

Laporan kasus

DIAGNOSIS DAN PENATALAKSANAAN KARSINOMA SEL SKUAMOSA KANALIS AUDITORI EKSTERNA

Oleh:

Ni Ketut Kesuma Dewi

PPDS-1 Ilmu Kesehatan Telinga Hidung Tenggorok- Kepala Leher

Fakultas Kedokteran Universitas Udayana/ RSUP Sanglah

I. PENDAHULUAN

Karsinoma sel skuamosa kanalis auditori eksternus (KAE) merupakan tumor ganas epitel skuamus berlapis yang berasal dari epidermis normal kanalis auditori eksternus.¹ Keganasan ini jarang ditemukan namun bersifat agresif sehingga memiliki prognosis yang buruk.^{1,2,3}

Diagnosis karsinoma sel skuamosa KAE seringkali sulit ditegakkan karena keluhan dan gejalanya mirip dengan kelainan otologi yang jinak. Pasien seringkali didiagnosis dengan otitis eksterna berulang atau otitis media supuratif kronik sebelum karsinoma sel skuamosa KAE ditegakkan.⁴

Keganasan ini jarang terjadi sehingga belum ada sistem staging yang diterima secara universal. Terapi utama karsinoma sel skuamosa KAE adalah pembedahan dengan/ tanpa radioterapi paska operasi, sedangkan peran kemoterapi masih kontroversi dan biasanya digunakan untuk tujuan paliatif.^{1,4}

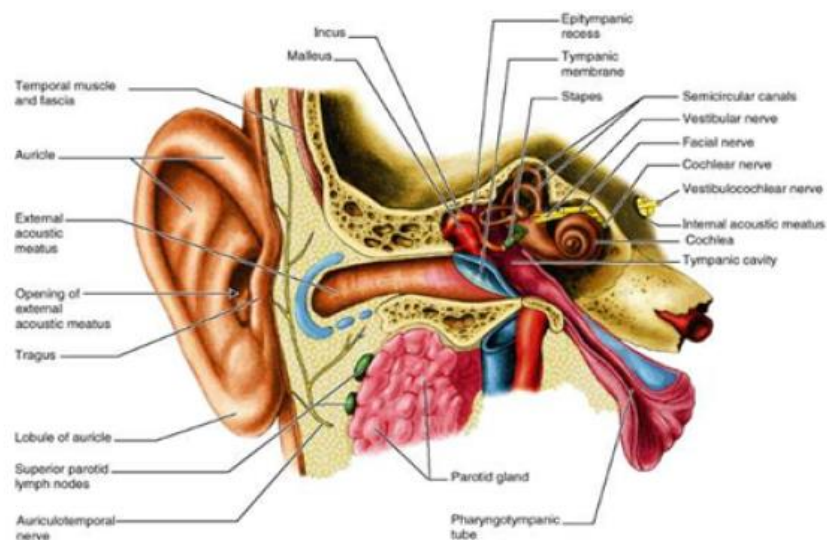
Stadium saat pasien karsinoma sel skuamosa KAE pertama kali didiagnosis tampaknya memiliki peran yang sangat penting dalam menentukan prognosis pasien, di mana pasien-pasien stadium awal menunjukkan angka kelangsungan hidup yang jauh lebih baik dibandingkan dengan pasien-pasien stadium lanjut saat pertama kali terdiagnosis. Hal ini menunjukkan diagnosis awal

dan penanganan yang tepat dapat meningkatkan keberhasilan penanganan pasien-pasien karsinoma sel skuamosa KAE.

II. Tinjauan Pustaka

2.1. Anatomi

Kanalis auditori eksternus dimulai dari pinna sampai membran timpani dengan panjang sekitar 2,5 cm dan berbentuk seperti huruf S. Kanalis auditori eksternus ini dibagi menjadi dua buah komponen yang berbeda secara struktural, yaitu pars kartilago pada sepertiga luarnya sepanjang sekitar 8 mm dan pars osseus pada dua pertiga dalam KAE dengan panjang sekitar 16 mm. Pars osseus ini lebih sempit daripada pars kartilago.⁵



Gambar 1. Anatomi telinga

Kulit yang melapisi pars kartilago setebal 0,5-1 mm yang mengandung papila dermis dan lapisan subkutan yang berkembang dengan baik. Sedangkan kulit yang melapisi pars osseus lebih tipis, yaitu sekitar 0,2 mm dan tanpa papila dermis dan lapisan subkutan. Lapisan kulit ini menempel langsung pada periosteum dan berlanjut menjadi lapisan luar membran timpani. Kanalis auditori eksternus memiliki fisura alami yang terbentuk pada pars kartilago (fisura Santorini) dan pars osseus (foramen Huschke).⁵

Aliran limfe pada kanalis auditori eksternus dan telinga luar menuju kelenjar limfe parotis preaurikuler, kelenjar limfe mastoid, kelenjar digastrik profunda, yang bermuara pada sistem jugular.⁶

Tulang temporal terdiri dari beberapa bagian, yaitu : (1) pars skuamosa, (2) pars timpanika, (3) pars mastoid, (4) pars zigomatikus dan (5) pars petrosa. Masing-masing bagian membentuk persendian dengan tulang-tulang yang berdekatan yaitu tulang sphenoid, parietal, oksipital dan zigomatikus. Sendi temporomandibula menghubungkan tulang temporal dan kondilus mandibula.⁶

Tulang temporal mempunyai enam hubungan penting dengan struktur sekitarnya, yaitu pada anteroinferiornya, terdapat fossa infra temporal yang berisi muskulus pterigoideus medial dan lateral, nervus trigeminus cabang mandibula, arteri maksilaris interna dan pleksus vena pterigoideus. Bagian posteriornya berbatasan dengan fossa kranii posterior yang berisi serebellum, nervus kranialis VII dan XII, sinus petrosus superior, sinus petrosus inferior serta sinus sigmoid. Pada bagian superior, terdapat fossa kranii media yang mengandung nervus kranialis II sampai VI. Sedangkan pada bagian inferior tulang temporal terdapat pembuluh darah-pembuluh darah besar yaitu, arteri karotis interna, vena jugularis interna dan bulbus jugularis. Bagian lateral berhubungan erat dengan aurikula dan KAE dan pada bagian medial terdapat sudut serebelopontin dan batang otak.⁶

2.2. Epidemiologi Karsinoma Sel Skuamosa Kanalis Auditori Eksternus

Keganasan pada KAE jarang terjadi, yaitu sebesar <0,2% dari seluruh neoplasma kepala-leher. Insiden per tahunnya di Amerika Serikat dan Inggris sebesar 1/1.000.000 pada perempuan dan 0,8/1.000.000 pada laki-laki, di mana 90% keganasan ini adalah karsinoma sel skuamosa². Penelitian retrospektif oleh Madsen et al di Denmark pada tahun 1992-2001 mendapatkan insiden keganasan pada KAE dan telinga tengah sebesar 1,3/1.000.000 orang tahun.⁷ Chee et al melaporkan insiden karsinoma KAE di Singapura sebesar 2,1/1.000.000 per tahun.⁹

Usia rata-rata diagnosis karsinoma sel skuamosa KAE ditegakkan berkisar antara dekade kelima sampai keenam dan terdistribusi merata pada pria dan wanita.^{1,3} Namun diduga keganasan ini telah muncul 10-15 tahun sebelumnya.⁴

2.3. Etiologi Karsinoma Sel Skuamosa Kanalis Auditori Eksternus

Paparan ultraviolet merupakan faktor risiko penting terjadinya keganasan pada pinna dan KAE sepertiga luar, sedangkan pada bagian KAE yang lebih medial faktor risiko yang diduga adalah radang kronik. Otitis media kronik dengan rata-rata rentang waktu dua puluh tahun atau lebih dihubungkan dengan keganasan pada KAE pada 40-80% kasus karsinoma sel skuamosa KAE. Kasus-kasus lain dihubungkan dengan adanya dermatitis kronik pada KA.^{4,5,8,9}

Radiasi yang mengenai daerah telinga juga merupakan faktor risiko terjadinya karsinoma sel skuamosa KAE.^{2,3,9} Lobo et al mendapatkan 37% pasien karsinoma sel skuamosa KAE memiliki riwayat radioterapi yang mengenai daerah telinga antara 2-24 tahun sebelumnya.³ Chee et al melaporkan satu pasien menjalani radioterapi untuk pengobatan karsinoma nasofaring.⁹

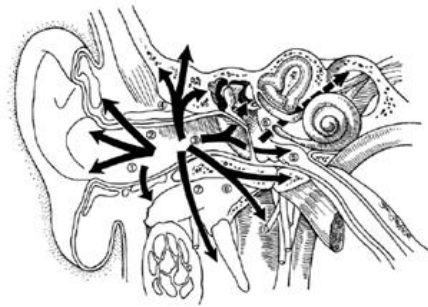
2.4. Penyebaran Karsinoma Sel Skuamosa Kanalis Auditori Eksternus

Karsinoma sel skuamosa kanalis auditori eksternus memiliki sifat yang agresif, menginvasi struktur sekitarnya, dan dapat menyebar melalui jalur saraf serta vaskular dan limfe.³ Lesi yang berasal dari pars kartilago cenderung lebih cepat menyebar dibandingkan dengan yang berasal dari pars oseus.¹⁰

Keganasan primer pada kanalis auditori eksternus memiliki pola penyebaran yang serupa. Penyebaran keganasan primer pada kanalis auditori eksternus dapat dibagi melalui beberapa jalur, yaitu 1) ke arah anterior melalui fisura Santorini menuju kelenjar parotis, 2) melalui konka ke menuju sulkus retro aurikuler, 3) menembus membran timpani ke dalam telinga tengah, 4) ke arah posterior menuju mastoid, 5) menuju mesotimpanik anterior menginvasi arteri karotis dan tuba Eustachius, 6) ke dalam telinga tengah melalui tingkap bundar atau kapsul otik, 7) sepanjang nervus fasialis ekstratemporal menuju fosa infratemporalis, dan 8) ke arah inferomedial menuju fosa jugularis, arteri karotis dan nervus kranialis.¹⁰

Penyebaran melalui aliran limfe leher merupakan manifestasi tahap lanjut karsinoma sel skuamosa KAE. Lesi yang berasal dari dinding posterior kanal biasanya bermetastase ke kelenjar-kelenjar limfe pada jaringan subkutan yang melapisi insersi otot sternokleidomastoideus. Sedangkan lesi yang berasal dari

bagian inferior kanal umumnya bermetastase ke kelenjar limfe subdigastrik, dan yang berasal dari bagian anterior kanal bermetastase ke kelenjar limfe preaurikular yang terdapat di permukaan kelenjar parotis.⁸



Gambar 2. Pola penyebaran keganasan primer pada kanalis auditori eksternus¹⁰

Metastase jauh jarang terjadi dan umumnya bermetastase ke paru-paru dan tulang⁸. Lobo et al³ melaporkan metastase jauh sebesar 16% pada pasien karsinoma sel skuamosa KAE.

2.5. Diagnosis Karsinoma Sel Skuamosa Kanalis Auditori Eksternus

Diagnosis karsinoma sel skuamosa KAE ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang, di mana diagnosis pastinya berdasarkan pemeriksaan histopathologi sediaan biopsi massa KAE.

2.5.1. Anamnesis

Keluhan awal karsinoma kanalis auditori eksternus menyerupai keluhan yang umum didapatkan pada otitis media kronik atau otitis eksterna, yaitu keluarnya cairan dari telinga, gatal/ pruritus, nyeri, dan gangguan pendengaran.^{1,3,5,9}

Cairan yang keluar awalnya berupa cairan bening yang kemudian bercampur darah. Keluhan ini dapat bersifat intermiten maupun persisten.^{2,9} Nyeri yang dikeluhkan pasien diakibatkan oleh erosi tulang. Nyeri ini bersifat terus menerus dan dapat menjalar ke wajah serta regio temporoparietal.⁵ Jika nyeri kepala terasa dalam, dicurigai tumor telah menyebar ke dura.⁸ Keluhan lain yang muncul adalah rasa penuh pada telinga, tinitus, vertigo, kelemahan/ lumpuhnya

separuh wajah⁹, kesulitan membuka mulut/ trismus, menelan dan berbicara, benjolan di depan telinga dan rahang^{1,8}.

Beberapa pasien mengeluhkan massa berupa plak atau polip yang tampak/ terasa pada liang telinganya.¹ Faktor risiko seperti radioterapi yang melibatkan daerah telinga dan infeksi/ radang kronik pada telinga harus ditanyakan pada pasien.^{3,9}

2.5.2. Pemeriksaan fisik

Temuan fisik yang utama adalah adanya massa pada kanalis auditorieksternus. Karsinoma sel skuamosa KAE seringkali tampak sebagai massa polipoid yang berwarna merah, sehingga sulit dibedakan dengan polip aurikula, jaringan granulasi, dan radang akibat otitis eksterna. Massa ini rapuh dan mudah berdarah serta dapat memenuhi liang telinga jika cukup besar. Selain itu, otonari dan debris skuamosa dapat terlihat melalui otoskopi.^{6,11,12,13}



Gambar 3. Inspeksi KAE (A)¹³ dan otoskopi (B)¹² pada karsinoma sel skuamosa KAE.

Kelemahan atau kelumpuhan pada wajah ditemukan jika terjadi penyebaran tumor ke nervus fasialis. Invasi nervus kranialis pada foramen juguler akan menimbulkan kesulitan menelan dan bicara. Sedangkan kesulitan membuka mulut atau trismus akibat penyebaran tumor pada sendi temporomandibular, otot pterigoid dan mandibula menandakan tumor telah menyebar ke bagian anterior dan berada dalam tahap lanjut.⁸

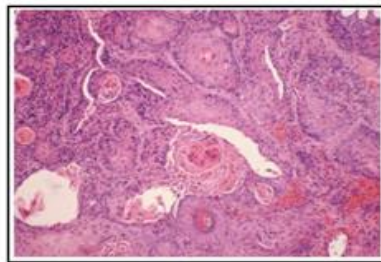
Gangguan pendengaran terjadi akibat tertutupnya KAE oleh massa tumor. Jenis gangguan pendengaran yang sering terjadi adalah tuli konduksi, namun jika terjadi invasi ke kanalis auditori internus, cerebellopontine angle, atau kapsul labirin jenis ketuliannya berupa sensorineural.⁹ Pemeriksaan penala dapat dipakai sebagai penilaian awal jenis ketulian yang terjadi, sedangkan audiometri

digunakan untuk menentukan ambang dengar dan memastikan jenis ketulian yang terjadi.¹¹

Pembesaran kelenjar limfe leher ditemukan pada sekitar 10-15% pasien saat kedatangan awal dan menandakan pasien berada pada stadium lanjut. Kelenjar limfe yang sering terlibat adalah kelenjar preaurikuler, mastoid, parotis, dan subdigastrik.⁸

2.4.3. Pemeriksaan histopatologi

Diagnosis pasti karsinoma sel skuamosa KAE ditegakkan berdasarkan hasil pemeriksaan histopatologi pada sediaan biopsi massa KAE. Biopsi massa KAE dapat dikerjakan dengan anestesi lokal saja, namun jika diperlukan dapat dilakukan dengan anestesi umum.⁹



Gambar 4. Gambaran histopatologi karsinoma sel skuamosa pada KAE²

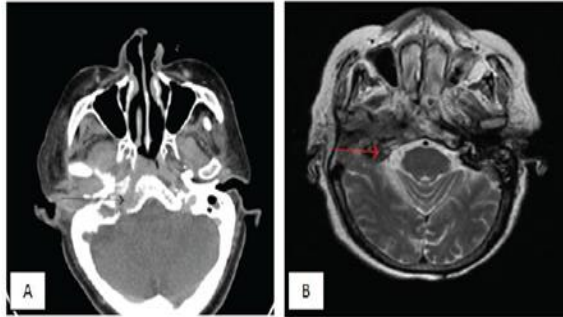
Pemeriksaan histopatologi akan menunjukkan sel-sel epidermal yang berbentuk spindel pleomorfik proliferaatif dengan bulatan-bulatan keratin dan jembatan interseluler yang menjadi ciri karsinoma sel skuamosa.⁴

2.4.4. Pemeriksaan radiologi

Pemeriksaan radiologi merupakan pemeriksaan wajib untuk penilaian pre operasi dan memberikan informasi mengenai luasnya penyebaran lokal dan regional serta destruksi struktur sekitarnya. Computed tomography scan/ CT-scan dan magnetic resonance imaging/ MRI merupakan pemeriksaan radiologi yang umum digunakan.⁸

Masing-masing pemeriksaan memiliki kelebihan dan kelemahannya masing-masing. Tumor stadium awal, di mana lesi terbatas pada KAE, CT scan resolusi tinggi memadai untuk penilaian pre operasi. CT scan tulang temporal akan memberikan gambaran berupa massa jaringan lunak di dalam KAE. Gambaran lain yang dapat ditemukan adalah penebalan jaringan lunak pada

kanalis auditori eksternus. Seiring dengan perkembangan penyakit, akan terjadi destruksi tulang yang dapat dengan jelas ditunjukkan oleh CT scan.^{15,16}



Gambar 5. CT scan (A) dan MRI (B) pada pasien karsinoma sel skuamosa KAE telinga kanan.²

Infiltrasi dan penyebaran tumor ke jaringan sekitar dapat dinilai lebih baik memakai MRI daripada CT scan. CT scan tidak dapat memberikan informasi mengenai luasnya penyebaran tumor pada jaringan lunak tanpa adanya erosi tulang.⁹ Tumor akan tampak sebagai lesi heterogen pada pemeriksaan MRI dengan kontras. MRI juga dapat memberikan gambaran yang lebih baik jika terjadi penyebaran tumor ke dalam labirin, keterlibatan perineural nervus VII dan nervus VIII. Selain itu, MRI dapat mengevaluasi kondisi neurovaskular basis cranii lebih baik jika berdasarkan pemeriksaan CT scan didapatkan erosi pada area tersebut.¹⁶

2.5. Diagnosis Banding Karsinoma Sel Skuamosa Kanalis Auditori Eksternus.

Diagnosis banding karsinoma sel skuamosa meliputi otitis media supuratif kronik, otitis eksterna akut, otitis eksterna nekrotikans, osteoradionekrosis, dan keganasan lain pada KAE, seperti karsinoma sel basal dan adenokarsinoma.^{4,9}

Tabel 1. Sistem Staging Universitas Pittsburgh^{10,17}

Status T
T1: tumor terbatas pada KAE tanpa erosi tulang dan bukti keterlibatan jaringan lunak
T2: tumor dengan erosi tulang KAE yang terbatas (bukan full thickness) atau dengan keterlibatan jaringan lunak yang terbatas (<0,5 cm)
T3: tumor mengerosi tulang KAE (full thickness) dengan keterlibatan jaringan lunak yang terbatas (<0,5 cm) atau tumor telah menginvasi telinga tengah dan/ atau mastoid
T4: tumor mengerosi koklea, apes petrosus, dinding medial telinga tengah, kanal karotis, foramen jugularis, atau dura; atau keterlibatan jaringan lunak sendi temporomandibula atau prosesus stiloideus yang luas; atau adanya bukti paresis wajah

Status N
Metastase kelenjar limfe menunjukkan prognosis yang buruk; setiap keterlibatan kelenjar limfe akan langsung menempatkan pasien dalam stadium lanjut (T1N1 = stadium III dan T2/T3/T4 N1= stadium IV)
Status M
Metastase jauh mengindikasikan prognosis yang sangat buruk dan termasuk stadium IV

Jika tidak terdapat metastase kelenjar limfe atau metastase jauh, status T tumor menentukan stadium klinik

2.6. Staging Karsinoma Sel Skuamosa Kanalis Auditori Eksternus

Sistem penentuan stadium tumor/ staging keganasan pada KAE sulit dilakukan karena jumlah kasus yang sedikit. Beberapa sistem staging diajukan oleh beberapa peneliti dan institusi. Sistem staging yang paling umum digunakan diformulasikan oleh Arriaga et al dari Universitas Pittsburgh berdasarkan pemeriksaan klinik pre operatif dan temuan CT-scan.^{10,17,18}

2.7. Penanganan Karsinoma Sel Skuamosa Kanalis Auditori Eksternus

Penanganan karsinoma sel skuamosa KAE telah berkembang selama beberapa tahun terakhir.³ Penanganan utama adalah pembedahan secara en bloc atau piecemeal dengan atau tanpa radio terapi paska operasi, namun kemoterapi dapat digunakan pada kondisi-kondisi tertentu.¹⁸

Secara umum penanganan keganasan KAE dibagi berdasarkan perluasan tumor, yaitu: 1) Tumor yang terlokalisir pada KAE dapat ditangani dengan pembedahan tanpa radioterapi paska operasi. 2) Tumor yang melibatkan ruang telinga tengah dan yang ditemukan terdapat pada KAE serta telinga tengah saat operasi, ditangani dengan pembedahan dan radioterapi paska operasi. 3) Tumor pada KAE dan kavum timpanomastoid yang menunjukkan erosi tulang yang signifikan ditangani dengan pembedahan dan radioterapi paska operasi. 4) Tumor yang meluas ke luar KAE dan telinga tengah dengan keterlibatan kelenjar parotis, sendi temporomadibular, vena jugularis, arteri karotis, nervus fasialis, dan labirin ditangani dengan pembedahan, radioterapi dan kemoterapi. 5) Pasien yang telah mengalami penjarangan intrakranial dengan melibatkan struktur fosa posterior dan fosa media sebaiknya ditangani secara paliatif. Pembedahan dan radiasi pada pasien ini ditujukan untuk meringankan nyeri dan memperpanjang harapan hidup¹⁹.

2.7.1. Pembedahan

Terdapat beberapa jenis pembedahan untuk penanganan keganasan pada KAE, yaitu sleeve resection, reseksi lateral tulang temporal, reseksi subtotal tulang temporal, reseksi total tulang temporal, dan reseksi lokal. Beberapa literatur memakai mastoidektomi dalam penanganan karsinoma sel skuamosa, namun jenis operasi ini dirancang untuk mengatasi infeksi dan tidak memberikan batas bebas tumor^{14,19}.

Reseksi lokal dikerjakan untuk membersihkan luka dan meredakan nyeri dengan tujuan paliatif. Reseksi ini meliputi reseksi kutaneus luas dan reseksi tulang pada level tumor^{14, 2.7.2}. Radioterapi dapat diberikan pre operasi, paska operasi, untuk tujuan paliatif maupun sebagai terapi utama. Radioterapi pre

operasi dapat diindikasikan pada pasien dengan tumor yang menyebar luas dan menginvasi dura^{19,20}.

2.7.2. Radioterapi

Pemberian radioterapi paska operasi pada karsinoma sel skuamosa KAE bertujuan untuk mencegah kekambuhan kembali paska operasi dan dipertimbangkan sebagai komponen penting dalam penanganan karsinoma sel skuamosa²⁰. Radioterapi direncanakan segera paska operasi, dimulai dalam waktu satu bulan paska operasi untuk mencapai hasil yang optimal. Dosis radioterapi yang diberikan adalah dosis maksimal yang dapat ditoleransi pasien, umumnya sebesar 65 gray. Metode yang paling umum digunakan dalam pemberian radioterapi adalah dengan dosis terfraksinasi¹⁹.

Peran radioterapi sebagai terapi tunggal untuk tujuan kuratif pada kasus-kasus karsinoma sel skuamosa KAE stadium awal masih kontroversial. Radioterapi dapat menjadi pilihan bagi pasien-pasien yang tidak layak menjalani pembedahan^{19,20,21}. Radioterapi dengan tujuan paliatif diberikan pada pasien stadium lanjut atau pada kasus yang mengalami kekambuhan setelah pembedahan untuk mengatasi otore yang banyak, perdarahan dan nyeri^{19,20,21}.

2.7.3. Kemoterapi

Peran kemoterapi dalam penanganan keganasan tulang temporal belum jelas. Kemoterapi tampaknya tidak memiliki peran sebagai penanganan primer atau sebagai terapi induksi sebelum reseksi karena dapat menunda terapi definitif pada kasus-kasus yang mungkin dapat disembuhkan. Peran kemoterapi sebagai terapi tambahan pada pasien yang telah menjalani pembedahan dan radioterapi juga belum jelas¹⁹.

Kemoterapi dapat diberikan sebagai terapi tambahan pada pasien dengan lesi yang tidak layak menjalani pembedahan dan dengan tujuan paliatif, pasien yang mengalami metastasis jauh, serta pada pasien dengan batas reseksi yang masih mengandung sel-sel kanker. Namun peningkatan survival rate pada pasien-pasien ini masih kontroversial^{4,14,19}. Lavielle et al¹⁴ menyatakan pemberian kemoterapi tidak meningkatkan survival rate, namun dapat meringankan nyeri. Beberapa jenis kemoterapi yang digunakan dalam penanganan karsinoma sel

skuamosa KAE, diantaranya carboplatin, paclitaxel dan cetuximab; fluorourasil dan cisplatin; cisplatin; docetaxel, fluorouracil, dan cisplatin²⁰.

2.8. Prognosis Karsinoma Sel Skuamosa Kanalis Auditori Eksternus

Perluasan lokal tumor (T) merupakan faktor prognostik independen terhadap survival pasien dengan karsinoma sel skuamosa KAE^{14,21}. Pasien dengan tumor tahap lanjut yang disertai dengan erosi tulang menunjukkan survival yang lebih rendah dibandingkan dengan yang tidak disertai dengan erosi tulang. Faktor-faktor lain yang menunjukkan prognosis yang buruk adalah adanya kelumpuhan nervus fasialis, metastase jauh (M1) dan kelenjar limfe, serta reseksi tumor yang tidak bersih.¹⁴

Lavieille et al melaporkan 5 years survival rate pada karsinoma sel skuamosa KAE sebesar 82%, 67% dan 17% untuk T1 dan T2, T3, serta T4. Pada akhir follow up (tahun ke delapan) survival rate sebesar 66%, 66% dan 17% pada T1 dan T2, T3, serta T4.¹⁴

Chee et al melaporkan persentase bebas tumor pada pasien dengan stadium awal (T1 dan T2) sebesar 100% (4 pasien) dan pasien dengan stadium lanjut (T3 dan T4) sebesar 33% (9 pasien) selama masa follow up.⁹ Namun perbedaan ini tidak signifikan ($p=0,29$). Semua pasien tanpa lesi nervus VII (8 pasien) bebas tumor, sedangkan pasien dengan lesi nervus VII (5 pasien) hanya 40% yang bebas tumor selama masa follow up.

III. LAPORAN KASUS

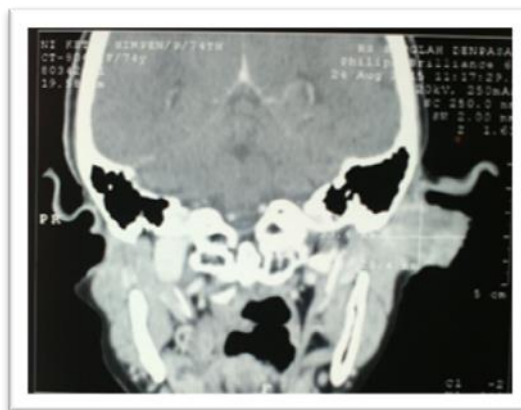
Pasien berinisial KS, perempuan, 78 tahun, asal Kabupaten Negara datang dengan keluhan terdapat benjolan yang pada liang telinga sampai belakang telinga kiri yang dirasakan sejak sekitar 4 bulan sebelum ke poliklinik THT RS Sanglah Denpasar pada tanggal 27 juli 2015. Benjolan dirasakan makin lama tambah besar yang disertai keluar cairan dari telinga yang berwarna kuning yang bercampur dengan darah dan berbau. Sebelumnya pasien periksa ke puskesmas dan diberikan obat tetes telinga. Riwayat keluar cairan dari telinga ,batuk , pilek disangkal. Riwayat penyakit Hipertensi ada namun pasien tidak rutin kontrol, Riwayat Diabetes militus disangkal.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum pasien baik, kesadaran compos mentis. Status General TD: 160/90mmHg, N:82x/mnt, tax: 36,2⁰c. Pemeriksaan status lokalis THT-KL pada telinga kiri didapatkan jaringan granulasi pada liang telinga sampai bagian belakang telinga yang disertai cairan berwarna kuning bercampur dengan darah. Membran timpani sulit dievaluasi. Pada telinga kanan dalam batas normal. Pemeriksaan hidung dan tenggorok dalam batas normal. Pada leher tidak ditemukan adanya pembesaran kelenjar limfe.



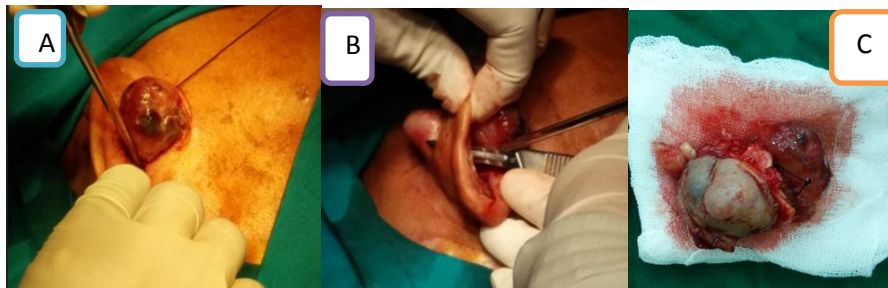
Gambar. 6. Massa di KAE dan retroaurikula sinistra

Pasien dilakukan biopsi jaringan pada liang telinga kiri dengan lokal anestesi pada tanggal 12 Agustus 2015 dengan hasil *well differentiated squamous cells Carcinoma*. Dilakukan CT- Scan dengan hasil tampak massa solid di aurikula dan retroaurikula kiri, cavum timpani nomal, tulang-tulang pendengaran baik, pada tulang-tulang temporal tidak tampak destruksi.

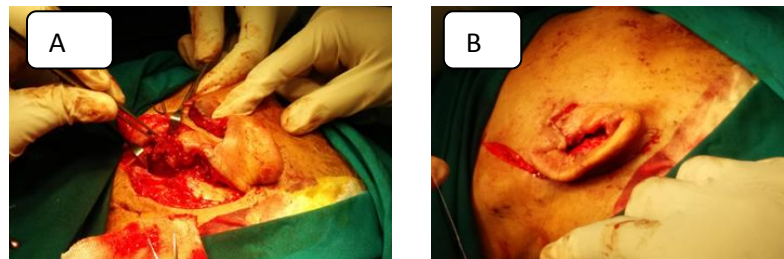


Gambar.7. CT scan kepala fokus temporal dan mastoid irisan axial coronal.

Pada pemeriksaan thorak foto didapatkan kardiomegali. Konsul ke bagian penyakit dalam dan kardiologi didapatkan dengan observasi kardiomegali ec suspek HHD Hipertensi stage II dan diberikan terapi captopril 3x12,5 mg dan amlodipin 1x10 mg. Pasien didiagnosa dengan SCC KAE Sinistra. Kemudian pada tanggal 5 oktober 2015 dilakukan reseksi tumor KAE sinistra dan parotidektomi superfisial sinistra.



Gambar 8. A. Tumor difiksasi dengan benang dan dipisahkan dengan jaringan sekitarnya. B. Reseksi tumor. C. Massa yang telah direseksi.



Gambar 9. A. Massa tumor menginvasi regio parotis superfisial dan dilakukan parotidektomi superfisial dan mengidentifikasi N fasialis. B. Operasi selesai.

Pada tanggal 6 oktober 2015 follow up hari pertama tampak luka terawat baik, darah pada drain minimal, dan tidak tampak kelainan lesi N fasialis sinistra.



Gambar 10. A dan B. Tidak tampak kelainan nervus fasialis sinistra.

Drain dilepas pada hari kedua pasca operasi dan pasien diperbolehkan pulang. Obat yang diberikan pada saat pasien pulang adalah sefiksिम 2x100 mg

per oral dan asam mefenamat 3x500 mg per oral. Pada tanggal 9 Oktober 2015 pasien kontrol ke poliklinik THT-KL RSUP Sanglah, luka operasi baik, tidak didapatkan tanda-tanda infeksi dan dilakukan pengangkatan jahitan kulit sebagian. Pasien kontrol kembali pada tanggal 12 Oktober 2015 dengan luka operasi baik, dilakukan pengangkatan seluruh jahitan kulit. Namun tampak muncul kembali massa minimal dari liang telinga.



Gambar 11. A dan B 7 hari post operasi

Pasien segera direncanakan persiapan untuk kemoterapi dan radioterapi. Pada tanggal 28 Oktober 2015 pasien menjalani kemoterapi seri I dan Targeting terapi seri I dengan sediaan doksitaxel 100mg, cisplatin 100mg dan erbitux 600 mg dan rencana radioterapi pada tahun 2017.

III. PEMBAHASAN

Karsinoma sel skuamosa KAE merupakan keganasan yang jarang namun bersifat invasif dan memiliki prognosis yang buruk akibat terlambatnya diagnosis dan terapi.³

Keluhan dan gejala karsinoma sel skuamosa KAE pada tahap awal menyerupai penyakit telinga yang umum. Akibatnya, pasien terlambat datang ke dokter karena dianggap sebagai keluhan yang ringan atau biasa dan seringkali dokter mendiagnosis pasien-pasien ini sebagai otitis eksterna atau otitis media supuratif kronik.⁴ Pasien dengan riwayat keluar cairan dari telinga kiri dan hanya diberikan obat tetes telinga dari Puskesmas.

Keganasan harus dicurigai pada pasien-pasien otitis eksterna atau otitis media supuratif kronik yang tidak merespon terhadap terapi yang adekuat⁴, otore kronik yang bercampur darah, massa rapuh dan mudah berdarah pada KAE, nyeri

yang timbul mendadak, atau kelumpuhan otot-otot wajah pada usia tua.^{2,5,9} Pembesaran kelenjar getah bening leher biasanya baru terlihat pada tahap lanjut.⁸ Pada kasus ditemukan pasien riwayat keluar cairan dari telinga kiri berwarna kuning bercampur darah dan berbau. Tampak massa yang rapuh dan mudah berdarah. Namun tidak ditemukan adanya lesi N fasialis. Diagnosis pasti karsinoma sel skuamosa KAE ditegakkan dengan biopsi dan pemeriksaan histopatologik^{4,9}. Pada kasus dari hasil biopsi didapatkan dengan *well differentiated squamous cells Carcinoma*. Pemeriksaan radiologik berupa CT scan dan MRI membantu menentukan perluasan tumor dan menentukan stadiumnya/ staging^{8,16}. Pada kasus hasil CT scannya didapatkan tampak massa solid di aurikula dan retroaurikula kiri, cavum timpani normal, tulang-tulang pendengaran baik, pada tulang-tulang temporal tidak tampak destruksi. Belum ada sistem staging karsinoma sel skuamosa KAE yang diterima secara universal karena sedikitnya jumlah kasus. Saat ini, sistem staging yang paling sering digunakan adalah sistem staging oleh Universitas Pittsburgh^{10,17,18}. Pada kasus didapatkan dengan SCC KAE stadium IV.

Penanganan karsinoma sel skuamosa KAE saat ini umumnya kombinasi pembedahan dan radioterapi paska operasi. Pembedahan dilakukan dengan tujuan pengangkatan total tumor dengan batas reseksi bebas tumor.^{3,4} Prosedur pembedahan yang dikerjakan terdiri dari sleeve resection, reseksi lateral tulang temporal, reseksi subtotal tulang temporal, reseksi total tulang temporal, dan reseksi lokal.^{14,19} Pemilihan prosedur pembedahan didasarkan atas perluasan tumor dan kondisi umum pasien. Modalitas terapi lainnya adalah dengan kemoterapi, walaupun manfaatnya masih kontroversial.

Pemilihan terapi awal menjadi salah satu faktor prognostik yang penting. Zhang et al melaporkan pasien dengan tumor yang terbatas pada KAE yang ditangani dengan reseksi kanal lokal menunjukkan batas reseksi yang positif mengandung sel-sel tumor sebesar 53,8% dan angka kekambuhan sebesar 46,2%. Sedangkan pasien yang ditangani secara agresif memakai reseksi lateral tulang temporal menunjukkan batas bebas tumor sebesar 100% dan tidak menunjukkan tanda-tanda kekambuhan selama follow up.²²

Infiltrasi ke kelenjar parotis dapat terjadi tanpa adanya gambaran radiografik yang jelas.²² Pada kasus ditemukan massa menginfiltrasi sampai ke parotis sehingga dilakukan parotidektomi superfisial. Lobo et al tidak mendapatkan perbedaan yang signifikan pada survival rate pasien yang ditangani dengan pembedahan dan radioterapi dibandingkan dengan pasien yang ditangani dengan pembedahan saja, namun terdapat kecenderungan survival rate yang lebih panjang pada pasien yang mendapat radioterapi paska pembedahan.³ Selain itu, pasien-pasien stadium IV yang ditangani dengan reseksi total tulang temporal memiliki survival yang lebih panjang dibandingkan dengan pasien stadium IV yang ditangani dengan penanganan yang lebih konservatif. Moffat et al mendapatkan pasien yang dirujuk dari institusi lain dengan terapi yang tidak radikal menunjukkan prognosis yang lebih buruk dibandingkan dengan pasien yang ditangani secara radikal pada penanganan awalnya.

Penelitian-penelitian tersebut menunjukkan penanganan awal yang agresif untuk mencapai batas reseksi bebas tumor dan usaha untuk mengeradikasi sisa-sisa sel-sel tumor dengan radioterapi sebisa mungkin harus diberikan pada pasien-pasien karsinoma sel skuamosa KAE untuk mencapai prognosis yang baik. Namun sebagian pasien tidak memungkinkan menjalani terapi ini, sehingga modalitas terapi lain perlu dikembangkan.

Kang et al tidak mendapatkan adanya perbedaan survival rate yang bermakna antara pasien-pasien karsinoma sel skuamosa KAE yang ditangani dengan radioterapi dan pembedahan dengan yang ditangani dengan radioterapi saja.²⁰ Namun kegagalan kontrol lokal lebih tinggi pada pasien yang menjalani radioterapi saja. Sedangkan Hashi et al, seperti yang dikutip oleh Ogawa et al mendapatkan kontrol tumor sebesar 100% pada 8 pasien karsinoma sel skuamosa KAE dengan perluasan tumor T1 yang diterapi dengan radioterapi saja. Penelitian oleh Ogawa et al mendapatkan 5-years survival rate pada 10 pasien karsinoma sel skuamosa KAE dengan perluasan tumor T1 yang diterapi dengan radioterapi saja sebesar 83% dan 9 dari 10 pasien tersebut tidak menunjukkan kekambuhan lokal. Pada kasus pasien direncanakan untuk radioterapi, dan mendapat jadwal radioterapi 2017.²¹

Penelitian oleh Chee et al mendapatkan persentase bebas tumor yang lebih tinggi (100%) pada pasien yang ditangani dengan pembedahan dan radioterapi dibandingkan dengan yang ditangani dengan kemoterapi dan radioterapi (33%).⁹ Sedangkan Shiga et al melaporkan 5-years survival rate pada pasien yang ditangani dengan radio-kemoterapi konkomitan sebesar 78% sedangkan pada pasien dengan stadium IV saja sebesar 68%.²³

Hasil-hasil penelitian tersebut menunjukkan radioterapi, kemoterapi dan radio-kemoterapi konkomitan dapat menjadi modalitas utama terapi, sehingga pilihan terapi menjadi lebih banyak dan dapat disesuaikan dengan kondisi masing-masing pasien, terutama pasien-pasien yang tidak layak menjalani pembedahan. Walaupun begitu, diperlukan usaha untuk meningkatkan kontrol lokal tumor dan menurunkan residu tumor. Hal ini mungkin dapat dicapai dengan perkembangan di bidang radioterapi dan agen-agen kemoterapi yang baru.

Selain untuk tujuan kuratif, pembedahan, radioterapi dan kemoterapi dapat ditujukan untuk perawatan paliatif bagi pasien-pasien dengan penyakit terminal. Tujuan utama penanganan paliatif adalah untuk meringankan keluhan pasien, berupa nyeri, perdarahan dan otore.^{14,19,20,21}

IV. KESIMPULAN

Karsinoma sel skuamosa KAE merupakan keganasan yang jarang namun bersifat agresif dan memiliki prognosis yang buruk. Keluhan yang minimal dan menyerupai kelainan otologik yang jinak seringkali menghambat diagnosis dan terapi, sehingga kecurigaan yang tinggi diperlukan untuk mendeteksi keganasan ini. Modalitas utama penanganan karsinoma sel skuamosa KAE berupa pembedahan dan harus dilakukan secara agresif dan radikal untuk mencapai hasil yang baik, dikombinasikan dengan radioterapi paska operasi. Namun penelitian-penelitian terbaru menunjukkan radioterapi, kemoterapi dan radio-kemoterapi konkomitan dapat menjadi modalitas utama penanganan keganasan ini, walaupun masih diperlukan usaha untuk meningkatkan hasil akhirnya.

DAFTAR PUSTAKA

1. World Health Organisation. Tumours of The Ear In: Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D, eds, Pathology and Genetics: Head and Neck Tumours, Lyon: IARC Press, 2005: 328-60
2. Boamah H, Knight G, Taylor J, Palka K, Ballard B. Squamous Cell Carcinoma of the External Auditory Canal: A Case Report, Case Report in Otolaryngology, 2011: 1-4
3. Lobo D, Llorente JL, Suarez C. Squamous Cell Carcinoma of the External Auditory Canal, Skull Base, 2008: 18, 167-72
4. Pickett BP & Kelly JP. Neoplasms of The Ear and Lateral Skull Base, In: Bailey BJ, Johnson JT, Newsland SD, ed, Head & Neck Surgery-Otolaryngology, 4th ed, vol II, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006: 2003-25
5. Barnes L, Peel RL. Diseases of the External Auditory Canal, Middle Ear, and Temporal Bone, In: Barnes L, ed , Surgical Pathology of the Head and Neck, 2nd ed, vol I, New York: Marcel Dekker Inc., 2001: 558-99
6. Gacek RR & Gacek MR. Anatomy of the auditory and vestibular systems. In: Snow JB, Ballenger JJ, eds, Ballenger's Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery, 16th ed, Ontario: BC Decker Inc, 2003: 1-24
7. Madsen AR, Gundgaard MG, Hoff CM, Maare C, Holmboe P, Knap M, et al. Cancer of the External Auditory Canala and Middle Ear in Denmark from 1992-2001, Head & Neck, 2008: 1332-8
8. Moffat DA & da Cruz M. Management of tumours of the temporal bone, In: Evans PHR, Montgomery PQ, Gullane PJ, eds, Principles and Practice of Head and Neck Oncology, London: Martin Dunitz, 2003: 608-40
9. Chee G, Mok P, Sim R. Squamous Cell Carcinoma of the Temporal Bone: Diagnosis. Treatment and Prognosis, Singapore Med J, 2004: 41 (9), 441-6
10. Moody SA, Hirsch BE, Myers EN. Squamous cell carcinoma of the external auditory canal: an evaluation of a staging system, The American journal of Otolaryngology, 2000: 21, 582-8

11. Arora S, Sharma JK, Pippal S, Sethi Y, Yadav A. Temporal bone carcinoma with intracranial extension, *Braz J Otorhinolaryngol*, 2009: 75 (5), 756
12. Hoshikawa H, Miyashita T, Mori N. Surgical Procedures for External Auditory Canal Carcinoma and the Preservation of Postoperative Hearing, *Case Reports in Surgery*, 2012: 1, 1-4
13. Yadav S, Gupta D, Yadav GS. Squamous Cell Carcinoma of the External Auditory Canal in Young: A Rare Case Report, *Indian Journal of Otology*, 2013: 19 (4), 196-8
14. Lavieille JP, Delande C, Kunst H, Deveze A, Magnan J, Schmerber S. Management of Carcinoma of the Temporal Bone, *Mediterr J Otol*, 2005: 2, 1-9
15. Bibas AG, Gleeson MJ. Bilateral Squamous Cell Carcinoma of the Temporal Bone, *Skull Base*, 2006: 16, 213-8
16. Ong CK, Pua U, Chong VFH. Imaging of carcinoma of the external auditory canal: a pictorial essay, *Cancer Imaging*, 2008: 8, 191-8
17. Martinez-Devesa P, Barnes ML, Milford CA. Malignant Tumor of the Ear and Temporal Bone: A Study of 27 Patients and Review of Their Management, *Skull Base*, 2008: 18, 1-8
18. Isipradit P, Wadwongtham W, Aeumjaturapat S, Aramwatanapong P. Carcinoma of the External Auditory Canal, *J Med Assoc Thai*, 2005: 88 (1), 114-7
19. McKenna MJ, Staecker H. Management of Malignancies of the Ear, In: Nadol JB, McKenna MJ, Galla RJ, ed, *Surgery of the Ear and Temporal Bone*, 2nd ed, Philadelphia: 2005:1035-57
20. Kang HC, Wu HG, Lee JH, Park CI, Kim CS, Oh SH, et al. Role of Radiotherapy for Squamous Cell Carcinoma of the External Auditory Canal and Middle Ear, *대한방사선종양학회지*, 2009: 27 (4), 173-80