

Karsinoma Serviks Uteri Deteksi Dini dan Penanggulangannya

M. Fauzie Sahli

Sub Bagian Onkologi Ginekologi Bagian Obstetri & Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara
Rumah Sakit Dr Pirmgadi, Medan

PENDAHULUAN

Kanker kandungan masih menempati urutan teratas dari seluruh kanker yang menyerang kaum wanita. Menurut data Departemen Kesehatan di Indonesia saat ini kanker leher rahim menempati urutan pertama dari seluruh kanker yang menyerang penduduk Indonesia. Di samping jumlah penderitanya yang cukup banyak, ternyata lebih dari separuh penderita kanker leher rahim ini datang ke fasilitas pengobatan sudah dalam tingkat (stadium) lanjut. Akibatnya penderita kanker leher rahim ini memerlukan fasilitas pengobatan yang khusus serta biaya yang mahal, sebaliknya angka kesembuhan atau ketahanan hidup lima tahunnya sangat rendah yaitu berkisar antara 20 – 40%.

Ada dua faktor pokok yang sangat membantu dalam penanggulangan kanker leher rahim ini yaitu :

– Pertama, perjalanan perkembangan penyakit ini telah dapat diketahui; sebelum menjadi kanker ternyata penyakit kanker leher rahim ini didahului oleh adanya lesi prakanker yang disebut *Cervical Intraepithelial Neoplasia (CIN)* atau Neoplasia Intraepitel Serviks (NIS). Lesi prakanker ini berlangsung cukup lama yaitu memakan waktu antara 10 – 20 tahun.

– Kedua, telah ditemukan metode untuk mendeteksi perubahan serviks uteri pada keadaan prakanker dengan pemeriksaan yang sederhana, murah dan tidak menimbulkan perasaan sakit yang dikenal dengan nama pemeriksaan Pap smear atau Tes Pap.

Dengan adanya kedua faktor tersebut di atas, kita dapat melakukan usaha-usaha untuk menemukan kelainan pada serviks uteri dalam tahap prakanker, sehingga kejadian karsinoma serviks uteri dapat dicegah.

LESI PRAKANKER (NEOPLASIA INTRAEPITEL SERVIKS)

Secara histopatologi karsinoma serviks terdini dari 2 jenis,

yaitu: jenis karsinoma epidermoid (95%) dan jenis adenokarsinoma (5%). Proses perubahan sel kolumnar endoserviks menjadi sel skuamosa ektoerviks terjadi secara fisiologik pada setiap wanita yang disebut sebagai proses metaplasia. Karena adanya faktor-faktor risiko yang bertindak sebagai ko-karsinogen, proses metaplasia fisiologis ini dapat berubah menjadi proses displasia yang bersifat patologis.

Adanya proses displasia inilah yang dinamakan sebagai lesi prakanker atau disebut sebagai *Cervical Intraepithelial Neoplasia (CIN)* atau Neoplasia Intraepitel Serviks (NIS).

Lesi prakanker serviks tersebut di atas dibagi menjadi :

CIN I : sesuai dengan displasia ringan.

CIN II sesuai dengan displasia sedang.

CIN III : sesuai dengan displasia berat.

Sehingga perkembangan kanker leher rahim dapat digambarkan sebagai berikut :

CIN I → CIN II → CIN III → CIS → Ca invasif.

CIS = *Carcinoma In situ*.

Lamanya waktu yang diperlukan untuk perkembangan dari CIN I atau displasia ringan sampai menjadi karsinoma *in situ* dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1. Waktu yang Diperlukan oleh Penderita Displasia untuk Menjadi Karsinoma Insitu

Tingkat Displasia	Waktu (bulan)
sangat ringan	82 (± 7 tahun)
ringan	58 (± 5 tahun)
sedang	38 (± 3 tahun)
berat	12 (± 1 tahun)

Untuk dapat mendeteksi adanya perubahan epitel serviks

pada masa lesi prakanker ini maka setiap ibu yang sudah pernah melakukan hubungan kelamin, diharuskan menjalani pemeriksaan *Pap smear* paling sedikit sekali setahun sampai berusia 65 tahun, tanpa menunggu adanya keluhan atau gejala lain.

Diagnosis

- 1) Melakukan pemeriksaan *Pap smear* secara rutin setiap tahun terhadap ibu-ibu sejak mulai melakukan hubungan seksual sampai berusia 65 tahun.
- 2) Jika didapatkan hasil *Pap smear* yang abnormal, harus dilakukan pemeriksaan kolposkopi dan biopsi terarah untuk pemeriksaan histopatologi.

Teknik pemeriksaan *Pap smear* :

Dua hari menjelang pemeriksaan, ibu dilarang melakukan senggama maupun memakai obat-obatan yang dimasukkan ke dalam liang senggama. Waktu yang baik untuk pemeriksaan adalah beberapa hari setelah selesai menstruasi.

Ibu dalam posisi litotomi, dipasang spekulum vagina tanpa menggunakan pelicin, dan tanpa melakukan periksa dalam sebelumnya. Setelah portio ditampakkan, maka spatula Ayre ditempelkan pada portio uteri dengan bagian yang lebih panjang dimasukkan ke dalam canalis cervicalis, lalu spatula diputar 180° searah jarum jam. Lendir yang didapat dioleskan pada objek gelas, lalu difiksasi atau direndam dalam larutan alkohol 96%. Sediaan dapat dikirim secara basah (tetap direndam dalam alkohol) atau dikirim secara kering dengan mengeringkan sediaan setelah direndam dalam alkohol 1k. setengah jam.

Selanjutnya sediaan tadi dikirim ke Ahli Patologi Anatomi untuk diperiksa.

Adapun jawaban yang akan kita peroleh dari ahli Patologi anatomi biasanya adalah :

- Kelas I : Normal.
Kelas II : Sel atipik/proses radang.
Kelas III : Mencurigakan ganas (Displasia ringan, sedang dan berat).
Kelas IV : Dijumpai sel ganas jumlah sedikit.
Kelas V : Dijumpai sel ganas jumlah banyak.

- Keterangan : — Kelas I dan II, tergolong *smear* yang negatif.
- Kelas III, mencurigakan ganas, yang harus dijajaki lebih lanjut dengan pemeriksaan kolposkopi dan biopsi. Di dalam kelas III inilah lesi prakanker biasanya terdeteksi.
- Kelas IV dan V, tergolong *smear* yang positif.

Akhir-akhir ini dengan adanya kemajuan interpretasi pemeriksaan *Pap smear*, seorang patologi telah dapat langsung menginterpretasikan hasil *Pap smear* tanpa menggunakan kelas-kelas seperti di atas; sehingga jawaban hasil pemeriksaan *Pap smear* saat ini sering kita jumpai sebagai berikut :

1. Normal *smear*.
2. Atipik/proses radang.
3. Displasia ringan.
4. Displasia sedang.
5. Displasia berat.
6. Karsinoma insitu.
7. Karsinoma mikroinvasif.
8. Karsinoma invasif.

Jika di jumpai hasil yang abnormal yaitu mulai dari kelas III ke atas (displasia ringan dan selanjutnya), maka pasien harus melakukan pemeriksaan kolposkopi dan biopsi untuk memastikan diagnosis dan penanganan selanjutnya. Pemeriksaan sitologi *Pap smear* yang abnormal tidak boleh dijadikan dasar untuk pengobatan, sehingga perlu dilakukan biopsi untuk pemeriksaan histopatologi yang merupakan pemeriksaan final untuk menegakkan diagnosis; barulah berdasarkan hasil pemeriksaan histopatologi tersebut dilakukan tindakan pengobatan.

Ada beberapa kasus yang tidak hanya memerlukan biopsi serviks tetapi juga memerlukan bedah konisasi diagnostik.

Indikasi bedah konisasi diagnostik :

1. Lesi tidak tampak seluruhnya dengan pemeriksaan kolposkopi.
2. Lesi dicurigai berada di endoserviks.
3. Kesenjangan antara hasil *Pap smear* dan basil histopatologi sediaan biopsi.

Pengobatan lesi prakanker :

Pada keadaan CIN I dan CIN II, jika lesinya kecil dapat dilakukan krioterapi, namun jika lesinya luas dilakukan tindakan elektrokoagulasi.

Pada CIN III, jika fungsi reproduksi masih dibutuhkan, dapat dilakukan bedah konisasi, dan jika fungsi reproduksi sudah tidak dibutuhkan lagi, dilakukan histerektomi simpel.

KARSINOMA SERVIKS UTERI

Karsinoma serviks uteri merupakan perkembangan lanjut dari Neoplasia Intraepitel Serviks (NIS); di sini jelas dijumpai sel-sel ganas pads epitel serviks, bahkan telah menginvasi ke dalam stroma serviks.

Penyebab

Sampai saat ini penyebab kanker leher rahim belum diketahui secara pasti. Namun sudah ditemukan beberapa faktor risiko yang ada pads wanita yang memudahkan terserangnya kanker leher rahim.

Di samping itu juga karena akhir-akhir ini kejadian kanker leher rahim banyak dikaitkan dengan infeksi dari *Human Papilloma Virus* (HPV), yang penularannya melalui hubungan seksual (*Sexually transmitted diseases*), maka timbul istilah adanya pria risiko tinggi untuk menimbulkan kanker leher rahim pads isterinya.

Yang tergolong wanita risiko tinggi adalah :

1. Kawin/bersenggama pertama kali pads usia di bawah 20 tahun, terutama jika di bawah 16 tahun.
2. Sosial ekonomi yang rendah.
3. Higiene seksual yang tidak baik.
4. Sering ganti pasangan seksual.
5. Sering melahirkan dengan jarak yang pendek.

Yang tergolong pria risiko tinggi adalah :

1. Riwayat adanya kanker penis (alat kelamin).
2. Riwayat kanker leher rahim pada isteri.
3. Sosial ekonomi rendah.
4. Menderita penyakit hubungan seksual, terutama kondiloma penis.

Gejala klinik

Lesi prakanker dan lesi kanker stadium awal sering tidak menampilkan gejala yang menyolok. Sering mengalami keputihan yang biasanya dianggap sebagai hal yang normal. Dapat mengalami perdarahan pasca senggama (*contact bleeding*), kadang-kadang keluar cairan berbau busuk dari vagina. Pada keadaan lanjut dapat terjadi menometrorrhagia, nyeri panggul/lumbosakral, badan pucat dan kurus, edema tungkai, hematuri atau melena, gejala-gejala metastasis di tempat lain.

Biasanya kematian disebabkan oleh karena gagal ginjal yang disebabkan obstruksi ureter bagian distal oleh massa tumor.

Stadium klinik

Stadium 0 : Karsinoma *insitu*.

Stadium I : Proses terbatas pada uterus, ekstensi ke korpus uteri tidak diperhitungkan.

Ia : Proses belum terdeteksi secara klinis. Diagnosis ditegakkan berdasarkan pemeriksaan patologi.

Ia.1.: *Minimal stromal invasion*.

Ia.2 : Invasi proses dengan kedalaman 5 mm atau kurang, dari membrana basalis, dan penjaralan secara horizontal 7 mm atau kurang.

Ib : Proses lebih besar dari Ia.2.

Stadium II : Proses telah menginvasi keluar uterus, tapi belum mencapai dinding panggul dan sepertiga distal vagina.

Iia : Tanpa invasi ke parametrium.

Iib : Dengan invasi ke parametrium.

Stadium III : Proses menyebar ke dinding panggul, dan/atau melibatkan sepertiga distal vagina, dan/atau menyebabkan hidronefrosis atau gangguan fungsi ginjal.

IIIa : Proses melibatkan sepertiga distal vagina, tanpa ekstensi ke dinding panggul.

IIIb : Proses sampai ke dinding panggul, dan/atau menyebabkan hidronefrosis, atau gangguan fungsi ginjal.

Stadium IVa : Proses menginvasi ke mukosa kandung kemih atau rektum, dan/atau ekstensi keluar pelvis minor.

Stadium IVb : Metastasis jauh.

Diagnosis

Ditegakkan :

- 1) Pemeriksaan *Pap smear* rutin.
- 2) Kolposkopi.
- 3) Biopsi dengan/tanpa kolposkopi.
- 4) Konisasi.
- 5) Gejala klinik.

Diagnosis pasti adalah berdasarkan hasil pemeriksaan histopatologi hasil biopsi atau konisasi.

Pengobatan

Pada stadium *insitu* dan stadium Ia dengan *early stromal invasion*, di mana fungsi reproduksi masih dibutuhkan dapat dilakukan bedah konisasi. Namun jika fungsi reproduksi tidak dibutuhkan lagi, harus dilakukan ekstrasial histerektomi.

Pada stadium Ib sampai Iia, dilakukan histerektomi radikal dan limfadenektomi pelvis. Bagi penderita stadium Ib-Iia dengan kontraindikasi tindakan operasi, dapat diberikan terapi radiasi.

Sedangkan pada stadium Iib dan seterusnya tindakan pembedahan sudah tidak mungkin dilakukan lagi (*inoperable*), sehingga pada kasus-kasus ini pengobatan yang diberikan adalah radioterapi, kemoterapi atau gabungan antara radioterapi dan kemoterapi.

KEPUSTAKAAN

1. Azis MF, Syamsuddin S, Kampono N. Cervical *Intraepithelial Neoplasia and its management*. Indon J Oncol 1990; 2: 47-55.
2. Berek IS, Hacker NF. *Practical Gynecologic Oncology*, Baltimore: Williams & Wilkins, 1989.
3. Disaia PJ, Creasman WT. *Clinical Gynecologic Oncology*, St Louis: CV Mosby, 1981.
4. Gusberg SB, Shingleton HM, Deppe G. *Female Genital Cancer*. New York: Churchill Livingstone, 1988.
5. McGuire WL. *Gynecologic Oncology*. Boston: Martinus Nijhoff Publ, 1983.
6. Syamsuddin S. *Manual Prekanker dan Kanker Serviks Uterus*. Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta, 1985.

It is when we forget ourselves that we do things that will be remembered