

# Beberapa Aspek Deteksi Dini Karsinoma Paru

Luhur Soeroso, Gani W Tambunan

*Bagian Pulmonologi dan Patologi Anatomi Fakultas Kedokteran Universitas  
Sumatera Utara Rumah Sakit Dr. Pirngadi, Medan*

## ABSTRAK

Karsinoma paru yang dijuluki penyakit moderen semakin meningkat. Sebagian besar tumor ini ditemukan pada stadium lanjut. Karsinoma paru erat hubungannya dengan merokok dan polusi udara. Pengenalan klinis yang cermat disertai pemeriksaan radiologis, bronkhoskopi sekaligus sitologi brush dan biopsi, merupakan cara yang biasa dipergunakan untuk menemukan tumor ini sedini mungkin. Tumor yang letaknya di perifer dan sulit dicapai bronkhoskop, alternatif alat diagnostik terbaik adalah biopsi aspirasi transtorakal. apabila dengan cara ini gagal untuk memperoleh spesimen, pilihan lain adalah biopsi dengan teknik mediastigostomi dan torakotomi. Pada kasus yang diduga karsinoma paru dengan pembengkakan kelenjar getah bening supraklavikuler, biopsi aspirasi sering merupakan kunci diagnostik di samping menentukan stadium tumor.

## PENDAHULUAN

Kanker paru merupakan penyakit modern dan universal. Sebelum perang dunia ke dua karsinoma paru jarang dijumpai. Setelah perang dunia ke dua (1950) karsinoma paru semakin meningkat terutama pada pria. Di negara maju, di antara penyakit kanker, karsinoma paru merupakan **penyebab** kematian terbanyak pada pria, sedang pada wanita merupakan urutan ke tiga setelah karsinoma buah dada dan kolorektal. Di Indonesia, karsinoma paru semakin meningkat dan sebagian besar menimbulkan kematian. Insiden karsinoma paru berhubungan erat dengan perokok, polusi udara dan

adanya cacat paru.

Pengamatan klinis yang cermat dan pemeriksaan radiologik yang teliti dan dilanjutkan dengan pemeriksaan **bronkhoskopi sekaligus** biopsi ataupun sitologi **brush merupakan** cara yang optimal untuk diagnosis karsinoma paru. Cara ini **diperkirakan dapat menemukan karsinoma sedini mungkin.** Kemajuan teknologi diagnostik dan terapeutik diharapkan dapat meningkatkan angka harapan hidup pasien. Pada makalah ini dikemukakan berbagai aspek yang berkaitan dengan diagnosis dini karsinoma paru.

## ETIOLOGI

Terjadinya karsinoma paru berkaitan erat dengan rokok, polusi udara dan adanya cacat pada paru. Lebih kurang 80% pasien karsinoma paru diperkirakan karena rokok. *Tar* yang dihasilkan rokok merupakan bahan karsinogenik, melengket pada mukosa saluran nafas dan dalam waktu yang lama menimbulkan perubahan sel epitel : sel epitel menghilang, sel cadangan hiperplasia dan mengalami metaplasia sel skuamos. Lambat laun sel epitel berubah dalam bentuk displasia dan kemudian menjadi karsinoma dalam bentuk berbagai tipe histopatologi.

Polusi udara atau perubahan lingkungan juga dikenal sebagai faktor penyebab karsinoma paru. Buruh yang bekerja di pabrik asbes, nikel dan tambang, insiden karsinoma paru meningkat. Cacat di paru misalnya paru karena kaverne yang menyembuh merupakan tempat yang potensial timbul karsinoma.

## KLASIFIKASI HISTOPATOLOGI

Dalam penanganan paru, tipe histopatologi penting diketahui, sebab ada kaitannya dengan aspek klinis yaitu terapi dan prognosis. Klasifikasi histopatologi yang diajukan oleh WHO dan WP-L (Working Party Lung Cancer System), pada dasarnya sama :

1. Karsinoma sel skuamos
2. Karsinoma sel kecil
3. Karsinoma sel besar
4. Adenokarsinoma

Karsinoma sel skuamos lebih banyak di daerah hilus dan erat kaitannya dengan rokok. Karsinoma sel kecil sifatnya agresif, akan tetapi lebih peka terhadap radioterapi ataupun kemoterapi. Adenokarsinoma lebih banyak di daerah perifer dan sering asimtomatik.

## MANIFESTASI KLINIK

Sebagian besar karsinoma paru ditemukan pada stadium lanjut dengan simtom bervariasi. Penemuan dalam kondisi asimtomatik sangat menguntungkan dari segi penanganan dan prognosis.

## SIMTOM

Simtom karsinoma paru tergantung pada letak tumor, karakter biologis dan tingkat pertumbuhan/penyebaran tumor. Batuk iritatif merupakan simtom permulaan, terutama tumor yang terletak di daerah hilus. Batuk sering campur darah. Sesak nafas dengan nafas nyaring (*wheezing*) dapat terjadi karena obstruksi bronkhus berkaliber besar. Serangan pneumonitis disertai demam dapat terjadi selama beberapa minggu. Rasa sakit di dada merupakan manifestasi atelektasis karena obstruksi total. Kira-kira 25% karsinoma paru asimtomatik dan ditemukan secara kebetulan. Sebagian besar merupakan adenokarsinoma yang letaknya di perifer. Penyumbatan bronkhiali tidak menimbulkan simtom. Akan tetapi bila tumor meluas sentrifugal akan timbul efusi pleura dengan gejala sesak nafas dan sakit.

Massa tumor yang terletak di apeks paru, dapat menekan atau invasi ke pleksus brakhialis dengan simtom sakit pada bahu, lengan dan sindrom Horner yang melibatkan saraf simpatis. Karsinoma ini disebut *Pancoast's tumor* dan gejala yang timbul disebut sindrom Pancoast.

Bila tumor mengalami metastasis, timbul gejala klinik yang bervariasi tergantung pada organ yang terlibat seperti hati, tulang dan susunan saraf pusat dengan gejala neurologik.

## DIAGNOSIS

Anamnesis dan pemeriksaan fisik yang diarahkan pada manifestasi klinik dapat memberi petunjuk kemungkinan karsinoma paru.

## PEMERIKSAAN FISIK

Pada pemeriksaan fisik, jari tangan berbentuk tabuh, bentuk dinding toraks berubah dan trakhea mengalami deviasi. Kadang-kadang tumor di daerah perifer meluas pada dinding toraks dan muncul berupa penonjolan.

Pembesaran kelenjar getah bening di leher dan aksila merupakan manifestasi metastasis karsinoma paru dan dalam keadaan tertentu merupakan kunci untuk diagnostik tumor. Adanya suara nafas nyaring mirip asma bronkhial merupakan simtom karsinoma paru.

Pada stadium lanjut, muncul gejala klinik lebih berat : suara paru, sindrom Homer, sindrom vena cava, sindrom Pancoast dan gejala neurologik.

## RADIOLOGI

Pemeriksaan fluoroskopi atau foto paru merupakan alat diagnostik menentukan. Perselubungan di paru sering misdiagnosis dengan proses spesifik tuberkulosis paru. Bila pengobatan spesifik selama 4-8 minggu tidak membawa perbaikan, sebaiknya dipikirkan kemungkinan karsinoma paru. Perselubungan disertai kalsifikasi lebih banyak disebabkan kelainan jinak. Pada kasus yang meragukan dianjurkan pemeriksaan *CT Scan*.

## BRONKHOSKOPI

Tumor yang letaknya di bronkhus merupakan indikasi untuk bronkhoskopi. Dengan mempergunakan seperangkat alat bronkhoskop fiberoptik, perubahan mukosa bronkhus dapat dievaluasi berupa benjolan atau gumpalan daging. Dalam waktu yang bersamaan dilakukan sitologi *brush* dan biopsi pada massa tumor untuk diagnosis dan identifikasi tipe karsinoma.

Tumor yang letaknya di bronkhus kaliber besar atau sedang, pemeriksaan bronkhoskopi tidak banyak menemukan kesulitan. Akan tetapi bila tumor terletak di perifer, ujung bronkhoskop sulit mencapai massa tumor, pada kasus demikian, alternatif paling baik adalah biopsi aspirasi jarum halus transtorakal.

## BIOPSI ASPIRASI TRANSTORAKAL

Metode biopsi aspirasi transtorakal merupakan salah satu

alternatif untuk diagnosis karsinoma paru terutama yang letaknya di perifer. Prosedur dan teknik sederhana dengan akurasi diagnostik tinggi. Dengan bantuan fluoroskopi tumor dalam rongga dada dapat ditentukan dan insersi jarum tidak sulit dilakukan. Kemajuan teknologi radiologi, memungkinkan biopsi aspirasi lebih mudah dilakukan dengan tuntunan fluoroskopi-TV. Pada kasus yang riskan, sering didahului pemeriksaan *Cf Scan* dan kemudian insersi jarum dapat dilakukan sampai mencapai sasaran yang tepat. Pada kasus demikian terdapat kerjasama yang baik antara radiolog dan patologi.

Apabila pada palpasi kelenjar getah bening teraba nodul besar atau kecil di supraklavikuler, biopsi aspirasi sangat berguna untuk menentukan kemungkinan ada metastasis karsinoma paru. Pada kasus tertentu, di mana bronkoskopi atau biopsi aspirasi transtorakal sulit dilakukan, biopsi aspirasi kelenjar getah bening ini merupakan kunci diagnostik.

### MEDIASTINOSTOMI DAN TORAKOTOMI

Kedua metode ini dilakukan untuk biopsi massa tumor, apabila bronkoskopi atau biopsi aspirasi gagal memperoleh spesimen.

#### Stadium

Sebelum pengobatan biasa ditentukan stadium berdasarkan

sistem TNM. Klasifikasi stadium sistem TNM yang sering dipakai adalah menurut AJC (*American Joint Cancer for Staging*) sbb. :

Stadium <i>occult</i>	: TxNoMo
Stadium I	T1NoMo, T1N1Mo, T2NoMo
Stadium II	: T2N1Mo
Stadium III	: T3 dengan setiap N dan M N2 dengan setiap T dan M M1 dengan setiap T dan N.

#### KEPUSTAKAAN

1. Alsagoff YH. Pendekatan baru dari diagnosis dan klasifikasi kanker paru. Suatu penelitian eksperimental komparatif mumi. Disertasi memperoleh gelar Doktor. Universitas Airlangga, Surabaya 1988.
2. Greco FA, Hande KR. Lung Cancer : management progress and prospect. Lederle Laboratorium, 1982.
3. Hakim T. Peranan bedah pada penatalaksanaan nodul pant soliter. Kanker dan penatalaksanaannya. Naskah Muktamar Nasional III Perhimpunan Ahli Bedah Tumor Indonesia, Jakarta 1987 : 49-58.
4. Malberger E, Lemberg S. Transthoracic fine needle aspiration biopsy cytology. A study from 221 cases. *Acta Cytol* 1981; 25 : 675-7.
5. Tambunan GW. Penuntun Biopsi Aspirasi Jarum Halus. Aspek klinik dan Sitologi Neoplasma. Penerbit Jakarta : Hipokrates, 1990.
6. Tambunan GW. Karsinoma paru. Dalam : *Diagnosis dan Tatalaksana Sepuluh Jenis Kanker Terbanyak di Indonesia*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC, 1991 : 126-148.

