

Laporan Kasus

Penatalaksanaan Karsinoma Mukoepidermoid Kelenjar Parotis

Adrian Erindra¹, Sukri Rahman¹, Al Hafiz¹

Abstrak

Angka kejadian tumor kelenjar liur adalah sekitar 3-4 % dari semua tumor di kepala dan leher. Karsinoma mukoepidermoid dapat melibatkan kelenjar parotis. Sering terjadi pada orang dewasa, wanita memiliki risiko lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Metode terapi utama dalam pengobatan karsinoma mucoepidermoid adalah reseksi bedah. Terapi radiasi tanpa kemoterapi telah terbukti efektif sebagai modalitas tambahan terapi setelah terapi bedah. Dilaporkan suatu kasus karsinoma mukoepidermoid pada seorang perempuan usia 18 tahun dengan keluhan bengkak yang mengeluarkan cairan di bawah telinga kiri sejak 10 tahun yang lalu. Pada pemeriksaan histopatologi dikonfirmasi adalah suatu karsinoma mukoepidermoid. Ditatalaksana dengan parotidektomi superfisial dan dilanjutkan dengan ajuvan radioterapi. Karsinoma mukoepidermoid adalah suatu karsinoma pada kelenjar liur dengan gejala berupa benjolan yang dirasakan tanpa gejala. Reseksi bedah adalah terapi utama pada karsinoma mukoepidermoid, radioterapi tanpa kemoterapi adalah terapi ajuvan untuk karsinoma mukoepidermoid.

Kata kunci: karsinoma mukoepidermoid, tumor kelenjar liur, parotidektomi

Abstract

The incidence of salivary gland tumors is about 3-4% of all tumors in the head and neck. Mucoepidermoid carcinoma may involve the parotid gland. Often occurs in adults, women have a higher risk than men. The main therapeutic methods in the treatment of mucoepidermoid carcinoma is surgical resection. Radiation therapy without chemotherapy has been shown to be effective as an additional modality therapy after surgical therapy. Reported a case of mucoepidermoid carcinoma in a woman aged 18 years with complaints of swelling a discharge below the left ear since 10 years ago. On histopathologic examination confirmed is a mucoepidermoid carcinoma. Patient was treated by superficial parotidectomi and followed by adjuvant radiotherapy. Mucoepidermoid carcinoma is a carcinoma of the salivary glands, the most frequently encountered are usually painless, lump often without any symptoms. Surgical resection is the primary therapy in mucoepidermoid carcinoma, radiotherapy without chemotherapy is adjuvant therapy for mucoepidermoid carcinoma.

Keywords: mucoepidermoid carcinoma, salivary gland tumor, parotidectomy

Affiliasi penuli: 1. Bagian THT-KL Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang.

Korespondensi: adrian_erindra@yahoo.com Telp: +62 8126725184

PENDAHULUAN

Karsinoma mukoepidermoid adalah neoplasma ganas yang paling sering ditemukan pada kelenjar liur mayor dan minor. Karsinoma mukoepidermoid ini adalah tumor ganas terbanyak yang paling sering terjadi di kelenjar parotis.^{1,2}

Karsinoma mukoepidermoid ini sering ditemukan pada wanita dewasa pada usia dekade ke tiga hingga ke enam kehidupan. Biasanya kelenjar parotis yang terkena adalah unilateral, walaupun ada ditemukan kejadian yang bilateral.^{2,3,4}

Karsinoma mukoepidermoid pada kelenjar liur ini, berdasarkan temuan mikroskopis dibagi menjadi 3 klasifikasi, yaitu *low grade*, *intermediate* dan *high grade*. Penentuan klasifikasi sangat penting untuk

menentukan tatalaksana dan prognosis. Penatalaksanaan tumor ini tergantung kepada klasifikasi, dimana penatalaksanaan tumor *low grade* dan *intermediate* berbeda dengan penatalaksanaan pada tumor *high grade*.^{4,5}

Kelenjar Parotis

Kelenjar parotis adalah sepasang kelenjar liur terbesar dengan berat rata-rata 15-30 gram, berlokasi di regio preauricula sepanjang permukaan posterior mandibula. Masing-masing kelenjar parotis dibagi atas lobus superfisial dan lobus profunda oleh saraf fasialis. Lobus superfisial menutupi permukaan lateral otot masseter disebut sebagai kelenjar bagian lateral dari saraf fasialis. Lobus profunda terletak di medial saraf fasialis, berlokasi diantara prosesus mastoideus dari tulang temporal dan ramus mandibula.^{1,2,4,5,6}

Kelenjar parotis berbatasan di bagian superior dengan arkus zigomatikus, di bagian inferior ekor dari kelenjar parotis meluas ke bawah dan berbatasan dengan margin anteromedial dari otot sternokleidomastoideus.^{1,2,6}

Kelenjar parotis mengalirkan sekresinya ke dalam rongga mulut melalui duktus Stensen, yang lokasinya berada di mukosa pipi pada garis oklusal gigi. Panjang duktus Stensen kurang lebih 4-7 cm, muncul dari anterior kelenjar parotis. Duktus ini keluar dari permukaan lateral otot masseter, menembus jaringan lemak pipi dan otot businator. Ujung saluran ini berada di mukosa pipi berhadapan dengan gigi molar atas kedua. Kelenjar parotis aksesorius dapat ditemukan di sepanjang bagian anterior kelenjar dan pada duktus Stensen, berkisar 20%.^{2,4,5}

Karsinoma Mukoepidermoid

Karsinoma mukoepeidermoid adalah tumor kelenjar liur yang terdiri dari sel skuamosa neoplastik, sel penghasil mukus dan sel epitel dari jenis *intermediate*. Tumor mukoepeidermoid ini kemungkinan berasal dari sel epitel pelapis duktus yang berpotensi mengalami metaplasia.^{5,7}

Karsinoma mukoepeidermoid pertama kali dideskripsi oleh Masson dan Berger pada tahun 1924. Sejak saat itu, karsinoma ini lebih dikenal sebagai suatu neoplasma pada kelenjar air liur. Karsinoma

mukoepidermoid merupakan 35% dari semua jenis keganasan kelenjar liur mayor dan minor, dan urutan ke-3 terbanyak pada kelenjar liur minor setelah adenokarsinoma dan adenoid kistik.^{4,5,7}

Insiden lebih banyak ditemukan pada perempuan dan cenderung meningkat pada dekade ke 3, sedangkan umur rata-rata onset adalah dekade ke-5, wanita lebih sering dibandingkan pria dengan perbandingan 3:2 berdasarkan penelitian di Amerika Serikat.^{5,7,9,10}

Karsinoma mukoepeidermoid biasanya diklasifikasikan sebagai *Low grade* atau *high grade tumor*. Namun, beberapa ahli patologi juga mencantumkan *intermediate grade*. Tumor *low grade* memiliki proporsi sel-sel mukosa lebih tinggi dibandingkan dengan epidermoid. Lesi ini lebih seperti tumor jinak tapi mampu merusak jaringan lokal dan bermetastasis. Tumor *high grade* memiliki proporsi sel epidermoid yang terbanyak. Mungkin sulit untuk membedakan dari karsinoma sel skuamosa. Lesi *high grade* adalah tumor yang agresif dengan kecenderungan tinggi untuk metastasis. Lesi *Intermediate grade* bersifat seperti tumor *high grade*.^{7,9,10}

Tumor yang *low grade*, biasanya berbatas tegas, mirip dengan adenoma pleomorfik, tumbuh lambat tanpa disertai rasa sakit merupakan ciri khas tumor ini. Secara histopatologi terdapat empat jenis sel yang teridentifikasi yaitu sel penghasil musin, sel skuamosa, sel *intermediate* dan sel jernih. Tumor ini telah dibagi atas jenis *low grade* dan *high grade*. Pada tumor *low grade* ini biasanya tidak melibatkan saraf fasialis, namun sebaliknya pada varian tumor *high grade* saraf fasialis ini sering terlibat. Tumor ini merupakan 35% dari seluruh jenis tumor pada kelenjar liur, 67% diantaranya terdapat pada kelenjar parotis dan 33% pada kelenjar liur minor. Meskipun tumor ini dapat terjadi pada remaja, namun insiden tertinggi ditemukan pada orang dewasa. Umur rata-rata penderita adalah 45 tahun.^{7,9,10}

Radiologi

Sebagai bagian dari pemeriksaan di setiap lesi kepala dan leher dengan kecurigaan terhadap keganasan, radiologi memegang peran yang penting,

juga pada karsinoma mukoepidermoid. Setelah mendapatkan diagnosis patologi jaringan, atau terdapat kecurigaan klinis yang sesuai, pencitraan dari kepala dan leher sebaiknya dilakukan. Belum ada protokol pencitraan terbaik yang spesifik untuk karsinoma epidermoid ini. Namun, kesepakatan umum dalam literatur adalah bahwa tomografi komputer (CT) leher dengan atau tanpa kontras yang paling sering digunakan untuk membantu menegakkan diagnosis. Temuan pada tomografi komputer untuk karsinoma mukoepidermoid bervariasi tergantung pada *grading* tumor. Tumor *low grade* akan memiliki komponen kistik yang lebih besar, komponen padat yang lebih rendah dan sedikit kalsifikasi. Jadi bila dilihat pada tomografi komputer, penampilan tumor *low grade* akan tampak batas yang tegas antara bentuk kistik dan padat sehingga mudah untuk dikenali.^{5,7,9,11}

Lesi *high grade* akan sulit untuk menilai batas antara komponen kistik dan padat karena adanya infiltrasi lokal dan memiliki bentuk yang padat. Lesi *intermediate* pada umumnya akan memiliki kombinasi sifat yang sulit untuk diklasifikasikan.^{9,12}

Pemeriksaan *Magnetic resonance imaging* (MRI) sering digunakan untuk lebih memperjelas karakteristik jaringan lunak tumor dan menentukan apakah terdapat invasi perineural. Umumnya tumor *low grade* akan memiliki sinyal T1 yang rendah dan T2 tinggi karena komponen kistik yang lebih tinggi, sedangkan tumor *high grade* akan memiliki sinyal T1 dan T2 rendah.^{9,12,13}

Derajat dan Stadium

Derajat pada karsinoma mukoepidermoid di kelenjar liur mayor dinilai berdasarkan model gradasi yang ditentukan dengan penelitian sebelumnya. Sebuah sistem penilaian kuantitatif berdasarkan nilai poin untuk masing-masing lima fitur histopatologi digunakan sebagai landasan untuk menentukan stadium (Tabel 1).^{11,12}

Stadium pada karsinoma epidermoid menggunakan metode TNM (T = tumor primer, N = pembesaran kelenjar getah bening regional dan M = metastasis jauh). Referensi *staging* seperti yang biasa digunakan dalam AJCC (*American Joint Commite on Cancer*) (Tabel 2).

Penatalaksanaan

Setiap penatalaksanaan kasus karsinoma mukoepidermoid selalu menyertakan eksisi bedah, namun pilihan pengobatan definitif didasarkan pada tidak hanya stadium tumor, tetapi juga derajat tumor. Derajat, seperti yang dibahas sebelumnya, memberikan informasi tambahan untuk karakter penyakit dan harus dicantumkan.¹²⁻¹⁶

Tabel 1. Derajat karsinoma mukoepidermoid.¹⁴

Grading Parameters and Point Values	
Parameter	Point Value
Intracystic Component <20%	+2
Neural invasion present	+2
Necrosis present	+3
Mitosis (4 or more per 10 HPF)	+3
Anaplasia present	+4
Grade	Point Value
Low	0-4
Intermediate	5-6
High	7-14

Seorang pasien dengan karsinoma mukoepidermoid *low grade* mungkin cukup dilakukan eksisi bedah primer dengan hasil yang baik. Jika lesi primer terbatas pada parotis dengan saraf fasialis yang utuh, bisa dilakukan eksisi dengan preservasi saraf fasialis. Beberapa penelitian telah dilakukan mengenai pengobatan karsinoma mukoepidermoid dan sampai saat ini belum ada protokol tetap untuk penatalaksanaannya. Salah satu studi terbesar menyatakan bahwa ada hubungan antara kelangsungan hidup bebas tumor berkaitan dengan derajat dan stadium, angka kelangsungan hidup >95% untuk lesi *low grade*. Lesi *high grade* memiliki sifat yang lebih mirip dengan karsinoma sel skuamosa yang mencerminkan bahwa tingkat agresi tumor yang tinggi.¹⁴⁻¹⁶

Pasien dengan karsinoma mukoepidermoid tipe *high grade* jarang dilakukan hanya eksisi bedah saja. Sampai saat ini, kemoterapi belum terbukti memiliki peran dalam pengobatan keganasan kelenjar liur dan terapi radiasi saat ini menjadi satu-satunya terapi adjuvan pilihan untuk karsinoma mukoepiermoid *high grade* ini. Dalam kasus mukoepidermoid *high grade*, sering dilakukan penatalaksanaan yang kompleks.

Mulai dari bedah eksisi primer dengan diseksi leher bila kelenjar getah bening terlibat dan diikuti dengan radiasi adjuvan.^{14,16}

Pada pasien tumor *high grade* sering tidak ditemukan adanya pembesaran kelenjar getah bening regional secara klinis. Padahal hampir 40% pasien tumor *high grade* melibatkan kelenjar getah bening regional, sedangkan tumor *low grade* tidak ditemukan pembesaran kelenjar getah bening. Hal ini sering menimbulkan keraguan untuk melakukan diseksi leher.^{14,16}

Prognosis

Dalam kebanyakan kasus tumor *high grade* pada karsinoma mukoepidermoid, terapi radiasi adjuvan dianjurkan untuk meningkatkan kontrol lokoregional. Karsinoma mukoepidermoid *high grade* adalah tumor agresif dengan prognosis yang buruk dibandingkan varian *low grade*. Angka kekambuhan lokoregional pada kasus tumor *high grade* terjadi pada 43,5 % kasus pada waktu 3 tahun bebas penyakit. Sedangkan angka kelangsungan hidup 5 tahun bebas penyakit mencapai 30 %.^{16,17}

Tabel 2. Stadium menurut AJCC.¹⁴

ANATOMIC STAGE/PROGNOSTIC GROUPS			
Stage I	T1	N0	M0
Stage II	T2	N0	M0
Stage III	T3	N0	M0
	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
Stage IV	T3	N1	M0
	T4a	N0	M0
	T4a	N1	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
Stage IVB	T3	N2	M0
	T4b	N2	M0
	T4b	Any N	M0
Stage IVC	Any T	N3	M0
	Any T	Any N	M1

Laporan Kasus

Seorang pasien wanita umur 18 tahun datang pada tanggal 13 Juli 2015 ke poliklinik THT-KL dengan keluhan utama benjolan dibawah daun telinga

kiri sejak 10 tahun yang lalu, mengeluarkan cairan bening, tidak berwarna dan tidak berbau. Mula-mula benjolan kecil, semakin lama semakin membesar, sejak 5 tahun yang lalu bengkak pecah sendiri dan mengeluarkan cairan bening yang tidak berbau. Saat ini benjolan seukuran lebih kurang sebesar bola tenis (Gambar 1). Air liur dirasakan tidak bertambah atau berkurang. Tidak terdapat hidung tersumbat, hidung berdarah, pandangan ganda, telinga berdenging, telinga terasa penuh, keluar cairan dari telinga, kebas dipipi kanan, maupun wajah mencong. Tidak terdapat nyeri menelan, sukar menelan, sukar membuka mulut. Tidak ditemukan benjolan dileher, ketiak maupun lipat paha. Penurunan berat badan tidak ada, pasien sudah pernah berobat ke dokter bedah tumor dan disarankan eksterpasi tumor dengan resiko wajah yang pasti mencong. Pasien tidak pernah berobat ke dokter lagi, hanya menjalani pengobatan non medis. Pasien adalah seorang pelajar.



Gambar 1. Foto pasien sebelum operasi

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum sedang, komposmentis kooperatif, tekanan darah 110/70mmHg, nadi 80x/menit, nafas 20x/menit, suhu afebris. Pemeriksaan telinga dan hidung dalam batas normal. Pemeriksaan tenggorok arkus faring simetris, uvula ditengah, tonsil T1-T1 tenang, dinding posterior faring tenang. Tidak ada tampak benjolan dirongga mulut dan orofaring. Pemeriksaan regio parotis dekstra didapatkan massa ukuran 7x7x6cm, kenyal padat, mobile, nyeri tekan tidak ada dan tampak ulkus. Regio coli tidak teraba pembesaran kelenjar getah bening. Tanda paresis saraf fasialis dan parestesi tidak ada, House-Brackmann (HB) I. Pasien di diagnosis kerja dengan tumor regio parotis dekstra (Gambar 1).

Pada pemeriksaan Biopsi Aspirasi Jarum Halus (BAJAH) tanggal 13 Juli 2015, no PA SSD.0479-15 ditemukan aspirasi cairan kecoklatan. Mikroskopik tampak kelompokan sel inti monomorf dengan kohesif kuat, sebagian tampak dengan stroma fibromiksoid dan fibrillar. Gambaran sitologi memberikan kesan suatu lesi jinak parotis, kemungkinan adenoma pleomorfik.

Pada pemeriksaan tomografi komputer parotis tanggal 25 Juni 2015, tampak massa padat dengan komponen kistik multiloculated yang mengobliterasi kelenjar parotis kiri, batas tak tegas, tepi ireguler yang melibatkan kutis dan sub kutis. Ukuran 5,5x6x6,67cm. Memberikan kesan massa di regio parotis kiri suspek tumor parotis yang mendorong nasofaring kiri (Gambar 2).

Hasil laboratorium darah dalam batas normal. Berdasarkan data klinis diatas, pasien di diagnosis dengan adenoma pleomorfik parotis sinistra dan direncanakan parotidektomi superfisial.



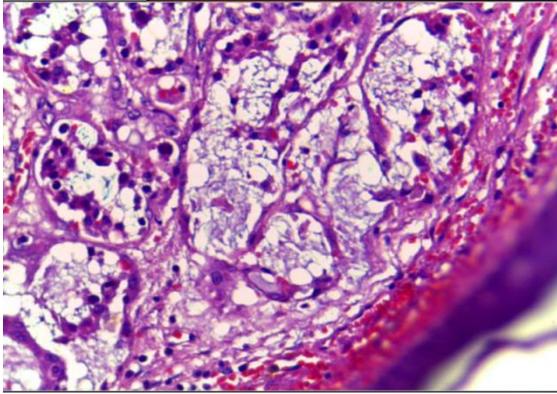
Gambar 2. CT Scan potongan Axial.

Pada tanggal 10 agustus 2015, dilakukan operasi parotidektomi superfisial dengan preservasi saraf fasialis atas indikasi adenoma pleomorfik parotis sinistra dalam anestesi umum. Pasien tidur dengan posisi kepala lebih tinggi 30 derajat dengan wajah mengarah kesisi kanan dalam anestesi umum, dilakukan tindakan aseptik-antiseptik pada daerah lapangan operasi, dilakukan infiltrasi dengan obat

adrenalin 1: 200.000, pada lokasi yang akan diinsisi. Dilakukan insisi didepan tragus, menyusuri daun telinga sampai tip mastoid, kemudian dilanjutkan insisi dilanjutkan ke retroaurikula hingga daerah tepi tumor dengan mengelilingi tumor. Batas insisi 2mm di daerah tepi tumor. Jaringan tumor dibebaskan dari jaringan sehat di sekitarnya, sampai bertemu jaringan sehat dibawah tumor (arah medial), kemudian diidentifikasi mastoid, otot sternokleidomastoideus dan otot digastrikus venter posterior,identifikasi kartilago tragus (*tragal pointer*). Tampak cabang utama dari saraf fasialis dan ditelusuri, dilakukan eksisi jaringan tumor, tampak bagian jaringan yang sudah mengalami infeksi. Dilakukan diseksi dan pengangkatan tumor. Perdarahan dirawat, dilakukan pemasangan drain, dilakukan penjahitan luka operasi lapis demi lapis dan terakhir dilakukan penjahitan kulit dengan Prolene 5.0, operasi selesai.

Pasca operasi diberikan terapi injeksi antibiotik sefoperazon 2x1 gram intra vena (iv), injeksi deksametason 3x5 mg (iv), injeksi ranitidin 2x50 mg (iv), tramadol 50mg drip dalam larutan Ringer Laktat 8 jam/kolf. Pasca operasi hari pertama tidak ditemukan wajah mencong, tidak dijumpai pipi kebas dan demam. Pada drain terdapat darah \pm 50 cc, status lokalis telinga, hidung dan tenggorok dalam batas normal. Pemeriksaan saraf fasialis, House-Brackmann (HB) I.

Pada hari ke-3 pasca operasi, tidak ada wajah kebas dan demam, drain darah \pm 5 cc, dilakukan pembukaan perban dan drain, didapatkan luka operasi tenang, terapi deksametason dihentikan dan diganti dengan thinoridine HCl 3x1 tablet. Hasil pemeriksaan histopatologi dengan hasil tampak dibawah epitel berlapis gepeng proliferasi hebat sel kelenjar dengan sel pleomorfik, inti vesikuler, nukleoli nyata. Sebagian tumbuh memadat, sebagian menunjukkan adanya musin, banyak jaringan ikat, jaringan fibrotik yang hebat dengan infiltrasi sel dan tampak pertumbuhan berpapil papil. Kesan adalah suatu karsinoma mucoepidermoid kelenjar liur *low grade* stadium III (T3N0M0) (Gambar 3).



Gambar 3. Hasil pemeriksaan histopatologi.

Hari ke 4 pasca operasi, pasien pulang, dilakukan penggantian perban. Tidak ditemukan wajah mencong dan ludah bercampur darah. Dilakukan pembukaan jahitan selang-seling, pasien diberikan terapi levofloxasin 1x500 mg, thinoridine HCl 3x1 tablet dan asam mefenamat yang diberikan apabila nyeri.

Kontrol hari ke 7 pasca operasi, luka jahitan baik, terdapat cairan dari bagian belakang telinga ± 2 cc, berwarna kuning muda, encer, tidak berbau. Cairan tidak bertambah banyak saat pasien makan. Luka jahitan tenang, dilakukan pembukaan jahitan seluruhnya. Terapi pasien dilanjutkan. Pada pasien dianjurkan agar mengganti kasa pembalut luka apabila basah. Terapi dilanjutkan dengan levofloxasin 1x500mg dan thinoridine HCl 2x1 tablet, Asam mefenamat diminum bila nyeri. Pasien dianjurkan untuk kontrol 3 hari lagi.

Kontrol hari ke 11 pasca operasi, keluhan wajah mencong tidak ada, luka jahitan tampak baik, masih terdapat cairan dari bagian belakang telinga dengan jumlah yang sedikit. Luka bekas operasi dibersihkan dan ditutup perban. Pasien tetap dianjurkan mengganti kasa pembalut apabila basah. Pasien dianjurkan kontrol 5 hari lagi (Gambar 4).

Kontrol hari ke 15, luka jahitan baik, tidak ada cairan keluar atau merembes di bagian belakang telinga (Gambar 4). Pasien disarankan untuk kontrol dua minggu sekali untuk menilai penyembuhan luka, melihat adanya suatu komplikasi dari operasi. Selanjutnya pasien dikonsul ke bagian radioterapi untuk menjalani radioterapi ajuvan sebanyak 6600 centigray yang terfraksinasi sebanyak 33 kali.



Gambar 4. Foto pasien 15 hari post operasi.

DISKUSI

Telah dilaporkan seorang wanita berusia 18 tahun dengan diagnosis pre operasi adenoma pleomorfik parotis sinistra. Pada pasien ini diagnosis suatu adenoma pleomorfik parotis sinistra sesuai dengan hasil BAJAH yang memberikan kesan suatu lesi jinak parotis, kemungkinan pleomorfik adenoma. dengan hasil tomografi komputer parotis dengan kesan, suatu massa di regio parotis kiri yang mendorong nasofaring kiri.

Pada pasien ini dilakukan operasi parotidektomi superfisial dengan preservasi saraf fasialis, karena parotidektomi superfisial adalah standar operasi untuk pengangkatan tumor pada lobus superfisial.^{13,14} Massa tumor dapat dibebaskan dengan baik, dapat diangkat secara utuh, karena massa tumor tidak melibatkan syaraf fasialis juga tidak mengenai lobus profunda dari kelenjar parotis.

Fistula kelenjar liur merupakan komplikasi yang sering muncul setelah dilakukan parotidektomi, dimana air liur akan berkumpul di daerah bekas operasi, sehingga cairan yang terkumpul ini akan keluar melalui celah sehingga terbentuk fistula. Kondisi ini biasanya akan berhenti sendiri karena air liur yang terkumpul dapat diserap kembali. Pada pasien ini fistula menutup sendiri setelah 15 hari pasca operasi.^{5,16}

Pasca operasi, dilakukan pemeriksaan histopatologi tumor dan didapatkan suatu karsinoma mukoepidermoid. Keganasan pada kelenjar liur merupakan suatu kasus yang jarang ditemukan. Boukheris¹⁷ menyampaikan bahwa angka kejadian karsinoma ini sekitar 12 % dari kanker mulut & faring.

Kasus ini sering terjadi pada daerah dengan paparan sinar ultraviolet yang lebih tinggi. Karsinoma mukoepidermoid dari kelenjar liur diyakini muncul dari cadangan pluripotent sel dari saluran-saluran ekskretoris yang mampu terdiri dari epitel skuamosa, kolumnar dan sel-sel mukosa. Angka kejadiannya kurang dari 10% dari semua tumor kelenjar liur, merupakan sekitar 30% dari semua tumor ganas dari kelenjar liur mayor. Karsinoma mukoepidermoid sering mengenai kelenjar parotis.^{17,18}

Boahane *et al* memperkenalkan istilah mukoepidermoid untuk menentukan tumor kelenjar liur yang berbeda ditandai dengan pola campuran dari 2 jenis sel utama: epidermoid dan sel penghasil mukus. Namun, sepertiga jenis sel, sel intermediet, yang tidak terdiri dari mukus atau sepenuhnya epidermoid, sering ditemukan.⁷

Pemeriksaan BAJAH dalam menegakkan diagnosis karsinoma epidermoid merupakan suatu hal yang sangat sulit, karena sitomorfologinya sering tumpang tindih dengan lesi jinak. Juga dikemukakan oleh tingkat akurasi dari pemeriksaan sitologi menggunakan jarum halus hanya 37%, menyebabkan sering terjadi misdiagnosis. Dimana pada kasus ini hasil pemeriksaan BAJAH adalah suatu lesi jinak parotis, kemungkinan adenoma pleomorfik.^{20,21}

Studi Zerpa *et al* menyatakan, pemeriksaan histopatologi terbaik untuk dapat menegakkan diagnosis suatu karsinoma epidermoid adalah dengan biopsi eksisi atau dengan menggunakan teknik bedah beku.²² Hal ini juga dikemukakan oleh Agravat *et al* bahwa apabila lesi tersebut bersifat kistik maka yang sering akan terambil pada saat aspirasi hanyalah material berupa mukus, maka karsinoma epidermoid tidak akan terdiagnosis.¹⁵ Pada kasus ini juga terjadi misdiagnosis akibat dari kemungkinan material yang teraspirasi adalah bagian kistik.

Pasca operasi pasien dikonsulkan ke bagian radioterapi untuk menjalani radioterapi ajuvan. Hal ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh Olsen *et al* yang melakukan follow up selama 5 tahun pada pasien-pasien karsinoma mukoepidermoid *low grade* yang telah dilakukan reseksi bedah dan diberikan radioterapi ajuvan, menemukan angka bebas tumor 100%.²³ Boahane *et al* juga mengungkapkan angka

bebas tumor pada pasien-pasien karsinoma mukoepidermoid yang mendapat radioterapi ajuvan, hingga follow up tahun ke 14 mencapai 90%.⁷ Pasien ini mendapatkan dosis radiasi sebesar 6600 *centigray* yang terfraksinasi sebanyak 33x (setiap kali pemberian dengan dosis 200 *centigray*).

SIMPULAN

Karsinoma epidermoid merupakan keganasan yang paling sering ditemui di kelenjar liur mayor. Biopsi aspirasi jarum halus memiliki tingkat sensitifitas dan spesififikasi yang tinggi pada lesi jinak tapi tidak pada keganasan. Penatalaksanaan karsinoma epidermoid adalah dengan reseksi bedah dan dilanjutkan dengan radioterapi ajuvant.

DAFTAR PUSTAKA

1. Rohan R, Walveltar Bridget C, Loehn MegluJn N, Wilson. Anatomy and physiology of salivary gland Dalam: Bailey BJ, editor (penyunting). Bailey Head and Neck Surgery Otolaryngology. Edisi ke-5. , Philadelphia: Lippincott- Raven Publisher; 2014.hlm.691-701.
2. Ballenger JJ. Disease of salivary gland. Dalam: Lea & Febinger. Disease of the nose, throat, ear, head & neck. Philadelphia; 1996.hlm. 507-19.
3. Sunwoo JB, James S, Lewis J, McJunkin J, Sequeira SS. Malignant Neoplasms of the salivary glands. Dalam: Flint PW, Haughey BH, Lund VJ, Niparko JK, Richardson MA, Robbins KT, *et al*, editor (penyunting). Cummings Otolaryngology Head & Neck Surgery. Edisi ke-5. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2010.hlm.1179-84.
4. Shah PJ, Patel SG. Salivary gland. Dalam: Head and Neck Surgery Oncology. Edisi ke-3, Newyork: Mosby; 2003.hlm.439-52.
5. Young S, Oh Matthew S, Rusell David W. Eisele. Salivary gland neoplasm. Dalam: Bailey BJ, editor (penyunting). Bailey Head and Neck Surgery Otolaryngology. Edisi ke-5. Philadelphia: Lippincott- Raven Publisher,. 2014 : P 1760-81.
6. Michael DM. Surgical anatomy of head and neck. Dalam: Shawn DN, Karen TP, editor (penyunting). Baileys Head and Neck Surgery Otolaryngology,

- Edisi Ke-5, Philadelphia: Lippincott William & Wilkins, a Wolters Kluwer business; 2014.hlm.3-17.
7. Boahene DO, Olsen KD, Lewis JE, Pinheiro A, Pankratz V, Bagniewski SM. Mucoepidermoid carcinoma of the parotid gland: The Mayo clinic experience. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2004;130(7):849-56.
 8. Niamtu J. Cervicofacial rhytodectomy. Dalam: Dolan J, Sprehe C, editor (penyunting). *Cosmetic Facial Surgery.* Mosby; 2011.hlm. 247-69.
 9. Arrangoiz K, Papavasiliou P, Sarcu D, Galloway T, Ridge J, Lango M. Current thinking on malignant salivary gland neoplasm. *Journal of Cancer Treatment and Research.* 2013;1(1):8-24.
 10. Ho K, Lin H, Ann DK, Chu PG, Yen Y. An overview of the rare parotid gland cancer. *Head & Neck Oncology.* 2011.hlm.3-40.
 11. Ozawa H, Tomita T, Sakamoto K, Tagawa T, Fujii R, Kanzaki S, *et al.* Mucoepidermoid carcinoma of the head and neck: clinical analysis of 43 patients. *Jpn J Clin Oncol.* 2008;38(6):414-8.
 12. Jeong HS, Chung MK, Son YI, Choi JY, Kim HJ, Ko YH, *et al.* Role of 18F-FDG PET/CT in management of high-grade salivary gland malignancies. *J Nucl Med.* 2007;48(8):1237-44.
 13. Goode RK, Auclair PL, Ellis GL. Mucoepidermoid carcinoma of the major salivary glands. *Cancer.* 1998;82(7):1217-24.
 14. C. Carolyn C, David R. Salivary gland in American Joint Committee on Cancer Staging Manual. Edge S. Seventh editor (penyunting). Springer New York Dordrecht Heidelberg London, Philadelphia. 2012.hlm.79-82.
 15. Agravat AH, Dhruva GA, Pujara KM, Sanghvi HK. Role of fine needle aspiration cytology in salivary gland pathology and its histopathological correlation: a two year prospective study in western india. *Online J Health Allied Scs.* 2012;11(3):5.
 16. McHugh CH, Roberts DB, El-Naggar AK, Hanna EY, Garden AS, Kies MS, *et al.* Prognostic factors in mucoepidermoid carcinoma of the salivary glands. *Cancer.* 2012;118(16):3928-36.
 17. Boukheris H, Curtis RE, Land CE, Dores GM. Incidence of carcinoma of the major salivary glands according to the WHO classification, 1992 to 2006: a population-based study in the United States. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2009;18(11):2899-906.
 18. Carlson ER, Webb DE. The diagnosis and management of parotid disease. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am* 2013; 25:31-48.
 19. Kashiwagi N, Dote K, Kawano K, Tomita Y, Murakami T, Nakanishi K, *et al.* MRI findings of mucoepidermoid carcinoma of the parotid gland: correlation with pathological features. *Br J Radiol.* 2012;85(1014):709-13.
 20. Mahesh KU, Potekar RM, Saurabh S. Cytological diagnosis of mucoepidermoid carcinoma of parotid - A diagnostic dilemma. *Int J Med Sci Public Health.* 2013; 2(2): 462-4.
 21. Dere Y, Celik S, Celik O, Derin S, Sahan M. cytologically diagnosed and histologically confirmed high grade mucoepidermoid carcinoma. *Intl J Of Advancement In Case Reports,* 2015; 2 (15):923-6.
 22. Zerpa V, Cuesta Gonzales MT, Agostini Porras G, Marcano Acuna M, Estelles Ferriol E, Dalmau Galofre J. Diagnostic accuracy of fine needle aspiration cytology in parotid tumours. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2014;65(3):157-61.
 23. Olsen MP, Mitchell AO, Miles EF. Postoperative Radiation Therapy for Parotid Mucoepidermoid Carcinoma. *Case Reports in Oncological Medicine.* 2014;2014:4.