriksaan klinis, keganasan ini sulit dibedakan dengan tumor jinak. Salah satu gejala yang membedakan dari tumor jinak adalah rasa nyeri dan paresis nervus fasialis. Pemeriksaan biopsi aspirasi jarum halus dan tomografi komputer dapat menegakkan diagnosis karsinoma parotis jenis ini. Terapi utamanya adalah parotidektomi. **Tujuan:** Kasus ini diajukan agar para dokter umum dan dokter spesialis Telinga, Hidung, Tenggorok dapat mengenali adanya karsinoma parotis yang bermanifestasi klinis seperti tumor jinak ini. **Kasus:** Dilaporkan satu pasien, laki-laki berusia 53 tahun yang didiagnosis karsinoma sel asinus kelenjar parotis stadium IV. **Penatalaksanaan:** Pada pasien ini dilakukan operasi parotidektomi radikal dan direncanakan untuk radiasi dan kemoterapi. Sampai saat ini, pasien masih menolak untuk tatalaksana lebih lanjut pascabedah. **Kesimpulan:** Karsinoma sel asinus merupakan kasus keganasan yang memiliki prognosis baik, terutama jika didiagnosis dini dan diterapi secara adekuat.

Kata kunci: tumor ganas parotis, sel asinus, biopsi aspirasi jarum halus, parotidektomi.

ABSTRACT

Background: *Acinic cell carcinoma is an uncommon type of parotid malignant tumour. One common symptom of this low grade malignancy is slowly growing parotid mass. Pain in parotid area and facial nerve paresis are important symptoms that indicate malignancy. From clinical manifestations, it is difficult to differentiate between this kind of malignancy with benign parotid tumour. Fine needle aspiration biopsy and CT scan are important in diagnosing acinic cell parotid carcinoma, and surgery is the main therapy.* **Purpose:** *We present this case to enlighten general practitioners and also otorhinolaryngologists about this kind of parotid malignancy that has similar presentation with benign parotid tumour.* **Case:** *One case of acinic cell carcinoma of the parotis was reported. A 53 years old man was diagnosed as stage IV acinic cell carcinoma.* **Case management:** *The patient underwent radical parotidectomy. He was planned for chemotherapy and radiotherapy but until now, he still refused further treatment.* **Conclusion:** *Acinic cell carcinoma is one of malignant tumour that has a good prognosis, especially if diagnosed early and adequately treated.*

Key words: *malignant parotid tumour, acinic cell carcinoma, fine needle aspiration biopsy, parotidectomy.*

Alamat korespondensi: Marlinda Adham, Departemen THT FKUI-RSCM. Jl. Diponegoro 71, Jakarta.
E-mail: marlindaadhamy@yahoo.com

PENDAHULUAN

Kelenjar parotis, sebagaimana halnya kelenjar liur yang lain, yaitu kelenjar submandibula dan kelenjar sublingual, tersusun atas sel asinus dan duktal. Sel asinus sendiri merupakan struktur yang berfungsi untuk sekresi liur. Sel asinus kelenjar parotis menghasilkan sekresi yang bersifat serous, sedangkan kelenjar sublingual menghasilkan sekresi yang bersifat mukous, dan kelenjar submandibula menghasilkan sekresi yang bersifat campuran. Meskipun sekresi cairan hanya terjadi melalui sel asinus, protein yang terdapat pada liur dihasilkan dan dialirkan ke liur melalui sel asinus dan juga sel duktal.^{1,2}

Karsinoma sel asinus kelenjar parotis merupakan 10-18% dari tumor ganas pada kelenjar liur dan 2-4% dari keseluruhan tumor yang terjadi pada kelenjar liur. Keganasan ini biasanya dijumpai pada usia dekade kelima dan keenam. Pada anak di bawah usia 12 tahun, keganasan jenis sel asinus merupakan keganasan kelenjar parotis kedua yang paling sering dijumpai setelah jenis mukoepidermoid.^{3,4}

Secara histologi, keganasan pada kelenjar parotis dapat dibagi atas tumor *high grade* dan *low grade*. Tumor *high grade* antara lain karsinoma duktus kelenjar liur, karsinoma sel skuamosa, adenoma pleomorfik, adenokarsinoma, karsinoma mukoepidermoid, karsinoma adenoid kistik, karsinoma tidak berdifferentiasi. Tumor *low grade* antara lain adalah karsinoma sel asinus, karsinoma mukoepidermoid, karsinoma mioepitelial, karsinoma onkositik dan karsinoma sebaseus. Batsakis secara histologis membagi karsinoma sel *asinus* menjadi tiga *grade*.^{5,6}

Union Internationale Contre le Cancer (UICC) tahun 1997 dan *American Joint Committee* (AJCC) tahun 2002, membagi stadium dari tumor ganas kelenjar parotis berdasarkan ukuran tumor (T), pembesaran kelenjar getah bening regional (N), dan ada atau tidaknya metastasis (M).

Karsinoma sel asinus biasanya merupakan keganasan yang terlokalisir, memiliki batas yang jelas, dan jarang menyebar ke kelenjar getah bening regional atau metastasis jauh. Pemeriksaan

Tabel 1. Klasifikasi TNM tumor ganas parotis.⁷⁻⁹

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 4-6 cm, atau ada penyebaran ekstraparenkim tanpa adanya keterlibatan NVII
T4	Ukuran tumor ≥ 6 cm, atau ada keterlibatan NVII, atau ada infiltrasi intrakranial
N	
Nx	Metastasis kgb belum dapat 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	
M0	Metastasis jauh (-)
M1	Metastasis jauh (+)

Tabel 2. Stadium tumor ganas parotis.⁷⁻⁹

Stadium			
I	T1-2	N0	M0
II	T3	N0	M0
III	T1-2	N1	M0
IV	T4	N0	M0
	T3-4	N1	M0
	semua	N2-3	M0
	semua	semua	M1

penunjang yang dapat dilakukan antara lain adalah tomografi komputer, ultrasonografi, *magnetic resonance imaging* (MRI), dan juga angiografi. MRI memiliki keunggulan, yaitu dapat mengenali tumor ganas jenis *low-grade*. Tumor parotis jenis *low grade* ini biasanya memiliki sekresi kelenjar liur yang banyak, sehingga dapat menunjukkan intensitas T1 pada MRI yang rendah dan intensitas T2 pada MRI yang tinggi.^{3,5,8,10}

Pemeriksaan diagnostik yang dapat digunakan untuk menegakkan diagnosis karsinoma sel asinus adalah biopsi aspirasi jarum halus, *core biopsy* dan *frozen section*. Sensitivitas dari biopsi aspirasi jarum halus ini bervariasi antara 92-98% dan spesifitasnya 86-100%. Tingkat akurasi diagnostik untuk mendeteksi tumor ganas, sekitar 84-97%. Keuntungan dari *core biopsy* adalah tingkat akurasi diagnostik yang mencapai 100% dibandingkan dengan pemeriksaan patologi anatomi biasa, sampel jaringan yang diambil dengan cara ini cukup banyak untuk melakukan pemeriksaan imunohistokimia. Namun, pemeriksaan *core biopsy* ini kurang nyaman untuk pasien dan memiliki risiko penyebaran tumor yang lebih besar. *Frozen section* direkomendasikan hanya jika pemeriksaan klinis dan/atau sitologi mencurigakan suatu keganasan. *Frozen section* juga biasanya digunakan untuk menentukan apakah tepi sayatan bebas massa tumor.^{5,11}

Terapi pilihan utama untuk pasien dengan tumor ganas kelenjar parotis, termasuk karsinoma sel asinus adalah operasi. Operasi yang dikerjakan harus meliputi tumor primer dan kelenjar getah bening jika diperlukan. Parotidektomi dapat dibagi atas beberapa jenis. Pembagian yang paling sering digunakan adalah berdasarkan pada banyaknya jaringan kelenjar parotis dan jaringan sekitarnya yang diangkat, yaitu parotidektomi superfisial, parotidektomi *deep lobe* dan parotidektomi total. Dikenal pula istilah parotidektomi radikal, yaitu parotidektomi total yang disertai dengan mandibulektomi atau petrosektomi, pengangkatan kulit sekitar kelenjar atau saraf fasialis. Tumor ganas kelenjar parotis dengan derajat keganasan *low grade*, pada ukuran tumor T1 sampai T4 memerlukan pengangkatan keseluruhan tumor kelenjar parotis. Pada keganasan kelenjar parotis jenis *low grade* dengan ukuran tumor T1 dan T2, tidak diperlukan radiasi pascaoperasi. Pada ukuran tumor T3, biasa dilakukan juga diseksi leher dan radiasi pascaoperasi. Pada ukuran tumor T4, dapat dilakukan parotidektomi radikal. Pada karsinoma parotis jenis sel asinus, teknik pilihan untuk diseksi leher adalah diseksi leher

radikal yang dimodifikasi dengan preservasi dari saraf spinalis aksesorius, vena jugular dan otot sternokleidomastoid. Teknik pilihan kedua pada keganasan parotis adalah diseksi leher selektif anterolateral, yang mengangkat kelenjar getah bening leher level I sampai III. Perlu atau tidaknya dilakukan diseksi leher pada pasien dengan N0 masih merupakan hal yang diperdebatkan. Diseksi leher elektif biasanya dianjurkan untuk pasien dengan ukuran tumor yang besar (T3/T4), tumor yang menginvasi saraf fasialis serta tumor jenis *high grade*.^{1,8,12-17}

Radioterapi ajuvan diberikan pada pasien dengan adanya keterlibatan kelenjar getah bening leher, penemuan batas operasi yang masih mengandung sel-sel ganas, ukuran tumor yang besar (T3/T4), tumor jenis *high grade* dan tumor ganas yang rekuren. 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, karsinoma mukoeipidermoid dan adenokarsinoma *high grade*. Hanya ada sedikit literatur yang membahas penggunaan kemoterapi neoajuvan atau ajuvan.^{1,16,18,19}

Komplikasi yang mungkin terjadi pasca-operasi parotidektomi, dapat dibedakan atas komplikasi segera dan komplikasi jangka panjang. Komplikasi segera antara lain paresis nervus fasialis, pendarahan atau hematoma, infeksi, nekrosis jabir kulit, trismus, fistula kelenjar liur atau sialokel, seroma. Komplikasi jangka panjang antara lain sindroma Frey's, tumor yang rekuren, skar hipertrofi, hipoestesia saraf aurikular magnus.^{18,20}

Karsinoma kelenjar parotis jenis sel asinus merupakan tipe keganasan kelenjar parotis yang paling kurang agresif. Prognosis pada pasien dengan tumor ganas kelenjar parotis lebih buruk pada stadium lanjut tumor, jenis histopatologi tumor *high grade*, adanya penyebaran ke kelenjar getah bening, adanya metastasis jauh, terlibatnya ruang parafaring, dan tumor yang rekuren,

adanya paresis saraf fasialis, keterlibatan kulit dan jaringan sekitar, serta jenis kelamin laki-laki. Tingkat ketahanan hidup dalam 10 tahun pada pasien dengan keganasan kelenjar liur jenis sel *asinus* adalah 70-85%. Angka ketahanan hidup rata-rata pada pasien dengan karsinoma sel *asinus* parotis yang telah bermetastasis adalah tiga tahun. Pasien dengan karsinoma sel *asinus* parotis dengan metastasis ke paru memiliki peluang hidup yang lebih lama dibandingkan dengan metastasis ke tempat lain. Tingkat kekambuhan kembali dari keganasan jenis sel *asinus* ini antara 10-35%.^{1,3,14,16,21,22}

LAPORAN KASUS

Pasien laki-laki 53 tahun datang ke poli Onkologi THT pada Februari 2010, dengan keluhan benjolan di depan telinga kiri yang timbul sejak 10 tahun yang lalu membesar perlahan-lahan. Benjolan tidak dirasakan nyeri, tidak pernah bengkak, merah atau panas. Pasien merasakan muka mencong yang tidak disadari sejak kapan. Pasien tidak merasakan adanya sumbatan hidung, gangguan pendengaran, nyeri kepala, maupun pandangan double. Riwayat operasi sebelumnya dua kali. Operasi pertama dilakukan tahun 1995, dan operasi kedua dilakukan tahun 2000. Sebelumnya pasien berobat ke rumah sakit di Bandung dan sempat dilakukan pengambilan jaringan dengan jarum. Pasien memiliki penampakan fisik yang sehat, dengan nilai Karnofsky 90. Pemeriksaan nasoendoskopi menunjukkan adanya penonjolan yang licin pada nasofaring sisi kiri dengan fosa Rosenmuller yang mendatar. Pemeriksaan telinga dan tenggorok dalam batas normal. Teraba massa pada daerah parotis sinistra yang meluas sampai ke regio bukal dan leher bagian atas. Massa tampak mendesak lobul telinga ke arah superior. Massa berukuran 20x10x6 cm, soliter, kenyal-keras, tidak nyeri tekan, permukaan teraba tidak rata, dan terdapat sikatriks pada bagian tengah benjolan. Ditemukan adanya paresis nervus fasialis House-Brackmann II. Tidak ditemukan adanya pembesaran kelenjar getah bening leher. Pasien datang dengan membawa

hasil biopsi aspirasi jarum halus yang diambil Juni 2009 dengan hasil *Hurtle cell carcinoma* dan disarankan untuk pemeriksaan *immunostaining*. Foto toraks pada Januari 2010 menunjukkan hasil normal. Pemeriksaan ultrasonografi pada regio mandibula menunjukkan bayangan massa *echogenic*, solid, berlobus-lobus, dengan batas yang tegas, dengan ukuran 8x6 cm.

Dari hasil biopsi aspirasi jarum halus pada daerah parotis, didapatkan hasil: neoplasma kelenjar liur cenderung suatu karsinoma jenis sel asinus. Pemeriksaan tomografi komputer menunjukkan hasil tumor parotis kiri yang menyangat heterogen pascapemberian kontras, meluas ke spatium parafaring kiri, dan mendesak serta mengelilingi arteri karotis interna sinistra pada bagian pangkalnya. Tidak tampak adanya destruksi mandibula. Orofaring dan hipofaring baik. Tidak terdeteksi adanya pembesaran kelenjar getah bening regional. Pasien didiagnosis sebagai tumor ganas kelenjar parotis sinistra stadium IV (T4N0M0). Direncanakan untuk ekstirpasi massa tumor dengan parotidektomi, serta radiasi pascaoperasi jika terdapat massa yang tidak bisa diangkat. Pada 28 Maret 2010, dilakukan pemeriksaan foto toraks ulang dan ditemukan adanya nodul soliter di lapangan paru kiri bawah. Pasien diinformasikan tentang hasil foto toraks dan komplikasi operasi dan pasien tetap meminta untuk dilakukan operasi dengan alasan sosial/kosmetik.

Pada tanggal 29 Maret 2010, dilakukan parotidektomi radikal. Dilakukan penandaan daerah yang akan diinsisi, yaitu daerah depan tragus, posterior dari angulus mandibula (melewati bagian posterior tumor), sampai ke bagian anteroinferior dari tumor, yaitu daerah submental. Dilakukan insisi pada tempat yang sudah ditandai. Dilakukan pemisahan tumor dari jaringan sekitar dengan diseksi tumpul. Ditemukan adanya kulit bagian anterior parotis yang terinfiltrasi oleh massa tumor, kurang lebih sepanjang 4x1 cm. Kulit tersebut kemudian dipisahkan dari jaringan sekitarnya dan selanjutnya dieksisi. *Tragal pointer* diidentifikasi, tampak saraf fasialis keluar 1-2

mm anterior dari *tragal pointer*. Dilakukan penelusuran nervus fasialis, tampak saraf masuk ke dalam tumor. Setelah sebagian besar massa tumor dipisahkan dari jaringan sekitar, jaringan di bagian superior dan inferior dari massa tumor dijepit dengan klem dan digunting. Dilakukan pemasangan drain. M. Sternokleidomastoideus digunting pada kaput klavikula, digunakan untuk menutupi defek mandibula. Dilakukan *undermining* pada jaringan subkutis dan dijahit secara primer dengan *vicryl 2.0*. Kutis dijahit dengan teknik jahitan *simple interrupted* dengan *silk 3.0*. Tidak dilakukan pemeriksaan *frozen section* karena tumor berhasil diangkat secara *in toto*. Jumlah perdarahan 2500 cc.

Pascaoperasi ditemukan paresis saraf fasialis House Brackmann IV. Drain dilepas pada 2 April 2010 setelah tidak ada perdarahan keluar dari drain. Luka jahitan baik dan pada hari ketujuh dilakukan pengangkatan jahitan. Pasien dikonsultasikan ke Divisi Pulmonologi dan dianjurkan untuk

pemeriksaan tomografi komputer daerah toraks dengan dan tanpa kontras. Setelah operasi, pasien merasa pipi dan telinga kiri baal dan muka yang makin mencong dibandingkan sebelum operasi. Pasien juga merasakan daerah pipi tertarik seperti kram. Hasil patologi anatomi pascaoperasi adalah karsinoma kelenjar parotis jenis sel asinus. Batas sayatan tumor, yaitu tepi dan dasar tumor, belum bebas tumor. Pasien direncanakan untuk radiasi dan kemoterapi pascaoperasi, tetapi sampai Agustus 2010, hal tersebut belum dikerjakan karena berbagai halangan.

DISKUSI

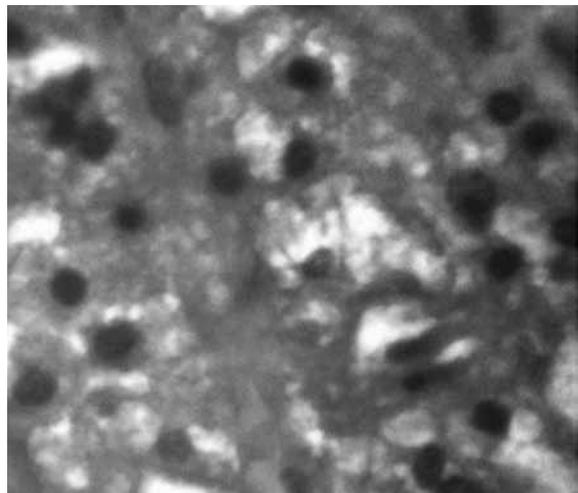
Pasien berjenis kelamin laki-laki dan berusia 53 tahun. Hal ini sesuai dengan literatur yang menyatakan tumor ganas kelenjar parotis banyak ditemukan pada dekade kelima sampai keenam. Keluhan yang membawa pasien untuk berobat adalah benjolan pada regio parotis yang dirasakan makin lama makin membesar dan



Pre-operasi



Pasca operasi



sudah berlangsung selama 10 tahun. Stanley *et al*²³ melaporkan serial dari enam tipe karsinoma sel asinus yang sangat agresif. Ia menyebutnya sebagai karsinoma sel asinus *dedifferentiated*. Jenis ini selain terdiri dari sel-sel karsinoma asinus yang klasik, juga memiliki bagian-bagian yang mengandung sel adenokarsinoma berdiferensiasi buruk atau karsinoma tak berdiferensiasi. Tidak seperti karsinoma sel asinus yang klasik, jenis ini bersifat lebih agresif dan bisa bermetastasis lebih

awal. Tindakan parotidektomi total seringkali terpaksa mengorbankan saraf fasial dan untuk tumor ini disarankan diseksi leher. Keganasan kelenjar parotis jenis *low grade* biasanya hanya ditandai oleh adanya benjolan tanpa adanya keluhan lain. Perjalanan penyakit yang lama tetapi disertai dengan adanya paresis saraf fasialis menandakan adanya tumor yang bersifat ganas, tetapi memiliki derajat keganasan *low grade*. Adanya paresis saraf fasialis harus membuat

kita waspada terhadap kemungkinan metastasis jauh pada saat diagnosis awal. Ditemukan adanya gambaran nasofaring yang tidak rata pada sisi kiri yang menyebabkan mendatarnya fosa Rossenmuller, hal ini disebabkan oleh pendorongan nasofaring oleh massa tumor pada kelenjar parotis lobus profunda.

Diagnosis tumor ganas kelenjar parotis jenis sel asinus dibuat berdasarkan hasil biopsi jaringan dengan aspirasi jarum halus. Pemeriksaan biopsi jaringan dengan aspirasi jarum halus merupakan alat diagnostik utama untuk tumor jinak maupun ganas kelenjar parotis. Pada tumor yang berukuran kecil, biopsi ini dapat dilakukan dengan bantuan ultrasonografi. Pemeriksaan USG memiliki peranan terbatas untuk membedakan tumor jinak atau ganas, kecuali bila gambaran USG sangat khas. Pada pasien ini ditemukan gambaran yang *echoic*, berlobul-lobul, solid dan batasnya tegas. Hal ini dapat mengarahkan kecurigaan adanya keganasan. Pemeriksaan tomografi komputer dilakukan untuk mengetahui perluasan tumor ke jaringan sekitar serta ada atau tidaknya pembesaran kelenjar getah bening. Pada pasien ini ditemukan adanya keterlibatan arteri karotis interna pada gambaran tomografi komputer, sehingga diputuskan untuk melakukan radiasi pascaoperasi.

Pasien termasuk stadium IV tumor ganas parotis berdasarkan ukuran tumor yang lebih besar dari 6 cm dan ditemukan adanya paresis nervus fasialis, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening leher, tetapi ditemukan adanya metastasis paru. Pada saat operasi, ditemukan batas tumor yang tegas dan seperti berkapsul, sehingga parotidektomi radikal dapat dilakukan. Hal ini sesuai dengan literatur yang menyatakan bahwa penentuan jenis operasi yang dilakukan tergantung dari penemuan klinis, gambaran radiologi, dan penemuan intraoperatif. Pada pasien ini, tidak dilakukan diseksi leher dengan pertimbangan bahwa tidak ditemukan adanya pembesaran kelenjar getah bening yang teraba secara klinis maupun dari pemeriksaan tomografi komputer. Literatur menganjurkan diseksi leher

elektif untuk ukuran tumor yang besar (T3/T4), tumor yang telah menginvasi saraf fasialis, dan tumor jenis *high grade*.

Selama tindakan parotidektomi terhadap kasus keganasan, dilakukan inspeksi pada kelenjar periparotid, *upper jugular* dan segitiga submandibula. Apabila terdapat kelenjar yang dicurigai terinvasi, dikirim untuk pemeriksaan potong beku atau ikut termasuk daerah yang diangkat. Diseksi leher modifikasi dilakukan untuk kelenjar positif secara histologis.²⁴

Harus dilakukan konseling pre-operatif termasuk penjelasan yang rinci mengenai tindakan operasi yang akan dilakukan dengan segala kemungkinan gejala sisa, termasuk rasa baal di daerah yang dipersarafi n. aurikularis magnus dan konsekuensi kosmetik. Komplikasi potensial yang lain akibat operasi tumor kelenjar ludah harus sudah dijelaskan kepada pasien berhubungan dengan lokasi tumor.^{25,26}

Dianjurkan untuk pemberian radioterapi ajuvan pascaoperasi bila ukuran tumor yang besar dan juga tepi sayatan operasi yang dinyatakan belum bebas tumor. Yang menjadi pertimbangan juga untuk pemberian radiasi pascaoperasi antara lain adanya keterlibatan kelenjar getah bening leher, tumor jenis *high grade* dan juga tumor rekuren. Bradley²⁵ lebih rinci dalam hal indikasi pemberian radiasi pascaoperasi, yaitu: tumor *high-grade*, tumor lokal yang lanjut, keterlibatan nervus fasialis, tumor rekuren, tumor lobus dalam, keterlibatan kelenjar getah bening, adanya invasi ke jaringan sekitar (otot, tulang) atau apabila pada batas operasi masih positif tumor.

Literatur menyarankan pemberian kemoterapi pada pasien dengan tumor ganas kelenjar parotis yang telah bermetastasis, tumor ganas yang tidak dapat dioperasi, atau tipe histologi tertentu seperti keganasan sel asinus, karsinoma mukoepidermoid dan adenokarsinoma *high grade*. Pada pasien ini, kemoterapi sendiri memiliki peranan sebagai terapi paliatif pada keganasan yang telah mengalami metastasis dan juga tumornya tipe sel asinus yang memiliki respons terhadap pemberian kemoterapi. Namun, pasien

menolak untuk pemberian kemoterapi.

Pasien bersikeras untuk dilakukan tindakan operatif dengan alasan kosmetik dan faktor sosial karena malu dengan lingkungan sekitar mengenai tumornya yang demikian besar, tetapi karena masalah ekonomi tidak dapat menjalani terapi lanjutan yang disarankan.

Pada saat operasi, nervus aurikularis magnus tidak dapat dipertahankan dan juga tidak dilakukan pemasangan jabir kulit, sehingga pasien mengalami kesemutan dan baal pada pipi dan telinga. Dilakukannya pemasangan jabir kulit pada saat operasi mungkin dapat mengurangi ketegangan pada daerah leher pascaoperasi.

Tumor ganas parotis jenis sel asinus merupakan keganasan di bidang THT yang jarang ditemukan. Tumor ini bersifat *low grade*, yaitu tumbuh dengan lambat dan jarang bermetastasis ke tempat yang jauh. Diagnosis ditegakkan dengan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan konfirmasi histopatologik dengan biopsi aspirasi jarum halus. Untuk menentukan stadium, diperlukan pemeriksaan tomografi komputer atau MRI dan foto toraks. Terapi pilihan untuk keganasan pada kelenjar liur adalah operasi dan radiasi. Kemoterapi diindikasikan untuk keganasan kelenjar liur yang telah mengalami metastasis jauh.

DAFTAR PUSTAKA

- Myers E, Ferris R. Salivary gland disorders. 1st ed. USA: Springer; 2007.
- Fox P, Ship JA. Salivary gland diseases. In: Greenberg MS, Glick M, editors. Burket's oral medicine. Ontario: BC Decker; 2008. p.191-215.
- Amirlak B, Chim HW, Chen E, Stepnick DW. Parotid tumors, malignant. June 2009. Available from: <http://emedicine.medscape.com>. Cited on March 2010.
- Goldman NC, Lee J, Tolley B. Acinic cell carcinoma of the parotid gland. Otolaryngol Head Neck Surg 2007; 137:828-9.
- 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.
- Greig SR, Chaplin JM, McIvor NP, Izzard ME, Taylor G, Wee D. Acinic cell carcinoma of the parotid gland: Auckland experience and literature review. ANZ J Surg 2008; 78:754-8.
- Albar Z, Tjindarbumi D, Ramli M, Lukitto P, Reksoprawiro S, Handojo D, et al. Protokol PERABOI 2003; 1:33-45.
- Harrish K. Management of primary malignant epithelial parotid tumour. Surg Oncol 2004; 12:7-16.
- Patel S, Shah J. TNM staging of cancers of the head and neck: striving for uniformity among diversity. CA Cancer J Clin 2005; 55:242-58.
- Yousem DM, Kraut MA, Chalian AA. Major salivary gland imaging. Radiology 2000; 216(1):19-31.
- Howlett DC. Diagnosing a parotid lump: fine needle aspiration or core biopsy? Br JRadiol 2006; 79:295-7.
- Pasha R. Otolaryngol head & neck surgery: clinical reference guide. 1st ed. USA: Singular/Thomson Learning; 2005.
- Tran L, Sadeghi A, Hanson D. Major salivary gland tumors; treatment result and prognostic factors. Laryngoscope 1986; 96:1139-44.
- Magnano, Cervasio CF, Cravero L. Treatment of malignant neoplasms of the parotid gland. Otolaryngol Head Neck Surg 1999; 121:627-32.
- Zbaren P, Schupbach J, Nuyens M, Stauffer E. Elective neck dissection versus observation in primary parotid carcinoma. Otolaryngol Head Neck Surg 2005; 132:387-91.
- Eisele D, Kleinberg L. Head and neck cancer: a multidisciplinary approach. 2nd ed. USA, Lippincott: Williams & Wilkins; 2004.
- Myers E, Carrau R, Cass S, Eibling D, Hirsch B, Janecka I, et al. Operative otolaryngol head and neck surg. 1th ed. USA: Saunders; 1997. p. 155-65.
- Rossmann K. The role of radiation therapy in the treatment for parotid carcinomas. Radiat Oncol; 123:492-9.
- 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.
- Henney S, Brown R, Phillips E. Parotidectomy: the timing of post-operative complication. Eur Arch Otorhinolaryngol 2010; 267:131-5.
- 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.
- 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.

23. Stanley RJ, Weiland LH, Olsen KD, Pearson BW. Dedifferentiated acinic cell (acinous) carcinoma of the parotid gland. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1988; 98:155-61.
24. Yudharto MA, Woo JKS, Vlantis AC, Chan A. Acinic cell carcinoma of parotid gland treated by surgery and postoperative radiotherapy. *ORLI* 2004; 34(1):12-5.
25. Bradley PJ. Tumour of the salivary gland. In: Jones AS, Phillips DE, Hilgers JFM, eds. *Disease of the head & neck nose & throat*. London, Sydney, Auckland: Arnold; 1998. p. 329-46.
26. Watkinson JC, Gaze MN, Wilson JA, ed. *Tumours of salivary glands in: Stell and Maran's head and neck surgery*. 4th ed. Oxford, Auckland, Boston, Johannesburg, Melbourne, New Delhi: Butterworth Heineman; 2000. p. 441-58.