

DIAGNOSIS ADENOKARSINOMA GASTER : SEBUAH LAPORAN KASUS

Ida Bagus Komang Arjawa

Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, Denpasar, Bali.

ABSTRAK

Kanker gaster menempati urutan keempat diantara kanker yang paling sering terjadi dan menempati urutan kedua sebagai penyebab kematian karena kanker. Tidak jelasnya faktor resiko yang ada dan gejala penyakit yang tidak spesifik, telah mengakibatkan penyakit ini sering baru terdiagnosa pada stadium lanjut. Pada laporan kasus ini pasien seorang perempuan dengan umur 47 tahun, belum menikah dengan keluhan utama mual muntah serta penurunan berat badan sejak 6 bulan lalu. Didiagnosa dengan Adenocarcinoma gaster suspect stadium IIIB. Penegakan diagnosis kanker gaster memerlukan anamnesis dan pemeriksaan fisik yang cermat dan menyeluruh. Pemeriksaan penunjang menjadi modalitas utama mengingat periode asimtomatik yang panjang. Saat ini endoskopi diyakini sebagai metode diagnosis yang sensitif dan spesifik pada karsinoma gaster disertai dengan CT Scan untuk mendeteksi metastasis hati dan kelenjar getah bening. Pada akhirnya pemeriksaan jaringan di laboratorium menjadi baku emas dalam diagnosis tipe neoplasma

Kata kunci: kanker, gaster, endoskopi

GASTRIC ADENOCARCINOMA DIAGNOSE : A CASE REPORT

ABSTRACT

Gastric cancer have become cancer number fourth from all incident of cancer and become the second killer cancer from all cancer. Undefined risk factor dan unspecific sign and symptom make most of this disease diagnosed in late phase. In this case report, a woman, 47 years old, single with main complaint nausea, vomiting and lose weight from six months ago. Diagnosed with gastric adenocarcinoma suspect IIIB stage. Diagnosing gastric cancer need completed and careful anamnesis and physical examination. Laboratory and other examination become main modality because a long time of asymptomatic phase. Nowadays, endoscopy believed as a diagnostic methods with high sensitivity and specificity in gastric adenocarcinoma followed by CT Scan to detect metastatic process to liver and lymph node. Finally, histology study in laboratoriu have become a gold standar to diagnose type of the neoplasm

Keywords: cancer, gastric, endoscopy

PENDAHULUAN

Secara global, kanker gaster menempati urutan keempat diantara kanker yang paling sering terjadi dan menempati urutan kedua sebagai penyebab kematian karena kanker. Kanker gaster menempati peringkat kedua setelah kanker paru-paru dengan estimasi 755,500 kasus baru yang terdiagnosa. (Alwi,2008)

Studi komparatif antara Asia dan Barat menunjukkan perbedaan yang mencolok dalam insiden dan survival karsinoma gaster, di mana diduga faktor etnis sebagai salah satu faktor risiko. Insiden di Jepang adalah yang tertinggi di dunia, lebih 40 kasus/100.000 penduduk, diikuti oleh Asia Timur, Amerika Selatan, dan Eropa Timur.(Bachtiar Surya,2007). Sementara Kanada, Eropa Utara, Afrika, dan Amerika Serikat memiliki insiden yang rendah, kurang 10 kasus/100.000 penduduk

Beberapa faktor risiko genetik telah dikenali di antaranya golongan darah A, anemi pernisirosa, riwayat keluarga, HNPCC, dan Syndrome Li-Fraumeni (Lockhead dkk,2008). Menghadapi risiko ini tidak banyak yang bisa dilakukan dan insiden lesiprekusor-nya (gastritis atropi, polip adenoma gaster) adalah rendah. Selain faktor intake makanan dan faktor genetik di atas, infeksi *Helicobacter pylori* saat ini diyakini juga berkaitan dengan karsinoma gaster (Abdi Rad dkk,2006).Faktor-faktor lain yang saat ini patut diduga berhubungan dengan karsinoma gaster di antaranya adalah gastritis atropi kronis, *gastropathy hyperthropic* (Metenier's disease), polip gaster, status sosio-ekonomi yang rendah, dan obesitas (Liu dkk,2004)

Saat ini endoskopi diyakini sebagai metode diagnosis yang sensitif dan spesifik pada karsinoma gaster (Bachtiar Surya,2007).Ada 2 buah sistem staging yang paling sering digunakan saat ini,

yakni berdasarkan TNM/AJCC/UICC dan JRSGC (*Japanese Research Society For Gastric Cancer*). Penderita karsinoma gaster tanpa infiltrasi kelenjar getah bening mempunyai angka survival hingga 75% jika hanya menjalani tindakan pembedahan semata. Sedangkan jika telah menginfiltrasi KGB angka survival berkisar antara 10%-30%. (Alwi dkk,2008)

Tidak jelasnya faktor resiko yang ada dan gejala penyakit yang tidak spesifik, telah mengakibatkan penyakit ini sering baru terdiagnosa pada stadium lanjut.

ILUSTRASI KASUS

Pasien perempuan, dengan umur 47 tahun, agama Hindu, suku Bali, bangsa Indonesia, pendidikan terakhir tamat SD, sudah menikah, ibu rumah tangga, datang berobat ke Rumah Sakit Sanglah Denpasar pada tanggal 8 Februari 2013. Pasien mengeluh muntah – muntah hingga terasa lemas ± 2 jam sebelum masuk rumah sakit (SMRS). muntah - muntah sudah dirasakan sejak ± 6 bulan SMRS. Pasien muntah – muntah setiap sehabis makan dan minum terutama pada pagi hari dengan volume makanan atau minuman yang dimuntahkan ± ½ dari volume yang dimakan. Pasien mengatakan tidak merasakan ada perasaan mual sebelum makan atau minum dan tiba – tiba langsung muntah dan warna muntah dikatakan jernih dan tidak tampak merah atau kehitaman. Muntah tidak bergantung pada jenis makanan atau minuman yang dimakan. Pasien mengalami penurunan nafsu makan dan penurunan berat badan yang awalnya 60 kg menjadi 45 kg dalam 6 bulan terakhir.

Pasien juga mengeluhkan mengalami mencret – mencret sejak ± 6 bulan SMRS. BAB pasien dikatakan cair dan tidak berbau khas. Frekuensi BAB dikatakan meningkat hingga 5 – 6x/hari,

tidak tampak darah atau lendir pada feses pasien. Pasien juga mengeluhkan adanya rasa penuh di perut sejak ± 4 bulan yang lalu yang menyebabkan nafsu makan pasien menurun. Rasa nyeri ringan pada bagian dada dan perut juga dirasakan pasien terutama setelah makan. Rasa nyeri dikatakan tidak membaik dengan perubahan posisi. Pasien juga mengatakan perutnya terasa membesar sejak ± 1 bulan yang lalu.

Frekuensi buang air kecil dikatakan normal oleh pasien, sekitar 2 – 3 x/hari dengan volume 1 gelas air mineral dengan warna kekuningan. Pasien juga mengeluhkan badan terasa lemas sejak 4 bulan belakangan ini. Perasaan lemas dirasakan di seluruh bagian tubuh pasien. Lemas dikatakan semakin hari semakin memberat. Pasien menyangkal adanya riwayat demam tinggi, keputihan pada mulut, riwayat sesak nafas atau batuk lama, riwayat muntah darah, riwayat batuk darah, dan nyeri menelan.

Pasien mengaku memiliki riwayat penyakit maag sejak remaja akan tetapi tidak berat dan hanya muncul sesekali apabila pasien telat makan. Riwayat penyakit jantung, ginjal, hipertensi, dan kencing manis disangkal oleh pasien.

Pasien merupakan seorang ibu rumah tangga. Pasien mengatakan makanan yang ia makan cukup berimbang dan disesuaikan dengan lauk yang ada. Pasien mengatakan jarang makan di luar dan biasanya selalu memasak sendiri. Pasien menyangkal adanya riwayat merokok dan minum – minuman beralkohol.

Pada pemeriksaan fisik umum didapatkan pasien dalam keadaan sadar dengan sakit sedang, tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 84 x/menit, temperatur aksila 36,8°C, VS 1-2, berat badan 45 kg dengan BMI 18,07 kg/m². Pada pemeriksaan sistem saraf pusat didapatkan pasien dengan GCS E4V5M6, refleks pupil positif pada kedua mata dengan pupil bulat reguler.

Pada pemeriksaan mata tidak didapatkan tanda – tanda anemis ataupun ikterik, pada pemeriksaan dada yaitu sistem respirasi didapatkan nafas spontan 20 x/menit dengan pernafasan thorakoabdominal, suara nafas vesikuler pada kedua paru, tidak ditemukan adanya suara ronkhi ataupun *wheezing*, pada sistem kardiovaskular didapatkan nadi 84 x/menit dengan suara jantung S1S2 tunggal, regular dan tidak ada murmur.

Dari pemeriksaan abdomen didapatkan bising usus menurun, nyeri tekan didapatkan di regio epigastrik hingga umbilikal dan terdapat ascites dengan pemeriksaan undulasi dan *shifting dullness*. Pada pemeriksaan urogenital tidak ditemukan kelainan, pada pemeriksaan muskuloskeletal didapatkan keempat akral hangat dan tidak ditemukan edema ataupun sianosis.

Hasil pemeriksaan laboratorium darah lengkap dalam batas normal dengan WBC $8,3 \times 10^3/\mu\text{L}$, RBC $4,58 \times 10^6/\mu\text{L}$, Hb 12,7 g/dl, Hct 41,30 % dan platelet $541 \times 10^3/\mu\text{L}$. Pada pemeriksaan kimia darah didapatkan bilirubin total 0,89 mg/dL, bilirubin indirek 0,69 mg/dL, bilirubin direct 0,2 mg/dL, SGOT 33 U/L, SGPT 14 U/L, alkali phosphatase 53 U/L, Bun 23 mg/dL, creatinin 0,87 mg/dL, GDS 110 mg/dL. Didapatkan penurunan albumin (3 g/dL) dan penurunan total protein dalam darah (6,2 g/dL). Pasien dalam keadaan hiponatremia (Natrium 131 mmol/L) dan hipokalemia (kalium 2,26 mmol/L)

Pada analisis cairan ascites didapatkan parameter cell $27/\text{mm}^3$ dengan didominasi cell mononuclear 60 % dan polynuclear 40 %. Pada pemeriksaan feses lengkap hanya ditemukan lemak positif. Pemeriksaan profil lipid pasien didapatkan mengalami dislipidemia dengan kadar kolesterol serum 275 mg/dL, HDL direk 37,09 mg/dL, LDL

kolesterol direk 143 mg/dL dan Trigliserida 106 mg/dL.

Pada pemeriksaan radiologis thorak AP didapatkan kesan cor dan pulmo tak tampak kelainan, pemeriksaan BOF tiga posisi diperoleh kesan Curiga ascites, adanya massa belum dapat disingkirkan, tak tampak gambaran gas bebas intraperitoneal. Pada pemeriksaan USG abdomen didapatkan kesan batu kecil – kecil dan sludge pada kantung empedu, kista ovarium kanan, penebalan dinding gaster dengan vasculer positif suspect tumor dan ascites. Pemeriksaan CT Scan tanpa kontras mengesankan suspect massa gaster, penebalan ireguler dinding sebagian kolon ascenden, transversum dan colon descenden, ascites dan efusi pleura minimal bilateral, dilatasi ringan pelvis renalis kiri

Pemeriksaan endoskopi diperoleh hasil tampak massa berdungkul, rapuh, mudah berdarah, dengan lesi ulserasi, clot di dasar ulkus dan mukosa edema pada corpus gaster. Selanjutnya dilakukan biopsi pada gaster dengan kesimpulan *Poorly differentiated adenocarcinoma*. Pasien lalu didiagnosis dengan Adenocarcinoma gaster suspect stadium IIIB, ascites e.c. metastase, hipokalemia e.c. loss GI, hipoalbumin e.c. inflamasi kronis dan dislipidemia. Adapun terapi yang diberikan pada pasien yaitu MRS, Drip KCL 25 meq dalam NaCl 0,9 % 500 ml 20 tetes/menit, NS 0,9 % : Aminovel :D 10% = 1: 2 : 1 30 tetes/menit, Diet cair 6 x 200 cc, Asetosal 1 x 80 mg, Bisoprolol 1 x 2,5 mg, Simvastatin 1 x 20 mg dan Transfusi albumin 20 % 1 kolf/hari hingga albumin > 3,5 gr/dL

DISKUSI

Kanker gaster biasanya tidak menjadi simptomatik sampai penyakitnya menyebar dengan luas dikarenakan gejalanya tidak spesifik sehingga

kebanyakan pasien dengan kanker gaster terdiagnosa pada stadium lanjut (Alwi dkk, 2008, Bachtiar Surya, 2008)

Pasien dapat mempunyai kombinasi gejala dan tanda seperti penurunan berat badan, anorexia, fatigue, atau nyeri epigastrium namun karena tidak terlalu berat seringkali diacuhkan. Gejala lainnya yaitu mual, muntah, sedangkan perdarahan gastrointestinal jarang terjadi (5%), namun kehilangan darah kronik (*chronic occult blood loss*) sering terjadi dan bermanifestasi sebagai anemia defisiensi besi.

(Devita, 2001) *Paraneoplastic syndromes* seperti thrombophlebitis, *acanthosis nigricans* (hiperpigmentasi dari *axilla* dan *groin*), atau *peripheral neuropathy* jarang terjadi (Clark dkk, 2006, Anjani dkk, 2009)

Lokasi atau tipe tumor dapat mempengaruhi gejala yang ada. *Dysphagia* berhubungan dengan massa tumor yang berada pada kardia gaster dengan penyebaran pada *gastroesophageal junction*, sedangkan tumor di daerah distal bermanifestasi sebagai obstruksi gaster (Devita, 2001). Pasien dengan lesi *scirrhous-type* (linitis plastica) akan mengeluh cepat kenyang dikarenakan hilangnya distensibilitas gaster. Gejala yang biasanya ada pada pasien dengan tumor linitis plastica termasuk *nausea* dan *vomiting* (61%), *weight loss* (58%), *dysphagia* (46%), dan *abdominal pain* (38%) (Mac Donald dkk, 2006, Schwart, 2009). Vomiting yang terjadi terus menerus konsisten dengan karsinoma antral yang mengobstruksi pylorus. (Devita, 2001).

Pada kasus ditemukan tanda-tanda yang mengarah pada keluhan kanker gaster yaitu muntah – muntah sejak 6 bulan lalu dan penurunan berat badan, perut terasa penuh, nyeri perut, perut yang membuncit sebagai tanda asites, dan riwayat mencret sejak 6 bulan yang lalu yang dicurigai sebagai proses metastase.

Pasien juga mengaku memiliki riwayat penyakit maag sejak remaja akan tetapi tidak berat dan hanya muncul sesekali apabila pasien telat makanyang diperkirakan merupakan akibat dari infeksi H.Pylori.

Pada kanker gaster stadium awal, tidak tampak kelainan laboratorium yang akan terlihat. Level serum *Carcinoembryonic antigen* (CEA) dan CA 19-9 seringkali meningkat pada pasien dengan kanker gaster stadium lanjut (Liu dkk,2004 , Casciato dkk,2000). Tetapi hanya sekitar sepertiga dari pasien yang memiliki nilai abnormal dari CEA dan/atau CA19-9. (Liu dkk,2004)Serum natrium terkadang menurun, terutama pada pasien dengan asites, hal ini berhubungan dengan ketidakmampuan ekskresi air bebas (Clark,2006)

Pada pasien ini ditemukan pemeriksaan darah lengkap yang tidak menunjukkan kelainan yang signifikan. Pada pemeriksaan fungsi hati menunjukkan hasil SGOT dan SGPT normal. Pada pemeriksaan bilirubin didapatkan bilirubin direk, indirek, dan bilirubin total dalam batas normal. Albumin, natrium dan kalium menurun.

Saat ini endoskopi diyakini sebagai metode diagnosis yang sensitif dan spesifik pada karsinoma gaster.(Bachtiar Surya,2007) Endoskopi memungkinkan visualisasi langsung lokasi tumor, ekstensi keterlibatan mukosa dan biopsi untuk diagnosis jaringan. (Abdi Rad dkk,2006). Pemeriksaan lain adalah: endoskopi ultrasound (EUS) yang dapat menentukan *staging* tumor secara lebih akurat oleh karena dapat melihat kedalaman invasi tumor dan menilai perluasan ekstensi kelenjar getah bening perigastrika. Diyakini EUS sebagai alat diagnosis yang paling dapat dipercaya untuk menegakkan *staging* karsinoma gaster dan menentukan reseptabilitasnya (Clark dkk,2006 , Alwi dkk,2008, Anjani,2009).

Pemeriksaan endoskopi pada pasien ini ditemukan corpus gaster tampak massa berdungkul, rapuh, mudah berdarah, dengan lesi ulserasi, clot di dasar ulkus, antrum mukosa edema yang mengarah pada kemungkinan neoplasma

CT-Scan merupakan pemeriksaan yang sering dilakukan untuk *staging* karsinoma gaster. Pemeriksaan ini mendeteksi metastasis hati, kelenjar getah bening regional maupun jauh dan dapat memprediksi jaringan yang diinvasi secara langsung oleh tumor.(Abdi Rad, 2006) Akan tetapiTehnik CT standar sangat lemah dalam mengevaluasi gaster. Ketebalan dinding gaster sulit untuk dinilai tanpa adanya distensi dari gaster dan bagian dari dinding gaster yang coplanar dengan sudut axial scan (terutama regio cardiac gaster) dapat terlihat menipis. Penampakan pseudomass dari *gastroesophageal (GE) junction* pada CT-scan standar berkisar 23% dari 100 pasien dengan *GE junctions* yang normal. (Lockhead dkk,2008 , Abdi Rad dkk, 2006). Sebaliknya MRI (*Magnetic Resonance Imaging*) memiliki manfaat yang terbatas dalam *staging* karsinoma gaster khususnya jika dihubungkan dengan kesulitan menilai, harga yang relatif tinggi, waktu untuk pemeriksaan dan kurangnya zat kontras oral yang sesuai,Namun demikian MRI unggul dalam menilai hati, tulang, dan penyebaran peritonium (Bachtiar Surya dkk, 2007). Keunggulan nyata dari MRI adalah kemampuannya memberikan gambaran foto multiplanar, tidak terpapar radiasi dan dapat digunakan pada penderita yang sensitif terhadap kontras (Bachtiar Surya,2007, Anjani dkk,2009)

Pada akhirnya pemeriksaan jaringan di laboratorium menjadi baku emas dalam diagnosis neoplasma (Schwart,2003 , Devita, 2001, Clark,2006). WHO telah mendefinisikan karsinoma gaster yaitu

tumor ganas epitel dari mukosa gaster dengan differensiasi kelenjar (Devita,2001). Klasifikasi WHO mendasari karsinoma gasterberdasarkan derajat kemiripan metaplasia jaringan intestinal dan terbagi atas 5 tipe: adenokarsinoma (intestinal dan diffusa), *papillary*, *tubuler*, *mucinous*, dan *signet-ring cell* (Bachtiar Surya, 2007 , Devita, 2001). Sedangkan Klasifikasi Lauren membagi karsinoma gaster atas dua histopatologi: tipe intestinal dan diffusa (Casciato,2000 , Mac Donald dkk,2006). Sistem ini didasari atas susunan mikroskopis dan gambaran pertumbuhan. Tipe diffusa memiliki sel tumor yang tidak kohesif, menginfiltrasi jaringan struma gaster dan sering menampilkan gambaran desmoplasia dan terjadinya peradangan mukosa. Tipe ini kurang dipengaruhi oleh lingkungan, insidennya akhir-akhir ini cenderung meningkat, mengenai usia muda dan memiliki prognosis yang buruk .Sebaliknya tipe intestinal menunjukkan formasi kelenjar yang dapat dikenali, mulai dari diferensiasi baik hingga buruk, cenderung tumbuh membesar dibandingkan dengan infiltrasi dan diyakini terjadi akibat gastritis athropi kronik.

RINGKASAN

Neoplasma telah menjadi masalah besar dalam peradaban manusia belakangan ini. Sering terlambatnya diagnosis, penyulit – penyulit yang muncul hingga perlunya penanganan yang komprehensif merupakan beberapa hal yang menjadi isu utama. Kanker gaster menempati urutan keempat diantara kanker yang paling sering terjadi dan seringkali baru terdiagnosis pada fase lanjut karena periode asimptomatik yang lama.Pasien dapat mempunyai kombinasi gejala dan tanda seperti penurunan berat badan, anorexia, fatigue, atau nyeri epigastrium. Gejala lainnya yaitu mual, muntah,

sedangkan perdarahan gastrointestinal jarang terjadi.Saat ini endoskopi diyakini sebagai metode diagnosis yang sensitif dan spesifik pada karsinoma gaster dengan didukung CT Scan untuk mendeteksi metastasis hati, kelenjar getah bening regional maupun jauh. Pada akhirnya pemeriksaan jaringan di laboratorium menjadi baku emas dalam diagnosis jenis neoplasma.

DAFTAR PUSTAKA

Current Problems in Surgery: Gastric Cancer. Clark, R et al. 8, s.l. : Curr Probl Surg, 2006, Vol. 43, pp. 566-670

Casciato DA, Lowitz BW.Manual of Clinical Oncology. s.l. : Lippincott Williams & Wilkins, 2000

Devita, VT, Hellman, S, Rosenberg, SA.Cancer: Principles and Practice of Oncology 6th. 6th edition. s.l. : Lippincott Williams & Wilkins Publishers, 2001

Gastric Cancer: New Therapeutic Options. Macdonald, JS. 2006, NEJM , p. 355;1

Gastric Cancer. Lochhead, P and El-Omar, M. s.l. : British Medical Bulletin, 2008, Vols. 85: 87–100 .

Karsinoma Gaster dan Penatalaksanaannya. Alwi Ahmad, Muchtar Riyadi dkk : Journal of Medicine Kalbe Farma. 2008. Vol 10 pp 37-42

NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Gastric Cancer. Ajani, AJ et al. s.l. : National Comprehensive Cancer Network, 2009. V.2.

Penatalaksanaan Bedah Terkini Dari Karsinoma Gaster. Bachtiar Surya. Pidato Pengukuhan Guru Besar Tetap. Universitas Sumatra Utara. 2007

Schwartz, SI. 2005. Schwartz's Principles of Surgery 8th Ed. United States of America: The McGraw-Hills Company.

Trends in reported incidences of gastric cancer by tumour location, from 1975 to 1989 in Japan. Liu, Y, Kaneko, S and T, Sobue. s.l. : Journal of Epidemiology, 2004, Vol. 33, pp. 808-815.

Trend in incidence of gastric adenocarcinoma by tumour location from 1969-2004. Abdi-Rad, A, Ghaderi-sohi, R and Nadimi-barfroosh, H. s.l. : Diagnostic Pathology, 2006, Vol.6

