

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tumor kepala dan leher menyumbang sekitar 4% dari semua kanker. Pada tahun 2019, diperkirakan akan terdapat 53.000 kasus baru didiagnosis di Amerika Serikat dan kasus kematian diperkirakan sebanyak 10.860 orang. Insidensinya meningkat dua kali lebih tinggi pada pria dibandingkan wanita.¹

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan di bagian SMF THT-KL RSU Prof. Dr. R. D. Kandou Manado periode Januari 2010-Desember 2012 didapatkan sebanyak 231 penderita (1,78%) terdiagnosis sebagai tumor kepala dan leher. Nasofaring menjadi lokasi tersering pada tumor kepala dan leher di rumah sakit tersebut dengan persentase 35,1%.² Data yang dikumpulkan di bagian THT-KL RS Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta dari tahun 1995-2005, didapatkan 6000 kasus tumor ganas kepala dan leher, dengan 1121 kasus didiagnosis sebagai karsinoma nasofaring. Insiden tahunan bervariasi diantara tumor namun kasus karsinoma nasofaring secara konsisten menjadi kasus paling umum yang ditemukan di institusi tersebut dalam periode 10 tahun penelitian.³

Diantara semua tumor ganas kepala dan leher, karsinoma nasofaring (KNF) menjadi kasus yang paling umum ditemukan.⁴ Pada tahun 2020, jumlah kasus baru karsinoma nasofaring sebanyak 133.354 kasus dan angka mortalitasnya sebesar 80.008 kasus. Di dunia, insiden KNF berdasarkan usia yaitu sekitar 1,5% dan angka mortalitasnya sebesar 0,88%. Insiden KNF tertinggi di dunia dijumpai pada penduduk di benua Asia dengan angka mencapai 85,2%.⁵ Daerah Cina bagian selatan tepatnya di Provinsi Guangdong masih menduduki kota tertinggi kasus KNF dengan 20-40 kasus per 100.000 penduduk.³

Di Indonesia, KNF menjadi tumor ganas daerah kepala dan leher yang paling umum ditemukan.³ Selain itu, KNF menjadi kanker dengan insidensi terbanyak kelima setelah kanker payudara, serviks, paru, dan hepar.⁶ Hampir 60% tumor ganas kepala dan leher merupakan karsinoma nasofaring, kemudian diikuti oleh tumor ganas hidung dan sinus paranasal (18%), laring (16%), dan tumor ganas

rongga mulut, tonsil, dan hipofaring dalam persentase rendah.⁴ Penelitian yang sama dilakukan di Rumah Sakit Dr. Hasan Sadikin Bandung pada tahun 2010-2014 dan didapatkan data insiden kanker kepala dan leher sebesar 7,6% yang didominasi oleh karsinoma nasofaring (39,4%), diikuti kanker sinonasal (16,9%), dan kanker laring (13,7%).⁷ Sedangkan penelitian yang dilakukan di RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2010-2013 mengenai karsinoma nasofaring mendapatkan data insiden penyakit di rumah sakit tersebut sebanyak 44 kasus dengan sebaran penderita laki-laki sebesar 52,27% dan perempuan 47,72%.⁸

Terapi karsinoma nasofaring terdiri atas radioterapi, kemoterapi, maupun kombinasi keduanya.⁹ Radioterapi menjadi modalitas utama dalam penatalaksanaan pada tumor yang belum bermetastasis jauh. Pemilihan radioterapi dipertimbangkan karena tumor tersebut secara histopatologis banyak berasal dari tipe WHO 2 dan 3 yang bersifat radiosensitif. Selain itu, lokasi nasofaring yang berada di dasar tengkorak dengan banyak organ vital menyebabkan pembedahan untuk mendapatkan daerah bebas tumor sulit dilakukan.¹⁰ Pada pasien dengan stadium I, terapi yang diberikan berupa radioterapi tunggal pada tumor primer dan elektif pada daerah leher.¹¹ Diantara berbagai teknik pemberian radiasi, teknik *Intensity-modulated Radiotherapy* (IMRT) menjadi standar terapi radiasi pada KNF di dunia.⁹ Teknik ini mampu memberikan dosis yang tinggi pada daerah target dan meminimalkan dosis pada jaringan normal disekitarnya sehingga dapat menyelamatkan jaringan tersebut.^{12,13} Dengan ini kontrol lokoregional yang baik dapat dicapai dan toksisitas akibat terapi dapat berkurang.^{13,14}

KNF stadium awal dapat diberikan radioterapi sebagai terapi kuratif utama. Namun, KNF lokoregional lanjut membutuhkan lebih dari radioterapi saja. Oleh karena itu, kemoterapi yang dikombinasikan dengan radioterapi menjadi perkembangan yang sangat penting dalam terapi KNF lokoregional lanjut.¹² Selain bersifat radiosensitif, KNF juga bersifat kemosensitif dan telah menunjukkan respon yang baik terhadap berbagai agen kemoterapi.¹⁵ Umumnya, regimen berbasis Cisplatin yang paling sering digunakan diantara berbagai kombinasi regimen kemoterapi yang ada.¹² Terapi ini dapat diberikan secara neoadjuvan, konkuren, dan adjuvan. Kemoterapi neoadjuvan diberikan sebelum

radioterapi dan bertujuan untuk mengurangi beban tumor lokoregional. Selain itu, kemoterapi neoadjuvan juga dilakukan sebagai awal dalam pengobatan sistemik untuk mengeradikasi mikrometastasis.¹⁵ Kemoterapi konkuren diberikan bersamaan dengan radioterapi. Melalui pemberian secara konkuren, terapi ini diharapkan dapat membunuh sel kanker yang sensitif terhadap kemoterapi dan mengubah sel yang sebelumnya resisten menjadi lebih sensitif terhadap radioterapi. Kemoterapi adjuvan diberikan pasca terapi definitif. Pemberian melalui cara ini bertujuan untuk meningkatkan kontrol lokoregional, menghilangkan tumor residu, dan eradikasi metastasis jauh.¹⁰

Pembedahan tidak menjadi pilihan utama dalam terapi KNF, namun perannya dalam terapi KNF rekuren telah dievaluasi.¹⁶ Tumor dianggap radioresisten jika mengalami kekambuhan dalam waktu 1 tahun. Oleh karena itu, pembedahan direkomendasikan jika tumor bersifat *resectable*.¹² Selain pembedahan, terapi pada tumor rekuren juga dapat diberikan reradiasi. Namun, jika dibandingkan dengan reradiasi, pembedahan memberikan kontrol lokal dan kelangsungan hidup yang lebih baik juga morbiditas pasca terapi yang lebih kecil.¹⁷

Penelitian yang dilakukan di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto pada periode Januari 2008-Desember 2011 mendapatkan bahwa terapi karsinoma nasofaring di rumah sakit tersebut terdiri atas 3 yaitu radioterapi sebanyak 89 kasus (62,2%), kemoterapi 33 kasus (23,1%), dan kemoradiasi 21 kasus (14,7%). Jenis terapi tersebut sudah mencakup total untuk semua stadium karsinoma nasofaring.¹⁸ Penelitian lain yang dilakukan di bagian radioterapi RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung pada periode Januari-Desember 2015 mendapatkan bahwa terapi KNF terbanyak yaitu dengan kemoradiasi sebanyak 66 kasus (58,41%) diikuti dengan radioterapi sebanyak 47 kasus (41,59%).¹⁹

Penilaian terhadap perubahan tumor menjadi hal yang penting dalam evaluasi klinis terapi kanker. Terdapat kriteria respon tumor yang telah distandardisasi diantaranya yaitu kriteria *World Health Organization* (WHO) sebagai kriteria respon tumor pertama dan *Response Evaluation Criteria in Solid Tumours* (RECIST) versi 1.1.²⁰ Kriteria WHO memperkenalkan konsep pengukuran *bidimensional* dengan mengalikan antara diameter terpanjang dan diameter tegak

lurus terpanjang pada lesi. Selain itu, respon terapi pada kriteria ini juga ditentukan melalui evaluasi perubahan tumor dari awal evaluasi selama terapi diberikan kepada pasien.^{20,21} Sedangkan pada kriteria RECIST 1.1 terdapat beberapa perubahan termasuk mengenai definisi ukuran minimal pada lesi *measurable*, jumlah lesi yang akan di-*follow up*, dan penggunaan ukuran *unidimensional*.²⁰ Selanjutnya, respon terapi pada kedua kriteria ini akan dikelompokkan menjadi 4 kategori yaitu *complete response* (CR), *partial response* (PR), *progressive disease* (PD), dan *stable disease* (SD) dengan definisi pada kategori berbeda di masing-masing kriteria.^{20,21} Diantara kedua kriteria tersebut, RSUP Dr. M. Djamil Padang menggunakan kriteria WHO dalam menilai respon tumor setelah diterapi.

Penelitian yang dilakukan di Departemen Radioterapi Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo untuk menilai respon radiasi terhadap KNF stadium lanjut lokal mendapatkan bahwa respon terhadap kemoradiasi pada pasien dengan stadium IIB terdiri atas CR dan PD berturut-turut sebesar 83,3% dan 16,7%. Sedangkan pada stadium III, CR dapat dicapai dengan persentase sebesar 73,7%, PR sebesar 21,1%, dan PD sebesar 5,3%. Pada stadium IVA, didapatkan hasil CR sebesar 52,6%, PR sebesar 31,6%, SD sebesar 5,3%, dan PD sebesar 10,5%. Pada stadium IVB, respon terapi dapat dicapai dengan hasil CR sebesar 45,8%, PR sebesar 41,7%, dan SD sebesar 12,5%.²² Penelitian lain yang dilakukan di Departemen THT-KL RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta mendapatkan bahwa dari 39 pasien yang menjalani evaluasi respon terapi selama 8 minggu setelah dilakukan radioterapi, 23 pasien (29%) mendapatkan hasil *complete response*.²³

Berbagai penelitian mengenai karsinoma nasofaring telah dilakukan di RSUP Dr. M. Djamil Padang, namun belum terdapat penelitian mengenai jenis terapi yang dilakukan kepada pasien dan respon terapinya. Oleh karena itu, penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Gambaran Terapi dan Respon Terapi Karsinoma Nasofaring di RSUP Dr. M Djamil Padang”.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana gambaran terapi dan respon terapi karsinoma nasofaring di RSUP Dr. M. Djamil Padang pada periode Januari 2018-Desember 2020?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran terapi dan respon terapi karsinoma nasofaring di RSUP Dr. M. Djamil Padang periode Januari 2018-Desember 2020.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui karakteristik pasien karsinoma nasofaring berupa usia, jenis kelamin, suku bangsa, tingkat pendidikan, stadium, dan tipe histopatologi di RSUP Dr. M. Djamil Padang periode Januari 2018-Desember 2020.
2. Mengetahui terapi yang dilakukan pada pasien karsinoma nasofaring di RSUP Dr. M. Djamil Padang periode Januari 2018-Desember 2020.
3. Mengetahui respon terapi berdasarkan kriteria WHO pada pasien yang telah selesai menjalani seluruh rangkaian terapi di RSUP Dr. M. Djamil Padang periode Januari 2018-Desember 2020.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti

Sebagai sarana untuk mendapatkan pengetahuan mengenai gambaran terapi dan respon terapi pada pasien karsinoma nasofaring di RSUP Dr. M. Djamil Padang serta memberikan pengalaman dalam membuat suatu penelitian.

1.4.2 Bagi Praktisi Klinis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi mengenai gambaran terapi dan respon terapi pada pasien karsinoma nasofaring di RSUP Dr. M. Djamil Padang.

1.4.3 Bagi Perkembangan Pengetahuan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi untuk penelitian-penelitian selanjutnya di bidang THT-KL terkait dengan gambaran terapi dan respon terapi karsinoma nasofaring.

