

Karsinoma Laring di Rumah Sakit Dr. Kariadi Semarang

Dr. R. Rahadi, Dr. Karsin I., Dr. Mihardjo D.,
Dr. Pandji U, Dr. Wiratno, Dr. Bambang SS

Laboratorium UPF THT Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro/Rumah Sakit Dr Kariadi, Semarang

PENDAHULUAN

Karsinoma laring menduduki urutan kedua dari seluruh keganasan di bagian THT. Pada tahun 1972-1976, di RS Dr. Kariadi ditemukan 16,1% dari seluruh keganasan di bagian THT dan pada tahun 1981—1985 terdapat 31 kasus (8,07%). Penderita karsinoma laring yang dijumpai di atas umumnya sudah dalam keadaan lanjut. Hal ini dikarenakan tidak adanya gejala dini yang khas. Gejala dini karsinoma laring sama dengan gejala penyakit lain di laring, sehingga sering dikelirukan dengan penyakit lain yang jauh lebih banyak frekuensinya.

Karsinoma laring yang masih dini mudah diterapi, karena histologis laring miskin jaringan limfe dan vaskuler sehingga metastasisnya lambat.

Etiologi karsinoma laring sampai sekarang belum diketahui dengan pasti, tetapi para ahli menghubungkannya dengan bahan asing yang mengakibatkan iritasi kronis pada laring, sehingga dengan kemajuan industri dan perubahan kebiasaan mungkin insidensinya akan meningkat.

Maksud tulisan ini adalah mengajak sejawat dokter agar selalu waspada dan curiga akan keganasan seawal mungkin pada pasien yang mempunyai keluhan suara serak kronis, sehingga dapat didiagnosis lebih dini dan diterapilebih tepat. Ditemukannya karsinoma laring secara dini akan memberi harapan kemungkinan kehidupan penderita lebih lama.

TINJAUAN KEPUSTAKAAN

Insidensi karsinoma laring di Indonesia yang ditemukan sangat rendah bila dibandingkan laporan oleh peneliti di luar negeri (Asia, Eropa, Australia). Karena Indonesia masih diliputi masalah kesehatan masyarakat yang umum yaitu malnutrisi dan penyakit infeksi'.

Gejala awal yang memaksa penderita datang berobat umumnya karena perubahan suara serak. Dokter yang memeriksa pertama kali biasanya menghubungkannya dengan pe-

nyakit infeksi tuberkulosa laring'. Suara serak menunjukkan adanya gangguan mekanisme getar pita suara karena adanya penambahan masa laring, kerusakan atau kelumpuhan. Hal ini dapat terjadi' pada semua tingkat usia. Suara serak, akibat penambahan massa dapat terjadi pada radang atau trauma yang menyebabkan edema laring. Penambahan massa oleh tumor disebabkan oleh perubahan struktur histologis secara bertahap. Oleh karena itu akan mudah dibedakan kelainan suara serak secara akut dan disebabkan karena trauma, radang akut atau benda asing, sedangkan kelainan yang berlangsung kronis mungkin disebabkan radang kronis atau tumor. Pada tumor laring suara serak dimulai dengan gejala hilang timbul yang berjalan progresif dan akhirnya menetap. Biasanya gejala dini berupa suara serak pada pagi hari tanpa disertai gejala batuk. Bilamana disertai batuk umumnya berupa batuk kering non produktif².

Karsinoma laring berdasarkan lokasi anatomis dibedakan atas karsinoma laring supraglotis, glotis dan subglotis. Karsinoma laring glotis dan subglotis akan menimbulkan gejala suara serak, sedangkan karsinoma laring supraglotis pada keadaan awal tidak memberikan gangguan suara penderita².

Karsinoma laring jarang ditemukan pada wanita, rasio antara laki-laki dan wanita oleh beberapa peneliti disebutkan sebesar 10—15 : 1. Data terakhir rasio ini memperlihatkan kecenderungan peningkatan jumlah kasus penderita wanita^{1,3}. Usia penderita umumnya telah menginjak usia tua antara 45-75 tahun^{1,3,4,e}

Penelitian epidemiologik tumor ganas laring memperlihatkan beberapa faktor yang diduga berhubungan langsung atau tidak langsung dengan timbulnya keganasan, tersebut. Banyak bahan tertentu yang terdapat di lingkungan kita yang mempunyai sifat karsinogen atau pencetus aktivitas karsinogen. Rokok sigaret sering diasumsikan mempunyai peranan penting dalam timbulnya karsinoma laring^{1,2,3,4,6,7,8,9} meskipun masih perlu dipertimbangkan faktor lain yang dapat bekerja sama dalam proses timbulnya tumor ganas.

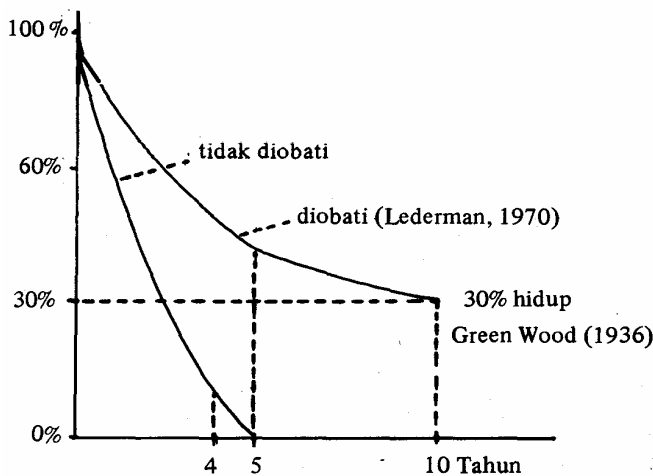
Bahan "agent" karsinogen/prekarsinogen laring⁸.

"Agent"	Ditemukan di / dalam
Asbes	— lingkungan, produk pabrik, tambang
Etanol	— diet
Gas mustard	— produk pabrik
Nikel	— produk pabrik, tambang
Polisiklik hidrokarbon	— lingkungan, produk pabrik
Tembakau, nitrosamin	— rokok
Minyak, bahan kimia (hidrokarbon, vinyl, benzen dan sebagainya).	— produk pabrik

Di dalam asap rokok sigaret terkandung suatu senyawa polisiklik aromatik hidrokarbon yang merupakan bahan bersifat prekarsinogen. Sedang di dalam tubuh manusia terdapat sistem enzim arilhidrokarbonhidroksilase yang mampu mengubah bahan prekarsinogen (polisiklik aromatik hidrokarbon) menjadi karsinogen. Makin tinggi kadar kandungan AHH di dalam tubuh seseorang, makin tinggi pula risiko untuk menderita karsinoma laring^{6,9}.

Untuk mendiagnosis karsinoma laring, penderita yang dirigai mempunyai gejala suara serak kronis tersebut perlu dilakukan pemeriksaan fisik lanjutan yaitu laringoskopi tidak langsung. Bilamana ditemukan suatu kelainan laring (penebalan, bercak, tumor), dilanjutkan dengan pemeriksaan laringoskopi langsung dan biopsi kelainan tersebut.

Hasil penelitian di Eropa menunjukkan perbedaan kemungkinan hidup yang nyata pada penderita yang mendapat pengobatan dan yang tidak diobati (lihat grafik).



BAHAN

Data penderita karsinoma laring dikumpulkan dari catatan medik RS Dr Kariadi Semarang selama kurun waktu lima tahun (1981—1985). Pada penderita yang telah &diagnosis klinik karsinoma laring dilakukan pemeriksaan laringoskopi langsung dan biopsi. Hasil pemeriksaan histopatologi yang positif dimasukkan dalam laporan ini. Dari catatan medik diperoleh data :

- a. Umur dan jenis kelamin.
- b. Keluhan utama dan lamanya keluhan.
- c. Jarak tempat tinggal dari RS Dr Kariadi.

- d. Pekerjaan.
- e. Kebiasaan hidup sehari-hari.

HASIL

Ditemukan 31 kasus penderita karsinoma laring selama waktu lima tahun (1981—1985) di antara 384 orang penderita tumor ganas di bagian THT (8,07%). Innis kelamin penderita terdiri 26 orang (83,9%) laki-laki dan 5 orang (16,1%) wanita. Rasio berdasarkan jenis kelamin ini berarti 5,2 : 1. Umur rata-rata penderita adalah 52,09 tahun dengan simpang baku sebesar 11,7 tahun.

Tabel 1. Umur penderita karsinoma taring

Umur (tahun)	Jumlah	Persentase
20 — 30	1	3,2
31 — 40	4	12,9
41 — 50	7	22,6
51 — 60	12	38,7
61 — 70	5	16,1
71 — 80	2	6,5
Total	31	100,0

Tabel 2. Tempat tinggal penderita

Jarak (km)	Jumlah	Persentase	Keterangan
0 — 10	8	25,8	dalam kota
10 — 25	0	0,0	
> 25	23	74,2	Iuar kota
Total	31	100,0	

Tabel 3. Pekerjaan penderita (keluarga)

Pekerjaan	Jumlah	Persentase
Petani	13	41,9
Buruh	1	3,2
Pegawai Negeri	5	16,1
ABRI	3	9,7
Swasta	6	19,3
Tanpa Keterangan	3	9,7
Total	31	100

Tabel 4. Kebiasaan hidup sehari-hari

Kebiasaan	Jumlah	Persentase
Merokok	10	32,2
Minum Alkohol	-	-
Masak (kompur, kayu)	2	6,5
Obat nyamuk	-	-
Lampu minyak	-	-
Tanpa keterangan	19	61,3
Total	31	100

PEMBAHASAN

Insidensi karsinoma laringbagian THT RS Dr Kariadi

Tabel 5. Keluhan penderita karsinoma laring

Keluhan	Jumlah	Persentase
Suara serak	29	93,5
Benjolan leher	9	29,0
Sesak napas	15	48,4
Sukar menelan	2	6,5
Batuk darah	1	3,2

Catatan: — 2 orang, keluhan utama benjolan leher.

— sebagai pembanding; tidak kami temukan jumlah keseluruhan penderita dengan keluhan suara serak, jumlah yang dilaringoskopi langsung di bio psi.

Tabel 6. Lama keluhan penderita

Waktu (balm)	Jumlah	Persentase
< 1	4	12,9
1 — 3	12	38,7
3 — 6	2	6,5
6 — 12	9	29,0
> 12	4	12,9
Total	31	100,0

Semarang selama kurun waktu 5 tahun (1981—1985) ialah sebanyak 31 kasus penderita laki-laki dan wanita. Seperti apa yang ditemukan oleh Bambang SS dan Hoedijono pada kurun waktu 1973—1976 di Semarang¹, karsinoma laring menempati urutan ke dua di bawah frekuensi karsinoma nasofaring.

Karsinoma laring jarang ditemukan pada wanita. Dalam penelitian ini didapatkan rasio laki-laki dan wanita sebesar 5,2 : 1. Bambang SS dan Hoedijono menemukan rasio sebesar 11 : 1, jadi terjadi suatu kecenderungan peningkatan jumlah penderita wanita. Angka ini masih lebih rendah dengan yang dilaporkan oleh peneliti di Eropa. Di Connecticut ternyata juga terjadi penurunan rasio jenis kelamin dari 15 : 1 pada tahun 1940 menjadi 8 : 1 pada tahun 1968^{1,3}. Di Jakarta tahun 1980—1984 rasio jenis kelamin menunjukkan 6 : 1⁵. Perubahan insidensi pada wanita ini kiranya perlu penelitian lebih lanjut mengapa terjadi peningkatan jumlah penderita wanita. Apakah akibat perubahan kebiasaan wanita yang suka merokok atau karena makin banyaknya wanita yang memperhatikan kesehatan dalam lingkungan sosialnya.

Usia penderita karsinoma laring rata-rata 52,09 tahun dan distribusi usia terbanyak antara 40—60 tahun. Hal ini tidak banyak berbeda dengan pendapat peneliti lainnya^{1,3,4,5,7,10}. Jadi dapat disimpulkan, risiko timbulnya karsinoma laring kebanyakan pada usia tua.

Tempat tinggal penderita karsinoma laring yang ditemukan di RS Dr Kariadi Semarang sebagian besar 23 kasus (74,2%) berada di luar kota P 25 km). Hanya 8 kasus (25,8%) saja yang rumahnya di dalam wilayah Kodya Semarang (0—10 km). Kehidupan di desa menyebabkan kemungkinan terkena "agent" asap lebih besar dibanding warga kota yang lebih banyak menggunakan peralatan listrik. Data tempat tinggal memberikan kesan, penderita sebelum datang ke RS Dr Kariadi tentunya telah ditangani oleh sejawat yang terdekat dan sebagian kecil yang langsung ke dokter THT/bagian THT

rumah sakit.

Keluhan utama penderita pada 29 kasus (93,5%) ialah suara serak yang menetap sebagai keluhan tunggal atau bersama keluhan sesak napas sebanyak 15 kasus (58,4%), benjolan leher 9 kasus (29,0%), kesukaran menelan 2 kasus (6,5%) dan batuk berdarah seorang penderita (3,2%). Dua orang penderita memeriksakan diri (6,5%) karena timbulnya benjolan di leher tanpa disertai rasa nyeri dan panas. Karsinoma laring yang intrinsik (glotis, subglotis) biasanya menyebabkan keluhan suara serak karena adanya penambahan massa di pita suara, tetapi jarang sekali terlihat metastasisnya di kelenjar limfe sebab miskinnya vaskularisasi dan aliran limfe. Sedang karsinoma laring yang ekstrinsik (epiglottis) sering terlihat metastasisnya di kelenjar limfe leher. Suara serak menyertai, gejala karsinoma laring bila telah mengganggu mekanisme getar pita suara. Keluhan suara serak merupakan gejala dini, jadi bila telah disertai gejala dan tanda yang lain berarti telah terjadi perkembangan penyakit yang lanjut. Data keluhan penderita ini memperlihatkan bahwa sebagian besar penyakit telah memasuki stadium lanjut.

Lama keluhan utama yang disampaikan penderita, 25 kasus (74,2%) telah lebih satu bulan dan keluhan terbanyak setelah berjalan 1—3 bulan pada 12 kasus (38,7%), hanya 4 kasus (12,9%) saja yang datang ke RS Dr Kariadi sebelum waktu satu bulan. Ini membuktikan, keluhan suara serak masih dianggap keadaan yang ringan dan tidak mengkhawatirkan bagi penderita atau dokter yang memeriksanya. Masalahnya ada dua kemungkinan sebagai penyebab, yaitu:

- penderita, keluarga atau masyarakat sendiri yang tidak menyadari bahwa mereka telah menderita keganasan tersebut,
- dokter pemeriksa pertama yang diminta pertolongannya kurang berhasil mengungkap kemungkinan pasiennya menderita karsinoma laring.

Insidensi penderita karsinoma laring tertinggi terlihat pada golongan petani sebanyak 31 kasus (41,9%) disusul oleh swasta 6 kasus (19,3%), pegawai negeri 5 kasus (16,1%), ABRI 3 kasus (9,7%), buruh 1 kasus (3,2%) dan 4 kasus (12,9%) tanpa keterangan identitas pekerjaan keluarga. Keadaan ini masih belum dapat menggambarkan keadaan yang sebenarnya, oleh karena data diambil hanya di RS Dr. Kariadi sebagai rumah sakit pemerintah. Petani terlihat frekuensinya paling tinggi sebab mereka lebih banyak kontak dengan asap (merokok, perapian, penerangan) dan biasanya kehidupan di desa kondisi sosial-ekonominya kurang memadai. Bambang SS dan Hoedijono mengasumsikan, penderita karsinoma banyak dari golongan sosial ekonomi rendah.

Kebiasaan kehidupan individu sehari-hari dapat merupakan faktor pencetus timbulnya karsinoma laring¹⁻¹⁰. Anamnesis yang berhasil diambil dari 31 penderita karsinoma laring selama 5 tahun (1981—1985), 12 orang (32,2%) yang pasti mempunyai kebiasaan merokok, dua orang (8,07%) menggunakan kompor atau kayu bakar untuk memasak dan sisanya sayang sekali tidak ada keterangan kebiasaan mereka sehari-hari. Dari data yang kasar ini, terlihat, 12 penderita erat hubungannya dengan asap. Meskipun kemungkinan ada faktor lain yang bekerja bersama atau yang dapat mengubah bahan non karsinogen ini menjadi karsinogen, yaitu sistem ensimatik penderita sendiri yang berupa aril hidrokarbon hidroksilase^{1,2,4}.

Jadi dengan anamnesis yang baik, sedikitnya sejawat dapat menduga kemungkinan pasien sejawat menderita karsinoma laring dengan tidak mengabaikan begitu saja keluhan suara serak penderita. Doyle dan kawan-kawan mendapatkan karsinoma laring in situ dari hasil kerja sama kiriman konsultasi dokter umum"

KESIMPULAN

Anamnesis yang sederhana tetapi mengarah terhadap penderita yang datang dengan keluhan suara serak kronis sudah dapat mencurigai adanya keganasan laring. Kerja sama yang harmonis dengan sejawat dokter non THT dan ahli THT akan dapat menemukan penderita karsinoma laring secara lebih awal.

SARAN

Data karsinoma laring yang diperoleh di RS Dr Kariadi Semarang ini mendorong kami untuk mengajak sejawat di perifer untuk menjalin kerjasama dalam menangani penderita dengan keluhan suara serak yang menetap. Karena mungkin mereka menderita karsinoma laring sehingga dapat diterapi lebih awal.

Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut tentang terjadinya perubahan rasio jenis kelamin penderita karsinoma laring. Di dalam catatan medik, anamnesis penderita dengan keluhan suara serak hendaknya dilengkapi dengan pertanyaan kemungkinan "agent" penyebabnya. Terutama terhadap penderita usia tua, laki-laki dengan keluhan lebih dan satu bulan.

KEPUSTAKAAN

1. Bambang SS, Hoedijono R. Incidence of Carcinoma of The Larynx in North Central Java. Penelitian tahun 1973—1976. Dibacakan dalam: Congress Asia Oceania of Otoralyngology, Sidney, 1979.
2. Mark JE, Freeman RB, Lee F, Ogura JH. Carcinoma of The Supraglottic Carcinoma. *Cancer* 1977; 40 : 2874—81.
3. Barclay TH, Rao NN. The Incidence and Mortality rates for Laryngeal Cancer from Total Cancer Registries. *Laryngoscope* 1975; 85 : 254—8.
4. Bambang SS, Sunjoto. Problematik Terapi Karsinoma Laring. Kumpulan naskah Konas PERHATI V Semarang 1977, jilid 2 hal 661-8.
5. Hartono A, Soeryadi L. Laryngeal Malignancy in ENT Dept. Ciptomangunkusumo Hospital Jakarta 1980—1984. *ORLI* 1985; 16: 169—71.
6. Branderburg, Kellermann. Arylhydrocarbon Hydroxylase Inducibility in Laryngeal Carcinoma. *Arch Otolaryngol* 1978; 104: 151—62.
7. Keane WN, Atkins JP, Wetmore R. Vidas M. Epidemiology of Head and Neck Cancer. *Larungoscope* 1981;91 : 2037—44.
8. Kyriakos M, Berlin BP, DeSeryver—Keeskemati K. Oat Cell Carcinoma of The Larynx. *Arch Otolaryngol* 1978;104: 168—176.
9. Marrison WW. Diseases of The Ear, Nose and Throat, 2nd ed C.R. 1955. New York: Appleton Century Crofts Inc. pp624—8.
10. Wynder EL, Muskinski MH, Spivak JC. Tobacco and Alcohol Consumption in Relation to The Development of Multiple Primary Cancers. *Cancer* 1977; 40 : 1872--8.
11. Doyle PJ, Flores A, Douglas GS. Carcinoma in situ of The Larynx. *Laryngoscope* 1977 ; 87 : 310—6.
12. Fu KK, Eisenberg D, Dedo HH, Philips TL. Result of Supraglottic Carcinoma. *Cancer* 1977; 40 : 2874—81.

