



CERTIFICATE

Given to :

dr. Sukri Rahman, Sp.THT-KL

as :

Speaker

in :

4th ORL Head & Neck Oncology Conference

"Comprehensive Management of Head & Neck Cancer to Achieve Optimal Outcome"

Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery Department

Faculty of Medicine University of Gadjah Mada / Sardjito General Hospital

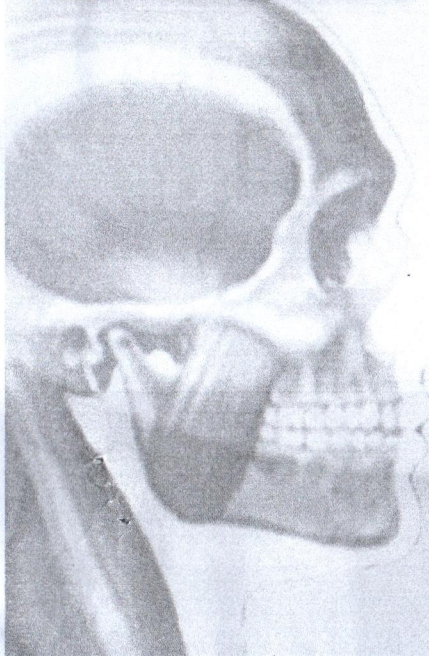
Sheraton Mustika Hotel & Convention Center

Yogyakarta, November 16th - 17th 2013

SK PB IDI No. : 127/IDI/WIL DIY/SKP/IX/2013

Participant : 12 SKP - Speaker : 12 SKP Moderator : 4 SKP - Committee : 2 SKP

**4th ORL
HEAD & NECK
ONCOLOGY
CONFERENCE**



Dr. dr. Ratna Dwi Restuti, Sp.THT-KL (K)

Chairman of Indonesian Otorhinolaryngology

dr. Marlinda Adham, Sp.THT-KL (K)

Chairman of Oncology Study Group ORL

Dr. dr. Bambang Hariwiyanto, Sp.THT-KL (K)

Chairman of Organizing Committee

8. Yuen HW, Goh YH, Low WK, Lim-Tan SK. Kimura's disease : a diagnostic and therapeutic challenge. Singapore Med J 2005;46(6) : 179.
9. Iriz A, Eryilmaz A, Unal T, Dagli m, Korkmaz H, Kilic GS. Kimura's disease of the parotid region with multiple symmetric lipomatosis : case report. KBB ve BCC Dergisi 2004; 12(3): 142-145.
10. Sato S, Kawashima H, Kuboshima S, et al. Combined treatment of steroid and cyclosporine in Kimura's disease. Pediatrics 2006; 118; e921-e923.
11. Weyand CM, Goronzy JJ. Medium and large vessel vasculitis. In N. Engl J Med. 2003.349;160-169.
12. Epperly TD, Moore KE, Harrover JD. Polymyalgia rheumatica and temporal arteritis. Am Fam Phisician 2000; 62: 789-96,801.
13. Tan V E S, Goh B S. Parotid abscess : a five-year review-clinical presentation, diagnosis and management. J Laryngol & Otol (2007), 121, 872-879.
14. Yeow KM, Hao SH, Liao CT. US-guided percutaneous catheter drainage of parotid abscesses. JVIR 2000; 11: 473-476.
15. Ganesh R, Leese T. Parotid abscess in Singapore. Singapore Med J 2005; 46(10): 553

PENATALAKSANAAN MINIMAL INVASIF PADA PAPILOMA INVERTED SINONASAL

Sukri Rahman

Bagian Telinga Hidung Tenggorok Bedah Kepala & Leher
Fakultas Kedokteran Universitas Andalas/RSUP. Dr. M. Djamil Padang

ABSTRAK

Pendahuluan : Papiloma inverted merupakan tumor jinak sinonasal yang masih menjadi perhatian yang cukup besar karena bersifat agresif lokal, memiliki kecenderungan untuk kambuh dan dapat berubah menjadi ganas. Oleh sebab itu, pengangkatan tumor secara radikal telah banyak ditekankan di banyak literatur. **Laporan Kasus :** Tulisan ini akan menguraikan laporan kasus papilloma inverted sinonasal yang dilakukan penatalaksanaan minimal invasif perendoskopi. **Diskusi dan Kesimpulan:** Awalnya maksilektomi medial melalui pendekatan rinotomi lateral dianggap sebagai prosedur paling efektif untuk pengangkatan papiloma inverted sinonasal. Teknik ini memungkinkan untuk eksisi radikal pada tumor yang besar, namun di sisi lain akan menciptakan suatu rongga yang besar, yang berakibat adanya krusta yang terus menerus dan berbau, rasa penuh di hidung serta postnasal drip yang menurunkan kualitas hidup pasien pasca operasi. Untuk mengurangi kerugian ini, telah dikembangkan teknik minimal invasif seperti maksilektomi medial modifikasi perendoskopi, teknik ini cukup adekuat untuk reseksi sebagian besar papiloma inverted sinonasal. Pada teknik ini tidak dilakukan pengangkatan seluruh dinding lateral hidung, hanya terbatas pada tumor dan lokasi tumbuhnya tumor dengan mempreservasi mukoperiosteum yang normal.

Kata kunci : papiloma inverted, tumor sinonasal, minimal invasif, endoskopi.

PENDAHULUAN

Papiloma inverted merupakan tumor jinak sinonasal tersering kedua setelah osteoma, namun merupakan penyebab operasi tumor jinak paling sering pada sinonasal.¹ Tumor ini biasanya tumbuh dari dinding lateral kavum nasi, hanya sekitar 5% yang tumbuh dari

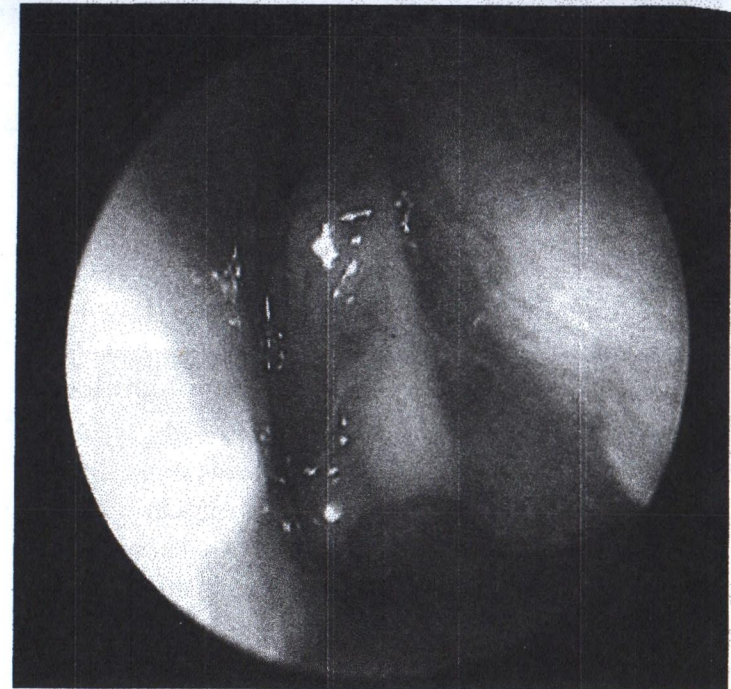
sinus paranasal.² Tumor ini mempunyai sifat agresif lokal, memiliki kecenderungan untuk kambuh dan dapat berubah menjadi ganas. Oleh sebab itu, pengangkatan tumor secara radikal telah banyak ditekankan di banyak literatur. Maksilektomi medial melalui pendekatan rinotomi lateral dianggap sebagai prosedur standar. Teknik ini memungkinkan untuk eksisi radikal pada tumor yang besar, namun di sisi lain akan menciptakan suatu rongga yang besar, yang berakibat adanya krusta yang terus menerus dan berbau, rasa penuh di hidung serta postnasal drip yang menurunkan kualitas hidup pasien pasca operasi. Untuk mengurangi kerugian ini, pada tumor dengan ukuran yang terbatas telah dikembangkan teknik minimal invasif seperti maksilektomi medial modifikasi perendoskopi, teknik ini biasanya cukup adekuat. Pada teknik ini tidak dilakukan pengangkatan seluruh dinding lateral hidung, hanya terbatas pada tumor dan lokasi tumbuhnya tumor dengan mempreservasi mukoperiosteum yang normal.^{3,4,5}

LAPORAN KASUS

Seorang pasien perempuan usia 43 tahun datang ke poliklinik Telinga Hidung Tenggorok Bedah Kepala dan Leher (THT-KL) RSUP. Dr. M. Djamil Padang dengan keluhan utama hidung sebelah kiri berdarah berulang sejak satu minggu, hidung berdarah sedikit dan dapat berhenti sendiri, hidung sebelah kiri juga sudah dirasakan tersumbat sejak satu tahun yang lalu dan sudah dilakukan biopsi satu tahun yang lalu dengan hasil papiloma inverted dengan displasia ringan dan polip nasal, dokter menganjurkan untuk operasi namun pasien belum bersedia. Sumbatan hidung semakin terasa satu bulan terakhir disertai ingus kental kadang-kadang bercampur darah.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan status generalis baik, pemeriksaan telinga, dan tenggorok tidak ditemukan kelainan. Pada pemeriksaan hidung, tampak massa di rongga hidung kiri yang berasal

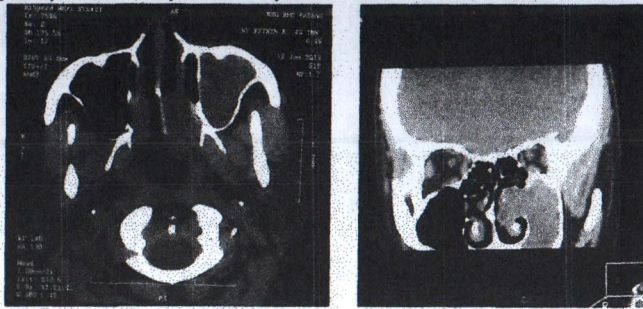
dari meatus media berwarna merah muda, polipoid, permukaan tidak rata yang menutupi bagian posterior rongga hidung, tampak sekret mukopurulen di permukaan massa tumor (Gambar 1). Rongga hidung sebelah kanan tidak ada kelainan. Tidak terdapat pembesaran kelenjar getah bening leher.



Gambar 1. Massa di rongga hidung kiri dengan permukaan tidak rata dan diliputi sekret mukopurulen.

Biopsi pada tumor satu tahun sebelumnya dengan diagnosis histopatologi papiloma inverted dengan displasia ringan dan polip nasal (netrofilik). Pada pemeriksaan CT scan sinus para nasal tampak massa densitas isoden di kavum nasi kiri yang meluas ke sinus maksilaris kiri dan nasofaring kiri dan menutup osteomeatal kompleks.

Tampak penebalan tulang pada dinding medial sinus maksila kiri bagian postero-superior (hiperostosis) (Gambar 2).



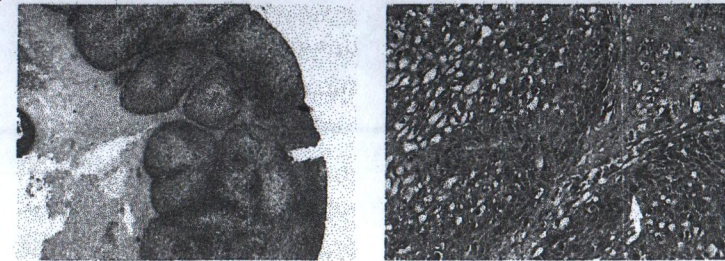
Gambar 2. CT scan sinus paranasal tampak massa isodeni di kavum nasi dan sinus maksila kiri dan hiperostosis.

Pasien didiagnosis dengan papiloma inverted sinonasal sinistra Krouse T2, direncanakan untuk dilakukan maksilektomi medial modifikasi transnasal perendoskopi.

Operasi dilakukan dalam anestesi umum, setelah sebelumnya dipasang tampon adrenalin 1:200.000, dengan bantuan skop 0° dan 30° dilakukan debulking tumor di rongga hidung dan sinus maksila, sehingga terdapat jendela besar yang menghubungkan rongga hidung dan sinus maksila. Tampak perlekatan tumor pada bagian postero-superior dinding medial sinus maksila. Tempat perlekatan tumor dikuret dan penebalan tulang diangkat. Rongga sinus dievaluasi dengan skop 30° dan 70°, tidak tampak sisa tumor dan perlekatan yang lain, pasca operasi dipasang tampon.

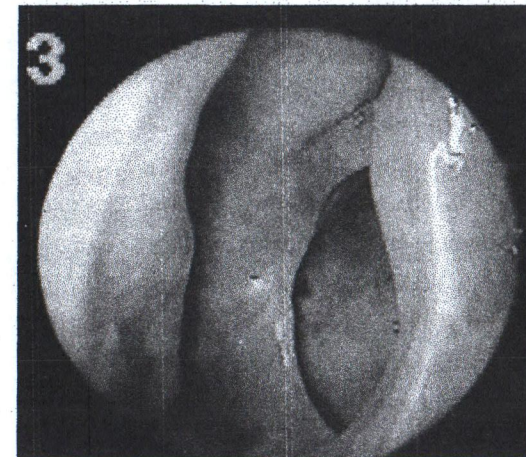
Pasca operasi pasien dirawat dan diberikan antibiotika sampai pengangkatan tampon 2 hari kemudian. Pemeriksaan histopatologi terhadap massa tumor tampak jaringan yang dikelilingi oleh epitel respiratorius yang sebagian mengalami metaplasia skuamosa yang hiperplastik dan tumbuh ke dalam stroma membentuk gambaran pulau-pulau epitel, sebagian sel tampak dengan inti besar, vesikuler, kromatin sebagian kasar, nukleoli nyata, mitosis dapat ditemukan.

Dengan kesimpulan papiloma inverted dengan displasia ringan sel epitel (Gambar 3).



Gambar 3. Gambaran histopatologi sesuai dengan papiloma inverted dengan displasia ringan.

Pasien diminta kontrol teratur, pada kontrol terakhir 3 bulan pasca operasi, tidak ada keluhan dan pada pemeriksaan tidak ditemukan pertumbuhan tumor/rekurensi (Gambar 4).



Gambar 4. Evaluasi 3 bulan pasca operasi tidak terdapat pertumbuhan tumor/rekurensi

DISKUSI

Papiloma inverted atau schneiderian papiloma sinonasal merupakan tumor yang jarang dengan insiden 0,5-4% dari semua tumor di sinonasal dan merupakan neoplasia yang sering menimbulkan kontroversi, karena tumor ini merupakan lesi jinak namun secara klinis bersifat agresif lokal. Insiden tertinggi pada dekade kelima dan keenam dengan predominan pada laki-laki dengan perbandingan 2-5:1.⁷ Tumor ini memperlihatkan perilaku yang tidak dapat diprediksi diantaranya kemampuan mendestruksi tulang, *multicentricity*, mempunyai tendensi untuk rekuren dan dapat berubah menjadi ganas.

Gejala klinis tergantung pada lokasi tumor, sumbatan hidung yang progresif merupakan keluhan yang paling sering. Gejala lain dapat berupa sekret hidung yang bercampur darah. Adanya epifora, nyeri kepala, nyeri wajah, proptosis dan diplopia biasanya pada kasus yang sudah lanjut dan melibatkan orbita dan dasar otak. Papiloma inverted biasanya unilateral.

Pada pemeriksaan fisik akan tampak gambaran massa polipoid yang berwarna abu-abu sampai merah muda dengan permukaan berpapil di lateral konka media (meatus media). Kadang-kadang secara klinis sulit membedakannya dengan gambaran polip nasal. Dinding lateral hidung merupakan lokasi paling sering tumbuhnya papiloma inverted, biasanya pada pangkal konka media. Pada kasus ini massa tumbuh dari dinding lateral kavum nasi bagian postero-superior, di pangkal (*root*) dari konka media, yang menonjol ke sinus maksila namun tidak melibatkan mukosa sinus maksila, Krouse T2.

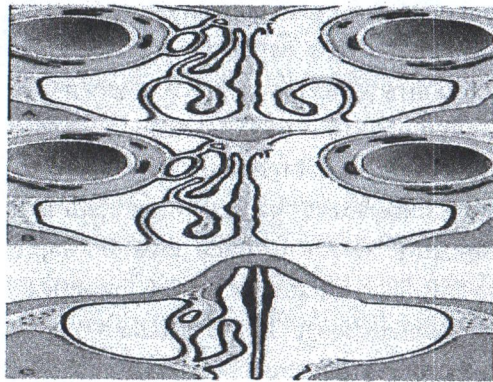
Biopsi dengan bantuan endoskopi harus dilakukan untuk membedakannya dengan tumor sinonasal lainnya dan menegakkan diagnosis definitif. Pada pemeriksaan histopatologi akan didapatkan gambaran yang khas dimana akan tampak permukaan sel epitel yang mengalami invaginasi ke dalam stroma.¹¹ Gambaran mitosis juga

dapat ditemukan, biasanya sedikit dan terbatas pada lapisan basal dan parabasal. Gambaran inflamasi sering ditemukan pada papiloma inverted, dan biasanya menyerupai polip inflamasi.¹² Hal yang sama ditemukan pada kasus ini dimana terdapat gambaran displasia ringan dan pada biopsi sebelumnya juga didapatkan gambaran polip netrofilik.

Tomografi computer (CT scan) dan Magnetic Resonance Imaging (MRI) merupakan pemeriksaan pencitraan pilihan untuk penentuan stadium sebelum operasi. CT scan dapat menentukan perluasan tumor dan adanya hiperostosis yang dapat digunakan untuk memprediksi tempat asal tumbuhnya tumor. Lee DK et al, menemukan dari 55 lesi dengan gambaran hiperostosis pada CT scan, 49 merupakan tempat tumor tumbuh. CT scan dapat membedakan hiperostosis fokal dari penebalan tulang menyeluruh yang sering terjadi akibat inflamasi kronik pada sinusitis. Selain itu pada inverted papiloma kadang tampak adanya kalsifikasi intratumor pada CT scannya. Pemeriksaan MRI dengan gadolinium sangat berguna dalam melihat konfigurasi dan hubungan tumor dengan struktur sekitar.

Pengangkatan tumor secara komplis merupakan penatalaksanaan papiloma inverted sinonasal, karena tersisanya tumor akan menyebabkan rekurensi. Untuk mendapatkan tujuan ini dulunya maksilektomi medial melalui pendekatan rinitomi lateral dianggap sebagai prosedur paling efektif. Perkembangan operasi endoskopi trans-nasal, membuat beberapa penulis mempublikasikan pengalaman mereka menggunakan endoskopi trans-nasal pada pengangkatan papiloma inverted dengan angka rekurensi antara 0-17%. Satu studi meta analisis menyimpulkan bahwa teknik pengangkatan dengan endoskopi merupakan alternatif yang dapat diandalkan untuk sebagian besar papiloma inverted dengan tingkat rekurensi yang sama bahkan lebih kecil dibandingkan teknik klasik.

Prinsip penatalaksanaan minimal invasif pada papiloma inverted sinonasal adalah mengangkat tumor secara komplit dan tulang dibawahnya dengan tetap mempreservasi mukoperiosteum yang normal.^{1,3} Terdapat tiga tipe dasar reseksi perendoskopi pada papiloma inverted sinonasal, tipe I, II dan III.¹ Pada kasus ini dilakukan tindakan tipe I (Gambar 5), karena tumor terbatas pada meatus media dan penonjolan ke sinus maksila tanpa keterlibatan langsung mukosa sinus.



Gambar 5. Gambar skematik reseksi tipe I.
(Pierro Nicolai, Paolo Castelnuovo, 2010)

Namun demikian, pada kasus tertentu teknik transnasal dengan endoskopi ini tidak dapat dilakukan pada keadaan tertentu seperti 1) keterlibatan mukosa sinus frontal dan/atau sel supraorbital yang massif, 2) perluasan ke intradura atau perluasan intraorbita, yang biasanya terjadi pada pasien yang sudah pernah menjalani operasi sebelumnya, 3) Bersamaan dengan tumor ganas yang melibatkan struktur vital dan 4) adanya jaringan ikat yang banyak akibat operasi sebelumnya.¹

Pengangkatan tulang pada tempat tumor tumbuh dilakukan dengan kuret dan forseps, sebenarnya akan lebih baik menggunakan bor diamond, namun fasilitas ini tidak tersedia. Studi radiologi dan

histopatologi mendapatkan adanya suatu reaksi inflamasi pada tulang tempat papiloma inverted tumbuh. Tulang yang immatur tidak hanya menyebabkan lemahnya daya proteksi terhadap erosi oleh tumor namun juga menjadi celah tempat epitel mukosa menempel, yang berpotensi menyebabkan rekurensi.¹⁵

Tingginya rekurensi yang mencapai 28% setelah pengangkatan papiloma inverted sinonasal, follow up jangka panjang diperlukan.⁸

DAFTAR PUSTAKA

1. Nicolai P, Castelnuovo P. Benign Tumors of the Sinonasal Tract. In: Flint PW, Haughey BH, Lund VJ, Niparko JK, Richardson MA, Robbins KT, et al, editors. Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery, 5th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier;2010.p.717-27.
2. Joseph JA, Moorthy R, Saleh H. Endoscopic management of inverted papiloma of the sphenoid sinus. BMJ Case Rep. 2009;bcr04.2009.1807. Publish online 2009 August 20.
3. Terzakis G, Vlachou S, Kyrmizakis D, Helidonis E. The management of sinonasal inverted papilloma: our experience. Rhinol 2002;40:28-33
4. Han JK, Smith TL, Loehrl T, Toohill RJ, Smith MM. An Evolution in the management of sinonasal inverting papilloma. Laryngoscope 2001;111:1395-400
5. Lee TJ, Huang SF, Lee LA, Huang CC. Endoscopic surgery for Recurrent inverted papilloma. Laryngoscope 2004;114:106-12
6. Kim DY, Hong SL, Lee CH, Jin HR, Kang JM, Lee BJ, et al. Inverted papilloma of the nasal cavity and paranasal sinuses: a Korean Multicenter study. Laryngoscope 2012;122:487-94
7. Lund V, Stammberger H, Nicolai P, Castelnuovo P. European position paper on endoscopic management of tumors of the nose, paranasal sinuses and skull base. Rhinol Suppl 2010;22:1-143

8. Throp MA, Oyarzabal-Amogo MF, Plessis JH, Sellar SL. Inverted papilloma : a review of 53 cases. *Laryngoscope* 2001;111:1401-5
9. Thapa N. Diagnosis and Treatment of Sinonasal inverted papilloma. *Nepalese J ENT Head & Neck Surg* 2010;1:30-3
10. Eggers G, Muhling J, Hassfeld S. Inverted papilloma of paranasal sinuses. *J Cranio-Maxillofac Surg* 2007;35:21-9
11. Krouse JH. Development of a staging system for inverted papilloma. *Laryngoscope* 2000;110:965-8
12. Prasad ML, Perez-Ordenez B. Nonsquamous lesions of nasal cavity, paranasal sinuses, and nasopharynx. In: Gnepp DR, editor. *Diagnostic surgical pathology of the head and neck, 2nd edition*. Philadelphia: Saunder; 2009.p.111-89
13. Lee DK, Chung SK, Dhong HJ, Kim HY, Kim HJ, Bok KH. Focal hyperostosis on CT of sinonasal inverted papilloma as a predictor of tumor origin. *Am J Neuroradiol* 2007;28:618-21
14. Busquets JM, Hwang PH. Endoscopic resection of sinonasal inverted papilloma: a meta-analysis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2006;134:476-82
15. Chiu AG, Jackman AH, Antunes MB, Feldman MD, Palmer JN. Radigraphic and Histologic analysis of the bone underlying inverted papillomas. *Laryngoscope* 2006;116:1617-20

