

LIPOBLASTOMA FRONTOZIGOMA PADA ANAK USIA 5 TAHUN DENGAN DIAGNOSIS AWAL TERATOMA

Adisti Mega Rinindra

ABSTRAK

Lipoblastoma merupakan tumor jinak jaringan lemak yang jarang terjadi, umum timbul pada anak-anak, berasal dari embrionik lemak putih dan terdiri dari sel adiposit dan sel lipoblast. Lesi ini umumnya asimtomatis, dan dapat terdiagnosis dalam usia 3 tahun pertama. Diagnosis lesi ini berdasarkan klinis, pencitraan radiologis, dan diagnosis pasti lipoblastoma dibuat berdasarkan pemeriksaan histopatologis. Penatalaksanaan yang terbaik dengan reseksi tumor secara utuh menunjukkan hasil yang baik dan pemeriksaan rutin jangka panjang tetap diperlukan karena kemungkinan kambuh kembali sebesar 14-25%. Makalah ini melaporkan sebuah kasus anak laki-laki berusia 5 tahun, dengan massa pada regio frontozigomamaksila. Pasien awalnya didiagnosis sebagai teratoma berdasarkan hasil tomografi komputer (TK). Setelah dilakukan ekstirpasi massa secara utuh melalui pendekatan insisi di daerah sublabial rahang atas kemudian dilanjutkan insisi pada daerah frontozigoma kiri, hasil patologi anatomi (PA) menunjukkan sesuai dengan lipoblastoma. Pasca ekstirpasi tidak ditemukan komplikasi tindakan.

Kata kunci: lipoblastoma frontozigomamaxilla, teratoma, ekstirpasi tumor

ABSTRACT

Lipoblastomas are rare benign tumors that arise from embryonic white fat and are comprised of adipocytes and lipoblasts which occurs almost exclusively in infants and children. These lesions are typically asymptomatic, and most cases are diagnosed within the first 3 years of life. Diagnosis is made by clinical symptom, radiographic imaging, and definite diagnosis of the tumor is made on histopathology. Complete resection achieves optimal results, but a long-term follow up is required because there is a chance of 14-25% recurrence. This paper reported a case of 5 years old boy, with frontozigomamaxilla mass region. Patient diagnosed as frontozigomamaxilla teratoma based on the CT Scan examination and had done complete extirpation by double approach combination via sublabial degloving and left frontozygoma insicision achieve optimal results. Pathology anatomy result is match with lipoblastoma. There are no complication caused by surgical procedure.

Keywords: lipoblastoma frontozigomamaxilla, teratoma, surgical extirpation.

PENDAHULUAN

Lipoblastoma adalah tumor jaringan lemak yang sering terjadi pada balita dan anak kecil. Kurang dari 10% tumor jaringan lunak pada anak-anak adalah tumor adiposit, dimana 5%-30% adalah tipe lipoblastoma. Tumor ini timbul dari lemak putih embrional dan terdiri dari adiposit

dan lipoblas. Lipoblastoma umumnya timbul pada ekstremitas, namun dapat juga terjadi meski jarang pada dada, abdomen, kepala atau leher.¹⁻⁴ Lipoblastoma umumnya berbatas tegas, namun terkadang dapat menyebar dan berdifusi ke jaringan sekitar dinamakan sebagai lipoblastomatosis. Lipoblastoma

adalah tumor yang jinak, tanpa nyeri, asimtomatis. Lipoblastoma tumbuh dengan cepat dan dapat menjadi tumor yang cukup besar sehingga dapat menimbulkan efek pendorongan pada struktur jaringan di sekitarnya.^{4,5}

Teratoma adalah tumor padat dan kistik berasal dari tiga lapisan embrional dari berbagai jaringan yang terdiri dari sel-sel yang imatur maupun matur. Komponen epitel teratoma jinak biasanya terdiri dari sel epitel skuamosa matang dan epitel imatur saluran usus atau pernapasan. Angka kekerapan teratoma pada daerah kepala dan leher sangat jarang terjadi, berkisar antara 2-5% dari seluruh kasus teratoma.⁶ Teratoma di wajah sangat jarang terjadi, dan derajat diferensiasi keganasan cenderung tinggi.^{7,8}

ANATOMI

Tulang maksila terdapat pada dasar kavum orbita, ke medial bersendi dengan tulang etmoidalis, ke medial depan atas bersendi dengan tulang frontal, dan ke lateral akan bersendi dengan tulang zigoma. Tulang zigoma dibentuk oleh bagian-bagian yang berasal dari tulang temporal, tulang frontal, tulang sfenoid, dan tulang maksila. Bagian-bagian bawah tulang yang membentuk zigoma ini membentuk tonjolan pada pipi di bawah mata sedikit ke arah lateral. Tulang zigoma membentuk bagian lateral dinding inferior orbita, serta dinding lateral orbita. Salah satu bagian tulang zigoma yakni arkus zigomatikus. Di sekitar arkus zigomatikus terdapat otot temporalis, masseter dan prosesus koronoid mandibula. Tulang zigoma berbatasan dengan tulang frontal, sfenoid, temporal, dan maksila.

Tulang zigoma berperan signifikan dalam kekuatan dan kestabilan bagian tengah wajah.^{9,10}

Wajah disuplai oleh berbagai cabang arteri karotid interna dan eksterna. Bagian tengah wajah disuplai oleh arteri infraorbita yang merupakan cabang dari arteri maksila interna. Arteri maksila interna adalah cabang dari arteri karotid eksterna. Arteri infraorbita adalah arteri yang berasal dari kepala, keluar melalui foramen infraorbita yang terletak di bawah orbita mata dan melintang di maksila.^{9,10}

Sepertiga tengah wajah terdiri dari delapan otot. Setiap otot memiliki peran penting masing-masing seperti pergerakan bibir, kontrol makanan dan minuman, animasi wajah (senyum mengerutkan dahi, dll) dan pergerakan artikulasi. Otot yang berperan pada pasien ini yaitu otot zigomatikus minor yang berasal dari permukaan lateral zigoma dan masuk ke lapisan otot bibir bagian atas, ke samping menuju levator labii superioris. Kontraksi otot ini akan menaikkan bibir bagian atas, memperlihatkan gigi maksila seperti saat tersenyum. Otot zigomatikus major melintang dari tulang zigoma ke medialis, bergabung dengan orbikularis oris. Kontraksi otot ini akan menarik sudut mulut ke atas seperti saat tertawa. Otot bucinator berasal dari tepi lateral rongga mulut diantara puncak alveolar maksila dan mandibula. Otot bucinator membentuk struktur muskular dari pipi dan ekspresi wajah. Dilapisi oleh lemak bukal yang meratakan bentuk kontur pipi dengan mengisi kekosongan antara cekungan di anterior muskulus maseter. Otot ini membantu dalam mengontrol bolus saat pengunyahan di rongga mulut.^{9,10}

LIPOBLASTOMA

Kekerapan

Lipoblastoma paling sering timbul pada masa kanak-kanak. Dari hasil dokumentasi penelitian terdahulu, sekitar 90% lipoblastoma ditemukan pada usia kurang dari 3 tahun dan 40% terdiagnosis pada usia tahun pertama kehidupan. Lipoblastoma lebih banyak ditemukan pada laki-laki daripada perempuan.¹¹

Patofisiologi

Jaffe¹² membuat istilah "lipoblastoma" pada tahun 1926 untuk mendeskripsikan lesi lipomatoso atipikal yang mengandung sel-sel yang menyerupai lemak putih embrional. Istilah tersebut digunakan untuk membedakan dari lipoma yang umumnya tidak mengandung sel-sel lipoblast. Lipoblastoma cenderung berbatas tegas, namun terkadang dapat berdifusi ke jaringan sekitar (lipoblastomatosis) sehingga pengangkatan massa jadi sulit dilakukan.¹²

Lipoblastoma dan lipoblastomatosis berbeda dari lipoma atau lipomatosis, dibedakan oleh imaturitas seluler mereka dan dari sifatnya yang menyerupai liposarkoma derajat rendah.¹²

Lipoblastoma menunjukkan spektrum yang luas dari diferensiasi dan pematangan selular, meliputi sel primitif mesenkimal, sel spindle, lipoblast, dan adiposit matur, yang diatur dalam lobulus dengan mikroid stroma yang terpisah.⁵

Diagnosis

Lipoblastoma timbul pada usia dini (90% pada usia <3 tahun), dominan pada laki-laki, bersifat jinak dan asimtomatis tetapi dapat memberikan efek penekanan pada struktur yang

berada di sekitar massa. Lipoblastoma tidak nyeri tekan dan pertumbuhan massa tumor terjadi perlahan.^{5, 13, 14}

Identifikasi massa tumor pada balita dan anak-anak yang mengandung sebagian besar komponen lemak sebaiknya didiagnosis sebagai lipoblastoma dibandingkan dengan lipoma.¹³

Diagnosis preoperatif secara akurat masih sulit dilakukan karena keterbatasan pencitraan radiologis. Diagnosis pasti lipoblastoma dibuat berdasarkan pemeriksaan histopatologis.¹⁵

Pemeriksaan Penunjang

Pencitraan resonansi magnetik (PRM) merupakan pemeriksaan yang baik untuk mendiagnosis lipoblastoma. Radiografi foto polos, gelombang *ultrasound*, dan tomografi komputer (TK) juga memiliki peran dalam mendiagnosis lipoblastoma. Gambaran T1-*weighed* dengan intensitas rendah pada PRM lebih menunjukkan lipoblastoma dibandingkan dengan lipoma karena peningkatan selularitas, yang dapat membedakan antara lipoblastoma dan jaringan lemak subkutan sekitarnya atau lipoma. Radiografi foto polos dapat mendeteksi pertumbuhan tulang yang berlebih, serta dapat menunjukkan pembengkakan jaringan lunak. Pemeriksaan ultrasonografi dapat menunjukkan massa homogen hiperekoik dan daerah kistik. Pemeriksaan Doppler berwarna dapat mengeksklusi variasi angioma pada tumor lipoma. Tomografi komputer dapat mengidentifikasi komponen lemak, gambaran tumor dengan banyak septum tipis, dan komponen jaringan lunak di sekitar tumor.^{13, 15}

Penatalaksanaan

Lipoblastoma memerlukan tindakan ekstirpasi tumor secara total. Tidak diperlukan kemoterapi atau radioterapi pada tumor ini. Ekstirpasi yang lengkap akan memberikan prognosis yang baik, namun bila masih terdapat sisa tumor, bisa terjadi rekurensi dari tumor. Kontrol rutin diperlukan hingga 3-5 tahun pasca operasi untuk mengobservasi rekurensi tumor karena terdapat kemungkinan kambuh kembali sebesar 14-25%.^{5, 13} Kekambuhan paling sering terjadi rata-rata dalam waktu 3 tahun (kisaran, 4 bulan sampai 10 tahun) setelah ekstirpasi.¹⁶

TERATOMA

Kekerapan

Teratoma adalah kelainan kongenital yang jarang ditemukan. Dilaporkan kekerapan yang terjadi pada 1/35000-40.000 kelahiran hidup. Teratoma sangat jarang terjadi pada area kepala dan leher, Diperkirakan sekitar 2-5% dari seluruh kasus teratoma. Predileksi berdasarkan jenis kelamin, teratoma lebih sering terjadi pada wanita dengan perbandingan 1:6.¹⁷

Teratoma paling sering timbul di daerah *sacrococcygeal*(40%), di ovarium (40%), testis, mediastinum anterior, retroperitoneum, dan yang paling jarang di area kepala dan leher, sekitar kurang dari 5%. Teratoma pada daerah wajah sangat jarang terjadi. Pada penelitian yang dilakukan oleh Tapper dan Lack⁷, dari 254 kasus teratoma pada anak, terdapat 14 lesi yang terjadi di daerah kepala leher, diantaranya 4 lesi terjadi di wajah dan hanya satu teratoma pada daerah pipi.^{6,7}

Patofisiologi

Teratoma adalah tumor yang berasal dari 3 lapis embrional dengan berbagai tingkat maturitas. Teratoma merupakan bagian dari *non-seminomatous germ cell tumor*. Teratoma extragonad, contoh teratoma pada otak, kepala, dan leher, diduga berkembang dari sel induk primordial yang salah terbentuk pada proses diferensiasi. Pada perkembangan masa embrional, sekitar akhir minggu ke-3 masa kehamilan, sel induk pluripotensial mengelompok tersendiri pada daerah *hindgut* kuning telur, dekat alantois. Sel induk primordial tetap tenang tak berubah, sementara sel-sel embrio lain mengalami proliferasi cepat dengan siklus pembelahan yang multipel. Berikutnya saat masa pelipatan embrio (pada minggu keempat atau kelima usia kehamilan), sel-sel germinal yang sebelumnya diasingkan, akan kembali ke embrio sepanjang punggung (*hindgut*) oleh pergerakan ameboid. Pada minggu keenam, sel-sel germinal akan berproliferasi menjadi spermatogonia atau oogonia.¹⁸

Secara singkat terdapat tiga teori embriogenesis teratoma: penggandaan yang inkomplit, berasal dari sel germinal primitif, atau dari sel somatik totipoten.⁸

Klasifikasi

Teratoma dapat diklasifikasikan berdasarkan malformasi teratoma menjadi empat kelompok yaitu: kista dermoid, kista teratoid, teratoma murni, dan *epignanthi*. Teratoma juga dapat diklasifikasikan berdasarkan tingkat histologis menjadi teratoma matur (lesi kistik, berdiferensiasi baik, bersifat jinak) dan teratoma imatur (lesi padat,

tanpa karakteristik sitologi yang ganas), dan teratoma berdiferensiasi ganas.^{6,7}

Diagnosis

Teratoma dapat muncul sejak lahir atau bahkan sebelum proses kelahiran sehingga dapat dikategorikan sebagai kelainan kongenital. Teratoma *sacroccocygeal* dan servikal sering terdeteksi melalui pemeriksaan ultrasonografi antenatal, serta dapat dilakukan PRM sebelum kelahiran apabila dicurigai terdapat teratoma. Beberapa teratoma mengandung *yolk sac* yang menghasilkan alfa-fetoprotein (AFP) sehingga dengan mendeteksi AFP bisa membantu menegaskan diagnosis dan sebagai penanda rekurensi serta keberhasilan terapi.^{8,18}

Gejala klinis teratoma yang terjadi tergantung lokasi dan ukuran massa, dan organ sekitar teratoma apa saja yang terkena imbas penekanan massa, bisa berupa kesulitan menelan, sulit bernapas, tortikolis, dan masalah kosmetik.⁸

Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan ultrasonografi (USG) dapat dilakukan bila terdapat kecurigaan teratoma sejak masa antenatal. Pemeriksaan tomografi komputer (TK) dan pencitraan resonansi magnetik (PRM) dapat memberikan gambaran struktur anatomi tumor, batas tumor, evaluasi perluasan massa tumor, serta keterlibatan ke intrakranial. Gambaran lesi *multiloculated* dengan fokus area berdensitas tinggi pada TK dan PRM T1-W dapat dicurigai sebagai teratoma. Bila ditemukan formasi gigi dan tulang, merupakan bentuk maturitas dari tumor ini.^{6,7}

Penatalaksanaan

Tindakan ekstirpasi komplrit merupakan pilihan utama untuk semua teratoma area kepala dan leher. Pertumbuhan cepat tumor ini menyebabkan risiko obstruksi jalan napas, sehingga tatalaksana pembedahan harus dilakukan segera. Degenerasi teratoma menuju sebuah keganasan berkisar antara 5-30%, namun belum pernah dihubungkan dengan teratoma epignatus (teratoma orofaring).⁶

Keganasan diatasi dengan kemoterapi yaitu dengan VAC (vinkristin, aktinomisin, dan siklofosamid) dan PVB (cisplatin, vinblastin, bleomisin). dan radioterapi lokal. Alfa-fetoprotein (AFP) dapat digunakan sebagai penanda kekambuhan dari teratoma.⁸

LAPORAN KASUS

Anak laki-laki usia 5 tahun, datang ke poli Onkologi THT dengan keluhan benjolan pada pelipis yang timbul sejak pasien berusia 3 tahun dan semakin membesar secara perlahan dan meluas hingga ke pipi kiri pasien (Gambar 1). Riwayat persalinan normal di bidan, tanpa didapatkan kelainan saat masa kandungan hingga saat persalinan. Muncul benjolan di pelipis saat pasien berumur 3 tahun dan semakin lama semakin membesar. Benjolan teraba lunak, tidak nyeri tekan. Tidak ada sesak napas, gangguan penglihatan tidak ada, gangguan pendengaran tidak ada, tidak disertai demam, dan tidak ada nyeri kepala. Pasien pernah berobat ke dokter anak dan dilakukan pemeriksaan tomografi komputer, kemudian pasien dirujuk ke RSCM. Pemeriksaan fisik THT, didapatkan adanya massa pada regio frontozigomamaksilla kiri, ukuran

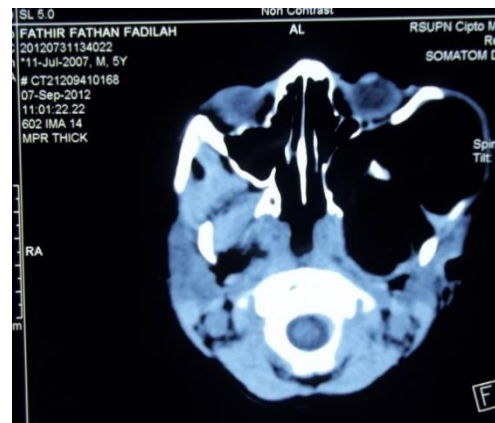
7x4x1 cm, kenyal, tidak ada nyeri tekan, tidak hiperemis. Pemeriksaan hidung, telinga, dan tenggorok dalam batas normal. Pemeriksaan rongga mulut dalam batas normal, tidak didapatkan trismus, tidak didapatkan benjolan akibat pendesakan massa tumor.



Gambar 1. Foto pasien sebelum operasi

Pemeriksaan aspirasi jarum halus pada tanggal 13 Juni 2012 didapatkan hasil *soft tissue tumor* kemungkinan suatu fibrolipoma. Pasien pernah dilakukan pemeriksaan tomografi komputer di RSUD Tangerang tanggal 5 Juni 2012, namun tidak didapatkan hasil pembacaan ahli radiologi, sehingga pada pembacaan ulang tomografi komputer di RSCM tanggal 1 Agustus 2012 didapatkan massa berdensitas lemak dengan septasi dan komponen gigi di dalamnya pada regio fronto-zigoma-maksila. Fossa pterigopalatina kiri yang mendesak tulang-tulang di sekitarnya: DD/teratoma; fibrolipoma dengan komponen gigi. Pemeriksaan tomografi komputer kepala tanggal 7 September 2012 (Gambar 2) didapatkan massa berbatas tegas dengan komponen lemak di ruang mastikator kiri (DD/teratoma) yang mendesak m. pterigoid medial-lateral serta m. maseter kiri, pendesakan

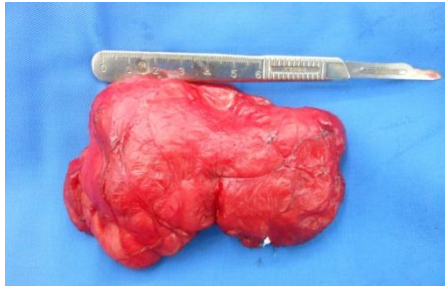
tulang zigomatikus kiri, dinding posterolateral sinus maksilaris kiri, prosesus pterigoid kiri dan mandibula kiri namun tidak terlihat destruksi tulang. Tidak tampak kelainan patologis intrakranial. Pasien diagnosis dengan teratoma frontozigomamaksila dan direncanakan tindakan ekstirpasi massa.



Gambar 2. Foto tomografi kepala tanggal 7 September 2012

Operasi dilakukan untuk mengangkat massa tumor, dilakukan insisi di daerah sublabial rahang atas, mulai dari *caninus* hingga premolar pertama, diperluas dilanjutkan dengan diseksi tumpul sampai teridentifikasi kapsul tumor pada daerah bukal kiri, perabaan kenyal, mudah digerakkan, dan berbatas tegas. Tumor kemudian dibebaskan dari jaringan sekitarnya secara tumpul dan tajam. Evaluasi tumor tampak berhubungan sampai daerah frontozigoma kiri. Dilakukan insisi pada daerah frontozigoma kiri (dahi sampai preaurikular kiri) secara tajam sampai subkutis, dilanjutkan diseksi secara tumpul hingga kapsul tumor teridentifikasi. Tumor kemudian dibebaskan dari jaringan sekitarnya dan diperiksa ke patologi anatomi (Gambar 3). Tampak perdarahan dari arteri

fasialis kiri. Perdarahan diatasi dengan kauter, ditutup dengan *spongostan* dan *surgicell*. Dilakukan penutupan luka operasi. Perdarahan tercatat sebanyak 1300 cc.



Gambar 3. Tumor yang telah dibebaskan

Pasien kemudian dirawat di PICU (*Pediatric Intensive Care Unit*). Satu hari pasca operasi, selang ETT (*Endotracheal tube*) terlepas oleh pasien sendiri kemudian muncul tanda-tanda *stridor*, *dispneu*, dan retraksi, akhirnya dilakukan reintubasi. Perawatan pasca operasi diberikan IVFD KaEN 1B 500cc 14 tpm, Ceftriaxon 1x750 mg iv, Transamin 3x250 mg iv, Ranitidin 2x25 mg iv, Dexametason 3x10 mg iv, kompres dingin, serta eksplorasi melalui bukal. Pada hari kedua pasca operasi terdapat edema dan hematoma. Luka insisi supraginggiva dilakukan lepas jahitan *vicryl* sebanyak dua buah kemudian dilakukan penyedotan, didapatkan produksi hemoragik sebanyak 20cc. Dilakukan pemasangan *drain* ke dalam luka operasi.



Gambar 4. Foto pasien pasca operasi

Hasil kontrol terakhir ke poli Onkologi THT pada tanggal 30 April 2013, tidak didapatkan keluhan, tidak terdapat komplikasi, luka jahitan kering (Gambar 5). Hasil dari Patologi Anatomi menunjukkan makroskopis tampak satu buah jaringan berukuran 10 x 6 x 3,5cm, dengan permukaan licin berbenjol-benjol. Pada pembelahan tampak massa padat warna putih yang kenyal, sebagian tampak seperti berjaras. Mikroskopis, tampak sediaan merupakan tumor bersimpai dan membentuk struktur lobulasi dibatasi oleh jaringan ikat. Lobulus mengandung proliferasi sel lemak, diantaranya tampak lipoblas dan stroma miksoid serta pembuluh darah. Hasil sesuai dengan lipoblastoma.



Gambar 5. Foto pasien kontrol April 2013

DISKUSI

Dilaporkan satu kasus pasien laki-laki usia 5 tahun dengan benjolan yang timbul sejak usia 3 tahun di daerah frontozigomamaksila, Dari hasil aspirasi jarum halus didapatkan hasil fibrolipoma, namun dari hasil TK didapatkan massa berdensitas lemak dengan komponen gigi di dalamnya sehingga diagnosis berubah menjadi teratoma. Diagnosis ini berdasarkan teori yang menyatakan teratoma adalah tumor

yang berasal dari 3 lapis embrional dengan berbagai tingkat maturitas, dimana pada teratoma yang matur, memiliki ciri terdapat struktur organoid dan jaringan berdiferensiasi baik, yang paling sering didiagnosis pada masa bayi. Namun setelah dilakukan reseksi massa tumor, hasil histopatologis tumor menunjukkan gambaran lipoblastoma.^{7, 8}

Teratoma dapat muncul sejak lahir atau bahkan sebelum proses kelahiran sehingga dapat dikategorikan sebagai kelainan kongenital. Teratoma *sacroccocygeal* dan servikal sering terdeteksi melalui pemeriksaan ultrasonografi antenatal, serta dapat dilakukan PRM sebelum kelahiran apabila dicurigai terdapat teratoma.^{8, 19}

Teratoma memiliki ciri histologis yang beragam. Teratoma matur dapat berisi berbagai macam jaringan dewasa dengan berbagai tingkat perkembangan organoid, sedangkan teratoma imatur dapat menghasilkan jaringan embrio janin atau embrio tambahan. Lebih dari 90% teratoma pada anak mengandung turunan dari ketiga lapisan germinal embrio. Pada teratoma anak, sekitar 20-40% berisi beberapa jaringan imatur di masa kanak-kanak, 75-85% teratoma dari daerah kepala dan leher mengandung elemen neuroektodermal (baik matur maupun dan imatur). Sekitar 80% adalah tumor jinak dan 20% adalah tumor ganas.⁶

Dalam literatur disebutkan bahwa lipoblastoma adalah tumor mesenkimal yang jinak, dengan tingkat pertumbuhan yang cepat, terjadi terutama pada masa bayi dan masa kanak-kanak. Lipoblastoma timbul pada usia dini (90% pada usia <3 tahun), dominan pada laki-laki, bersifat jinak dan asimtomatis tetapi dapat memberikan efek penekanan

pada struktur yang berada di sekitar massa lipoblastoma tidak berhubungan dengan cacat bawaan atau sindrom tertentu.^{5, 13-15} Hal ini sesuai dengan profil pada pasien ini yaitu anak laki-laki usia 5 tahun, benjolan baru timbul sejak pasien berusia 3 tahun, dengan riwayat antenatal dan persalinan dalam batas normal.

Meski pencitraan radiologi pra operasi dapat berguna untuk menilai perluasan dari massa tumor dan sebagai alat bantu untuk perencanaan eksisi bedah, penggunaannya terbatas dalam membedakan tumor lipomatoso. Ultrasonografi dapat digunakan untuk menentukan adanya penumpukan cairan, dan Doppler berwarna untuk menentukan vaskularisasi tumor. TK dapat menunjukkan kepadatan jaringan Hounsfield tingkat rendah sugestif dengan lemak. Pada PRM, intensitas rendah pada gambaran T1-*weighed* lebih menunjukkan lipoblastoma dibandingkan dengan lipoma karena peningkatan selularitas, yang dapat membedakan antara lipoblastoma dan jaringan lemak subkutan sekitarnya atau lipoma. Namun, tidak ada temuan yang patognomonik untuk lipoblastoma. Oleh karena itu, kita tidak bisa semata-mata mengandalkan TK atau PRM untuk mendiagnosis teratoma maupun lipoblastoma. Namun PRM sangat berguna untuk tindak lanjut dan evaluasi rekurensi tumor.¹⁵

Karena keterbatasan pencitraan radiologi, diagnosis preoperatif yang akurat untuk lipoblastoma jarang terjadi. Lipoblastoma umumnya keliru didiagnosis dengan lipoma atau hemangioma. Pada penelitian yang dilakukan oleh Kenneth dan Telisinghe¹⁵, dengan diagnosis

preoperatif lipoblastoma dari hasil aspirasi sitologi jarum halus. Apusan sel massa tumor didominasi oleh adiposit matang, adiposit kecil seragam kecil dengan inti bulat oval, sitoplasma bervakuola serta beberapa kapiler, sugestif dengan lipoblastoma.¹⁵

Secara makroskopik, lipoblastoma lembut dan berlobus. Diagnosis pasti dari lipoblastoma dibuat berdasarkan pemeriksaan histopatologi. Umumnya lipoblastoma mengandung sel adiposit yang berdiferensiasi, sel primitif mesenkimal, matriks miksoid, dan trabekula berserat.¹⁵

Ada kesepakatan umum untuk penanganan lipoblastoma. Dengan kecenderungan lipoblastoma untuk tumbuh ke ukuran yang besar dan invasi secara lokal, semua penulis merekomendasikan ekstirpasi bedah tumor secara utuh. Jika tumor tidak bisa direseksi secara utuh pada saat operasi pertama, maka diperlukan pendekatan secara bertahap, mungkin melalui pendekatan insisi yang berbeda.¹⁵ Sebuah pendekatan bertahap yang teliti akan menghindari komplikasi kerusakan dari serabut saraf serta memberikan hasil fungsional yang baik pada pasien dengan tumor yang berukuran besar.¹⁶ Pada pasien ini tidak didapatkan komplikasi pasca tindakan, tidak didapatkan paresis wajah, tidak ada hipestesi, asimetri wajah masih ada karena tulang zigoma kiri yang masih asimetris karena sisa pendesakan dari massa tumor.

Pasien dengan lipoblastoma memiliki prognosis yang sangat baik meski tingkat pertumbuhan tumor yang cepat dan potensi tumor untuk menginvasi secara lokal. Dilaporkan tingkat kekambuhan lokal adalah 0-25%. Tingkat kekambuhan yang

tinggi dalam beberapa kejadian (9-25%) disebabkan ekstirpasi yang tidak utuh. Metastasis belum pernah dilaporkan dalam literatur. Waktu yang diperlukan untuk tindak lanjut (*follow up*) lipoblastoma masih kontroversial. Rata-rata waktu untuk terjadinya kekambuhan tercatat pada 3 tahun (kisaran 4 bulan sampai 10 tahun). Disarankan *follow-up* minimal 3 tahun dan dapat lebih lama disertai dengan pemeriksaan pencitraan pada pasien dengan reseksi yang inkomplit dan terdapat rekurensi.¹⁴⁻¹⁶

KESIMPULAN

Pencitraan radiologis meski berguna dalam menilai perluasan tumor, namun tidak bisa hanya mengandalkan tomografi komputer atau pencitraan resonansi magnetik untuk mendiagnosis lipoblastoma. Diagnosis preoperatif yang akurat untuk lipoblastoma jarang terjadi. Diagnosis pasti dengan pemeriksaan histopatologis. Semua literatur merekomendasikan ekstirpasi tumor secara utuh. Prognosis baik meski ada kecenderungan rekurensi 9-25% akibat ekstirpasi yang tidak utuh. Follow up jangka panjang diperlukan untuk evaluasi rekurensi.

DAFTAR PUSTAKA

1. Koplín SA, Twohig MH, Lund DP, Hafez GR. Omental Lipoblastoma. *Pathology – Research and Practice*. 2008;204:277–81.
2. Coffin CM, Lowichik A, Putnam A. Lipoblastoma (LPB) A Clinicopathologic and Immunohistochemical Analysis of 59 Cases. *Am J Surg Pathol*. November 2009;33(11):1705-12.
3. Arathi N. Pathological study of a rare case of lipoblastomatosis with review of literature. *Journal of Pathology of Nepal* 2013;Vol. 3:416 -8.
4. Kucera A, Snajdauf J, Vyhnanek M, Moravek J, Kodet R, Stejskalova E, et al. Lipoblastoma in Children : an Analysis of 5 Cases. *Acta Chir Belg*. 2008;108:580-2.
5. Kaufman D, Vaynrub M, Garrow E. Lipoblastoma: A rare pediatric tumor. *Surgical Rounds* [Internet]. 2007. Available from: <http://www.hcplive.com/publications/surgical-rounds/2007/2007-10>.
6. Shah A, Latoo S, Ahmed I, Malik AH. Head and Neck teratomas. *J Maxillofac Oral Surg*. 2008;8(1):60-3.
7. Biglioli E, Gianni AB, Francesco AD. Congenital teratoma of the cheek: report of a case. *Int Z Oral Maxillofac Surg*. 1996;25:208-9.
8. Paulus P, Cre'vecoeur H, Piette E, Lejuste P, Hustin J. Huge teratoma of the face. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*. 2009;37:352-5.
9. Putz R, Pabst R. Sobotta: Atlas anatomi manusia. Jakarta: EGC; 2006.
10. Lee K. *Essential Otolaryngology Head and Neck Surgery*: Lippincott; 2008.
11. Coffin CM, Lowichik A, Putnam A. Lipoblastoma (LPB) A Clinicopathologic and Immunohistochemical Analysis of 59 Cases. *Am J Surg Pathol*. 2009;33(11):1705–12.
12. Lorenzen JC, Godballe C, Kerndrup GB. Lipoblastoma of the neck: A rare cause of respiratory problems in children. *Auris Nasus Larynx* 2005;32 169-73.
13. George HL, Unnikrishnan PN, James LA, Perry DC, Garg NK, Bruce CE. Lipoblastoma – an unfamiliar but important diagnosis. A case series and literature review. *Acta Orthopædica Belgica*. 2009;75(4):533-6.
14. McVay MR, Keller JE, Wagner CW, Jackson RJ, Smith SD. Surgical Management of Lipoblastoma. *Journal of Pediatric Surgery*. 2006;41:1067-71.
15. Kok KYY, Telisinghe P. Lipoblastoma: Clinical Features, Treatment, and Outcome. *World Journal of Surgery*. 2010;34:1517–22.
16. Speer AL, Schofield DE, Wang KS, Shin CE, Stein JE, Shaul DB, et al. Contemporary management of lipoblastoma. *Journal of Pediatric Surgery*. 2008;43:1295–300.
17. Kamrani K, Tabatabaiepoor S, Hajarolasvadi N. A Rare Case of Large Nasal Teratoma Associated with Congenital Heart Anomalies in a Neonate. *Iran J Pediatr* 2013;23(1):120-1.
18. Smirniotopoulos JG, Chiechi MV. From the Archives of the

AFIP: Teratomas, Dermoids, and Epidermoids of the Head and Neck. Radiographics. 1995;15(6):1437-55.

19. Azizkhan RG, Haase GM, Applebaum H, Dillon PW, Coran AG, King PA, et al. Diagnosis, Management, and Outcome of Cervicofacial Teratomas in Neonates: A Childrens Cancer Group Study. Journal of Pediatric Surgery. 1995;30(2):312-6.