

EKSTIRPASI SCHWANOMA HIPOFARING DENGAN PENDEKATAN EKSTERNAL FARINGOTOMI (Laporan Kasus)

Puji Kurniawan, Achmad.C. Romdhoni

Dep/SMF Ilmu Kesehatan Telinga Hidung Tenggorok
Bedah Kepala dan Leher

Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga-RSUD Dr. Soetomo Surabaya

PENDAHULUAN

Schwanoma pertama kali dijelaskan oleh Verocay pada tahun 1908, yaitu suatu tumor jinak yang berasal dari sel Schwann pada selubung sel syaraf.¹ Persentasi kejadian schwanoma dari keseluruhan tumor jinak diseluruh tubuh hanya berkisar 5%.² Schwanoma paling sering terjadi di daerah kepala dan leher, terutama di ruang parafaring dan juga dapat terjadi pada bagian fleksi atau permukaan ekstremitas.³ Kejadian schwanoma lebih sering didapatkan pada wanita daripada laki-laki dan terlihat pada usia dekade ketiga sampai keenam kehidupan.⁴ Berdasarkan pemeriksaan histopatologi antara 2-10% dari penderita schwanoma di daerah kepala dan leher adalah suatu keganasan.⁵

Schwanoma umumnya merupakan tumor soliter yang tumbuh lambat dan sering tidak didapatkan keluhan maupun gejala neurologis, kecuali ketika terjadi pada penyakit *von Recklinghausen s.* Keluhan atau gejala neurologis yang mungkin dapat ditemui karena adanya efek massa. Biasanya schwanoma dapat bergerak secara bebas, berkapsul, karena sesuai dengan asalnya yaitu dari selubung saraf, menjadikannya suatu tumor yang jinak dengan adanya kapsul tersebut. Schwanoma paling sering terjadi pada nervus servikalis, nervus vagus, batang nervus simpatikus, nervus peroneal, dan nervus ulnaris.¹

Gejala schwanoma di traktus aerodigestif atas dapat berupa disfagia, suara parau, rasa tidak nyaman di tenggorok, rasa mengganjal dan batuk. Gejala tersebut kontinyu atau intermiten dengan rentang waktu beberapa bulan sampai tahunan.⁶ Pada kasus yang berat dapat disertai gejala sumbatan jalan napas, stridor serta sesak, ancaman terjadi asfiksia dan henti napas episodik

kemungkinan disebabkan schwanoma hipofaring menutupi lumen laring.^{6,7} Pada keadaan dengan sumbatan jalan napas atas diperlukan tindakan trakeotomi.⁶

Penatalaksanaan dari schwanoma hipofaring harus dilakukan ekstirpasi total.^{4,6,7,8} Ekstirpasi schwanoma hipofaring harus menyeluruh atau intoto untuk menghindari rekurensi. Teknik ekstirpasi disesuaikan dengan klinis, letak dan ukuran dari schwanoma. Pendekatan operasi yang digunakan dapat melalui intra oral atau eksternal. Pendekatan eksternal yang dapat digunakan yaitu faringotomi lateral, pendekatan submandibula dan subhioid faringotomi.^{1,6,7}

Tujuan penulisan makalah ini hendak melaporkan satu kasus ekstirpasi schwanoma hipofaring dengan pendekatan eksternal faringotomi.

I LAPORAN KASUS

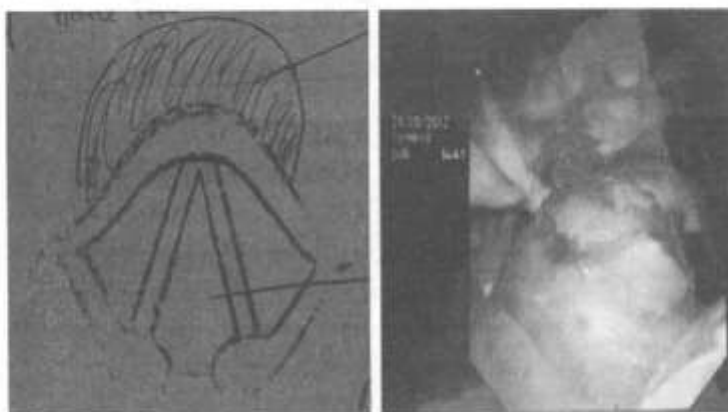
Pada tanggal 29 Maret 2012 datang seorang penderita ke poli THT-KL RSUD Dr. Soetomo, Tuan H, 39 tahun, laki-laki, alamat Jombang. Dengan keluhan utama rasa mengganjal di tenggorok sejak 5 tahun yang lalu. Rasa mengganjal dirasakan semakin memberat tetapi pasien masih bisa makan dan minum dengan lancar. Suara seperti menelan kentang panas atau *plummy-voice* sejak 5 tahun yang lalu dan menetap. Pasien tidak merasakan sesak saat bernafas maupun beraktivitas sehari-hari. Tidak ada keluhan telinga dan hidung. Tidak ada keluhan benjolan di leher atau di tempat lain. Riwayat merokok sejak remaja 6 batang perhari, tidak pernah minum alkohol maupun tidak ada riwayat bekerja terpapar dengan bahan kimia. Tidak ada riwayat diabetes militus (DM) dan hipertensi.



Gambar 2. CT Scan potongan sagital, koronal dan aksial.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum pasien cukup, kesadaran kompos mentis, tidak didapatkan anemia, ikterus, sianosis, dan dispneu. Tanda vital stabil dengan tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 80x/m, frekuensi nafas 20x/menit, dan suhu aksiler 36,5°C. Pada pemeriksaan THT-KL didapatkan telinga dan hidung dalam batas normal. Pada pemeriksaan tenggorok didapatkan tonsil dan faring dalam batas normal. Pada leher tidak didapatkan pembesaran kelenjar getah bening ataupun massa. Pada laringoskopi indirek (LI) tampak massa bulat di hipofaring, permukaan licin, warna seperti warna mukosa. Dilakukan pemeriksaan laringoskop direkta (LD) dan *fiber optic laryngoscope (FOL)* pada tanggal 29 Maret 2012, tampak gambaran tumor bulat licin di hipofaring (gambar 1). Dilakukan biopsi pada massa tumor, terlihat massa mudah berdarah, hasil biopsi dikirim untuk pemeriksaan histopatologi di Lab. patologi anatomi (PA).

Hasil pemeriksaan histopatologi (T. 2043/12) menyebutkan bahwa secara mikroskopis menunjukkan potongan jaringan berbentuk polipoid dilapisi epitel squamous, stroma sembab berupa jaringan ikat fibrous, infiltrasi sel-sel radang limfosit, sel plasma, eosinofil dan tampak pula ekstrasvasasi eritrosit. Tidak tampak proses spesifik maupun tanda keganasan, kesimpulan : *squamous papiloma*. Pada pemeriksaan CT scan didapatkan hasil adanya gambaran massa solid berukuran 4,26 x 4,31 x 4,58 cm di sisi anterosuperior epiglottis yg mengakibatkan penyempitan di hipofaring dan pendesakan epiglottis ke posterior sesuai dengan gambaran massa di hipofaring (gambar 2). Dari hasil pemeriksaan anamnesa, klinis, radiologis dan histopatologi ditegakkan diagnosis *squamous papiloma* hipofaring. Direncanakan untuk dilakukan ekstirpasi *squamous papiloma* hipofaring melalui pendekatan eksternal faringotomi dan didahului dengan trakeotomi.



Gambar 1. Pemeriksaan LD dan FOL.

- a Dinding faring
- b b. Tumor hipofaring

Pada tanggal 05 April 2012 penderita dipersiapkan untuk operasi. Dilakukan pemeriksaan foto toraks dan laboratorium. Pemeriksaan foto toraks posisi-AP (10 April 2012) didapatkan gambaran peradangan paru kemudian penderita dikonsulkan ke poli paru. Kesimpulan dari konsul paru tanggal 20 April 2012 saran teman sejawat paru menyatakan didapatkan bekas peradangan paru yang tidak memerlukan penatalaksanaan khusus,

faal paru normal dengan resiko operasi ringan. Pemeriksaan jantung pada tanggal 12 April 2012

menunjukkan *cardiac risk index (CRI)* kelas I, tidak ada penatalaksanaan khusus. Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 31 Mei 2012 menunjukkan hasil dalam batas normal. Hasil Lab. sebagai berikut; GDA : 88, SGOT : 24, SGPT : 21, Albumin : 4,7, BUN : 14, Kreatinin serum : 1,1, Kalium : 4,4, Kalsium : 9,2 PPT : 10,1, APTT : 29,1, Lekosit : 3780/uL, Hb : 13,3, Trombosit : 188000/uL, Natrium : 140 dan Klorida : 101.

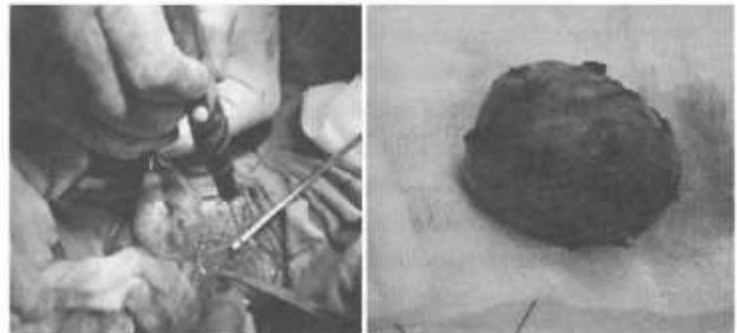
Operasi dilakukan pada tanggal 1 Agustus 2012 di OK 511 Gedung Bedah Pusat Terpadu (GBPT) dengan general anestesi (GA). Pertama dilakukan trakeotomi dan intubasi sampai selesai operasi pukul 08.30-09.00 dan 09.30-13.00. (Preoperasi dilakukan *sermon of relaxation (SOR)*, *informed consent* dan puasa 6 jam sebelum operasi sesuai anestesi. Pasien diminta istirahat cukup dan berdoa. Diberikan profilaksis ceftriaxon 2 gram *in fuse line (iv)*). Pasien posisi terlentang, kepala ekstensi dengan kepala miring ke kanan. Dilakukan pemasangan *nasogastric tube (NGT)*. Disinfeksi lapangan operasi dengan *providon iodine 10%*, lapangan operasi dipersempit dengan dock steril. Membuat marker insisi dengan *methylen blue* kemudian dilakukan insisi pada garis insisi setelah dilakukan infiltrasi dengan lidocain : epinefrin = 1/200.000. Dilakukan insisi berbentuk melengkung mulai dari bawah prosesus mastoid kiri ke arah bagian median submentalis (gambar 3). Luka insisi diperdalam lapis demi lapis secara tajam dan tumpul sampai tampak Os.hioid.



Gambar 3. Posisi pasien terlentang hiperekstensi.

Dilakukan pemotongan otot-otot suprahioid pada perlekatannya di tepi atas Os. hioid

diperdalam sampai tampak massa tumor. Dilakukan pembebasan tumor dari jaringan sekitarnya secara tumpul, tidak ditemukan tangkai tumor. Didapatkan tumor terletak submukosa. Dilakukan pengambilan tumor secara *intoto* kemudian dikirim untuk pemeriksaan PA. Tumor berberbentuk bulat permukaan licin berkapsul, diameter sekitar 4 cm (gambar 4). Mukosa hipofaring masih intak. Perdarahan yang terjadi dirawat dengan suction dan kauter. Dilakukan pemasangan *redont drain*. Dilakukan penutupan operasi dijahit lapis demi lapis.



Gambar 4. Ekstirpasi schwannoma dengan pendekatan eksternal faringotomi.

Operasi berlangsung selama tiga setengah jam dan pada operasi tidak didapatkan kesulitan. Postoperasi pasien mendapat IVFD RD5:D5 = 2:1, Ceftriaxon 2x1gram iv, ranitidin 2x 50 mg iv, ondancentron 3x 4 mg iv dan ketorolak 3x 30 mg iv. Diet sonde dimulai 12 jam postops dengan susu 50 cc/4 jam, dinaikkan bertahap. Monitoring dilakukan terhadap keluhan, tanda vital dan produksi drain. Evaluasi pada hari ke-3 (tanggal 4 Agustus 2012) didapatkan produksi drain serus minimal, sehingga diputuskan dilakukan pengangkatan drain. Post operasi hari ke-5 dilakukan tes minum, pasien bisa menelan dengan baik dan tidak ada nyeri telan. *Nasogastric tube* diangkat, penderita mulai diet lunak per oral, pasien juga dilatih untuk tutup kanul trakeotomi dan pasien tidak merasakan sesak. Dilakukan dekanulasi VK poli. Dilakukan angkat jahitan sebagian dan pasien keluar rumah sakit (KRS) pada hari itu (gambar 5).



Gambar 5. Decanulasi.

Postoperasi hari ke-7 (tanggal 8 Agustus 2012) pasien kontrol ke poli onkologi satu atap (POSA)THT-KL. Masih didapatkan *plummy-voice*, makan minum lancar tidak ada rasa mengganjal. Luka operasi sembuh baik, dilakukan angkat jahitan yg masih tersisa. Pasien datang membawa hasil PA(T.4699/12). Secara mikroskopis didapatkan jaringan tumor berkapsul terdiri dari sel-sel berinti spindel sebagian bergelombang yang tersusun longgar dalam stroma miksomatik, sebagian kecil tersusun palisading. Diantaranya didapatkan banyak pembuluh darah dan area perdarahan, tidak tampak tanda keganasan, kesimpulan : schwanoma. Tanggal 27 Agustus 2012 pasien kontrol ke POSA THT-KL, *plummy voice* mulai berkurang. Makan minum lancar, tidak ada rasa mengganjal, serta luka operasi sembuh baik (gambar 6).

I PEMBAHASAN

Schwannoma suatu tumor jinak yang berasal darisel Schwan pada sel syaraf. Persentasi kejadian schwannoma dari keseluruhan tumor jinak diseluruh tubuh hanya berkisar 5%.² Schwannoma paling sering terjadi di daerah kepala dan

leher,terutama di ruang parafaring dan juga dapat terjadi pada bagian fleksi atau permukaan ekstremitas.³ Kejadian schwannoma lebih sering didapatkan pada wanita daripada laki-laki dan terlihat pada usia dekade ketiga sampai keenam kehidupan.⁴ Berdasarkan pemeriksaan histopatologi antara 2-10% dari penderita schwannoma di daerah kepala dan leher adalah suatu keganasan.⁵

Gejala schwannoma hipofaring tidak spesifik dan tumbuh secara perlahan mulai dengan bulanan sampai tahunan.^{2,4} Gejala tersering yaitu disfagia, suara parau, perubahan suara, rasa tidak nyaman di tenggorokan, rasa mengganjal, sensasi benda asing di tenggorok, batuk dan dapat disertai sumbatan jalan napas, stridor dan sesak.^{2,6} Pada kasus ini didapatkan keluhan rasa mengganjal di tenggorok sejak 5 tahun, terdapat perubahan suara tetapi masih belum didapatkan keluhan sesak maupun tanda sumbatan jalan napas.

Pada daerah kepala dan leher schwannoma paling sering terdapat pada ruang parafaring.³ Enzinger dan Weiss mengelompokkan empat varian schwannoma, yaitu: *common schwannoma*, *plexiformneurilemoma*, *schwannoma selular* dan *ancient schwannoma*, yang kesemuanya tergolong



Gambar 6. Pasien kontrol tanggal 27 Agustus 2012.

tumor jinak. Bentuknya secara makroskopis dan mikroskopis pada *ancient schwannoma* dan *schwannoma seluler* dapat disalahartikan sebagai suatu sarkoma oleh bagian patologi anatomi.¹

Beberapa pemeriksaan dapat dilakukan untuk menegakkan diagnosis schwannoma hipofaring diantaranya adalah laringoskopi serat optik (FOL), *CT scan* dan *MRI*. Pada pemeriksaan *CT scan* tampak sebagai suatu lesi homogen, nilai ionisasi radiasi serta densitas yang sama dengan jaringan lunak.⁹ *CT scan* dapat menggambarkan perluasan tumor dengan akurasi 79-90 %. Pemeriksaan dengan *MRI* memiliki kelebihan tidak terpaparnya pasien dengan ionisasi radiasi dan kontras iodin.^{9,10,11,12} Pada kasus ini dilakukan pemeriksaan laringoskopi indirek (LI) tampak masa bulat di hipofaring, permukaan licin, warna seperti warna mukosa. Dilakukan pemeriksaan laringoskop direkta (LD) dan FOL, serta pemeriksaan *CT scan* didapatkan gambaran masa solid berukuran 4,26 x 4,31 x 4,58 cm di sisi anterosuperior epiglotis yang mengakibatkan penyempitan hipofaring dan mendesak epiglotis ke posterior.

Berdasarkan histopatologi, schwannoma digambarkan sebagai sel yang bertingkat, inti *atypia*, sering terdapat sel-sel dengan inti multilobular besar yang hiperkromatik.^{1,13,14} Pada *cellularity* terdapat kemungkinan peningkatan fokal di kedua daerah terdapat sel tersusun palisading atau area Antoni A dan daerah stroma yang miksomatik atau daerah Antoni B.¹³⁻¹⁵ Tidak adanya aktivitas mitosis yang membuat diagnosis schwannoma adalah jinak meskipun *cellularity* dan *atypia*.¹³⁻¹⁶ Dapat diketemukan pula perubahan sekunder atau degeneratif jaringan seperti perdarahan, perivaskuler, kalsifikasi serta pembentukan kista.^{1,2,13,14} Pada kasus ini pasien datang membawa hasil PA(T.4699/12), yang secara mikroskopis sesuai didapatkan jaringan tumor berkapsul terdiri dari sel-sel berinti spindel sebagian bergelombang yg tersusun longgar dalam stroma miksomatik, sebagian kecil tersusun palisading.

Penyebab pasti schwannoma masih belum diketahui. Beberapa teori mengenai terjadinya

schwannoma yaitu hiperplasi sel Schwann, embriogenetik sel, peranan faktor familial dan endokrin, trauma, infeksi atau kondisi iritasi kronik.⁸ Belum jelas didapatkan adanya keterkaitan penggunaan alkohol, merokok dan paparan pekerjaan dengan bahan kimia toksik.^{4,10,12} Pada kasus ini didapatkan faktor resiko merokok, tetapi tidak didapatkan minum alkohol maupun paparan bahan kimia toksik.

Penatalaksanaan dari schwannoma hipofaring harus dilakukan ekstirpasi total.^{4,6,7,8} Teknik ekstirpasi disesuaikan dengan klinis, letak dan ukuran dari schwannoma. Pendekatan operasi yang digunakan dapat melalui intra oral atau eksternal. Operasi melalui intraoral dapat dilakukan dengan endoskopi menggunakan laser CO₂. Pendekatan eksternal yang dapat digunakan yaitu faringotomi lateral, pendekatan submandibula dan subhioid faringotomi.^{1,6,7} Pada kasus ini dilakukan ekstirpasi schwannoma hipofaring dengan faringotomi. Ekstirpasi schwannoma hipofaring harus menyeluruh untuk menghindari rekurensi. Diperlukan evaluasi pasca operasi dengan jangka waktu yang cukup lama untuk deteksi rekurensi.⁶

KESIMPULAN

Telah disampaikan satu kasus tentang schwannoma hipofaring yang dilakukan ekstirpasi dengan pendekatan eksternal faringotomi yang sebelumnya dilakukan trakeotomi lebih dahulu. Pada kasus dengan keluhan rasa mengganjal di tenggorok, perubahan kualitas suara, adanya ancaman sumbatan jalan napas atas, perlu pemeriksaan yang tepat untuk mendeteksi penyebabnya. Diantara berbagai penyebab, salah satu yang mungkin terjadi suatu tumor jinak schwannoma pada hipofaring, sehingga penegakan diagnosis dapat lebih terarah dan tepat. Penatalaksanaan schwannoma hipofaring yang besar sebaiknya dilakukan ekstirpasi *intoto* melalui pendekatan eksternal faringotomi. Pada kasus ini ekstirpasi dengan pendekatan insisi suprahioid untuk mencapai akses yang luas.

DAFTAR PUSTAKA

1. Moore CE, Putzi M, McClatchey KD dan Terrell J. Ancient schwannoma of the posterolateral pharynx: a benign lesion commonly mistaken for sarcoma. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1997; 117: 125-28
2. Kransdroft MJ. Benign soft tissue tumors in a large referral population. *AJR* 1995; 164:395-402
3. Argeny ZB, Balogh K, Abraham AA. Degeneratif ("ancient") change in benign cutaneous schwannoma. a light microscopic, histochemical dan immunohistochemical study. *J Cutan Pathol* 1993; 20:148-53.
4. Cherrick HM, Eversole LR. Ancient neurilemmoma of the oral cavity. *Oral Surg* 1971; 32:900-9.
5. Triaridis C, Tsalighopoulos MG, Kouloulas A, Vartholomeos A. Posterior pharyngeal wall schwannoma (case report). *J Laryngol Otol* 1987; 101:749-52.
6. Agrawal A, Pandit L, Bhandary S, Makanavar JH, Srikrishna U. Glossopharyngeal schwannoma: diagnostic and therapeutic aspects. *Singapore Med J* 2007; 48:181-5
7. Olsen KD. Tumors and surgery of the parapharyngeal space. *Laryngoscope* 1994; 104:1-28
8. Thompson LDR, Smith JCF, Bernes L. Benign soft tissue tumor. In : barnes L, Everson JW, Reichart P, Sidransky D. World organization clasification of tumour. Pathology and genetic head and neck tumours. Lyon: IARC press, 2004.
9. Furukawa M, Furukawa MK, Katoh K, Tsukuda M. Differentiation between schwannoma the vagus nerve and schwannoma of the cervical sympathetic chain by imaging diagnosis. *Laryngoscope* 1996; 106:1548-52
10. Dahl I. Ancient neurilemmoma (schwannoma). *Acta Pathol Immunol Scand* 1977; 85:812-8.
11. Marks RB, Carr RF, Kreller AJ. Ancient neurilemmoma of the oral cavity: case report. *J Oral Surg* 1976; 34:73 1-5.
12. Eversole LR, Howell RM. Ancient neurilemmoma of the oral cavity. *Oral Surg* 1971; 32:440-3.
13. McCoy JM, Mincer HH, Turner JE. Intraoral ancient neurilemmoma (ancient schwannoma): case report with histologic and electron microscopic studies. *Oral Surgery* 1983; 56:174-84.
14. Rasbridge SA, People NL, Tighe JR, Fletcher CDM. Malignant nerve sheath tumour arising in benign ancient schwannoma. *Histopathology* 1989;14:525-8.
15. Ryd W, S Mugal, Ayyast K. Ancient neurilemmoma: a pitfall in the cytologic diagnosis of soft-tissue tumors. *Diagn Cytopathol* 1986, 2 (3) :244-7.
16. Maniglia AJ, Chandler SR, Goodwin WJ, Parker JC. Schwannomas of the parapharyngeal space dan jugular foramen. *Laryngoscope* 1979; 89:1405-14.