

CARCINOMA ANAPLASTIKA NASOPHARYNX

Oleh: Soetarjo Tjokromihardjo

Bagian Bedah Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada,
Yogyakarta

PENDAHULUAN

Penyakit ini sebenarnya termasuk dalam ruang lingkup bagian Hidung Telinga Tenggorokan, sehingga uraian-uraian penyakit ini sudah sering dikemukakan oleh teman-teman sejawat bagian HTT. Karena bagian patologi juga banyak sangkut pautnya maka tidak jarang kita baca tulisan-tulisan teman-teman sejawat bagian patologi mengenai penyakit ini.

Tulisan ini dimaksudkan sebagai bahan perbandingan karena di Rumah Sakit Universitas Gadjah Mada bagian Bedah dijumpai kasus dalam jumlah yang lumayan.

Timbul pertanyaan mengapa ada penderita yang datang berobat ke bagian Bedah. Jawabnya: Ada beberapa kemungkinan, misalnya:

1. a. karena ketidaktahuan pihak penderita
b. karena klinikus yang pertama-tama memeriksanya tidak menduga sama sekali bahwa kasus yang diperiksanya menderita penyakit *Ca-Annas* (carcinoma anaplastika nasopharynx) yang primernya di nasopharynx, sehingga ia mengirimkannya ke bagian Bedah.
2. karena penderita-penderita tumor di negeri kita pada umumnya selalu datang terlambat memeriksakan ke dokter.

Hal keterlambatan berobat pada dokter mungkin disebabkan:

- a. tingkat pendidikan masih rendah (banyak penderita di pelosok-pelosok masih takut berobat pada dokter, bahkan lebih suka berobat kepada dukun)
- b. fasilitas kesehatan rakyat di negeri kita masih sangat kurang
- c. keadaan sosial-ekonomi rakyat di negeri kita kurang baik
- d. dan lain-lain.

Berdasarkan hal-hal tersebut di atas, perlu diadakan langkah-langkah pencegahan yang sebaik-baiknya, agar pertolongan terhadap penderita *Ca-Annas* tidak sampai terlambat, misalnya:

1. a. diadakan pencerangan atau penyuluhan yang cukup jelas kepada masyarakat tentang penyakit tumor umumnya, penyakit Ca-Annas khususnya.
- b. diadakan pendidikan yang lebih intensip dan lebih sempurna terhadap calon-calon dokter mengenai diagnostik Ca-Annas, malahan bilamana mungkin pada periode-periode tertentu diselenggarakan semacam refresher atau upgrading bagi klinikus yang bekerja di daerah peri-feri (pedesaan), maupun yang bekerja di kota.
2. bagian bedah yang tidak sengaja menerima penderita Ca-Annas segera mengirimbkannya kepada bagian HTT atau setidak-tidaknya dimohonkan konsultasi kepada bagian HTT.
3. memperbaiki keadaan sosial-ekonomi rakyat
4. meningkatkan dan memperbaiki kehidupan dan hygiene rakyat.

Carcinoma anaplastika nasopharynx (Ca-Annas) adalah tumor ganas yang primernya berada di nasopharynx. Ini berasal dari selaput lendir ruang nasopharynx yang tidak menunjukkan diferensiasi, tetapi menurut pemeriksaan mikroskop elektron dapat ditemukan serabut-serabut halus keratin sitoplasma sel tumor, yang juga dijumpai pada sel-sel epitel nasopharynx.

Mengenai keganasan tumor, Surja Widjaja (1973) menulis sebagai berikut:

- Di Indonesia tumor ganas yang mempunyai disposisi rasial dan penyebaran geografik adalah tumor ganas lambung, kulit dan nasopharynx.
- Di Inggris, Skandinavia, Amerika Serikat dan Jepang tumor ganas nasopharynx jarang dijumpai, sedang di Indonesia, Singapura, Taiwan, Hongkong, Muang Thai dan Afrika tumor ganas tersebut banyak ditemukan. Menurut Bloom tumor ganas nasopharynx menduduki tempat ke 12 untuk golongan Indonesia dan tempat ke 6 untuk golongan Tionghoa.
- Di Jawa Timur (Surabaya) dan Indonesia Timur selama tahun 1952-1959 tumor ganas nasopharynx 8,4% dari jumlah seluruh tumor ganas golongan masing-masing dan menduduki tempat ke 4 dalam urutan tumor ganas terbanyak untuk golongan Indonesia (Djojopranoto, 1960).
- Di Jawa Tengah menurut Prof. Bambang Sutarso tumor ganas nasopharynx 2,29% dari seluruh tumor ganas selama 1952-1959.
- Menurut Pandi (Bambang, 1973) dari Jakarta tumor ganas nasopharynx digambarkan sebagai berikut:
 dari 186 tumor ganas telinga, hidung dan tenggorokan selama tahun 1964-1967 tumor ganas nasopharynx merupakan 50%

dari tumor ganas yang lain dan 44,1% untuk golongan Indonesia dan 70,8% untuk golongan Tionghoa.

- Di Medan menurut Napitupulu *et al.*, tumor ganas nasopharynx menduduki tempat ke 2 sesudah tumor ganas uterus.
- Menurut Bambang (1973) hasil biopsi 855 kasus di Semarang selama tahun 1964--1970 terdapat keganasan 390 dan 280 (71,8%) merupakan tumor ganas nasopharynx, dan merupakan keganasan nomer satu di bidang hidung telinga dan tenggorokan.

Tumor ini mula-mula mengadakan metastase secara lymphogen ke daerah leher umumnya di dekat processus mastoideus atau di regio-retro atau submandibularis.

Gambaran klinik tumor metastase cervical ini kurang lebih sebagai berikut:

- mula-mula timbul benjolan agak lunak dan masih dapat digerakkan dari dasarnya
- benjolan bertambah besar dan bertambah keras, melekat erat pada dasarnya sehingga sukar digerakkan
- benjolan bisa homolateral atau bilateral
- mengganggu fungsi/gerakan leher
- menimbulkan kelumpuhan facialis.

Adanya tumor metastase cervicalis inilah yang mungkin mendo-klinikus untuk mengirimkan penderita ke bagian bedah.

Pada stadium berikutnya terjadi metastase ke tempat (organ) yang lebih jauh secara hematogen, misalnya ke tulang, paru-paru, limpa, hati, ginjal, dan lain-lain. Pada saat ini klinikus sering mendapat kesulitan untuk mengatasi keadaan kritis penderita.

Sebetulnya yang paling penting ialah bagaimana mengetahui atau menegakkan diagnosa yang paling dini agar penderita dengan segera dapat dikirim atau diserahkan kepada seorang ahli yang kompeten yaitu ahli hidung telinga dan tenggorokan.

Adalah suatu hal yang tidak mudah untuk dapat mengetahui atau menegakkan diagnosa dini Ca-Annas, karena:

1. gejala-gejala klinis pada stadium permulaan hampir menyerupai penyakit-penyakit lain, misalnya:
 - sering pilek
 - epistaxis (mimisen)
 - keluar ingus, atau ingus bercampur darah atau berbau busuk
 - suara mendenging (bindeng) dan parau (serak)
 - kadang-kadang penderita sukar bernafas, karena tumor menyumbat rongga hidung
 - sering merasa pusing
 - sukar berbicara atau menelan kalau sudah ada lesi saraf di daerah palatum

- merasa sakit di telinga bagian dalam
 - telinga mendengung (tinnitus aurium)
 - pendengaran berkurang atau dapat tuli sama sekali karena tumor sudah mendesak tuba Eustachii sehingga hantaran gelombang suara terganggu
 - penglihatan dubbel (diplopia)
2. klinikus tidak mempunyai alat cukup untuk memeriksa organ-organ yang letaknya di sebelah dalam hidung lebih-lebih nasopharynx yang letaknya di belakang choanae
 3. kepastian diagnosa Ca-Annas selalu atau sebaiknya didasarkan hasil pemeriksaan pathoanatomis.

Oleh karena itu dapat ditarik kesimpulan, bahwa:

1. Semakin awal mencurigai adanya Ca-Annas, semakin menguntungkan penderita. Lebih baik kecelik mencurigai adanya Ca-Annas (meskipun setelah dilakukan pemeriksaan hidung telinga tenggorokan dan patologi anatomi ternyata bukan Ca-Annas) dari pada kecelik tidak mencurigai adanya Ca-Annas (tetapi sesudah dilakukan pemeriksaan hidung telinga tenggorokan dan patologi anatomi ternyata Ca-Annas), sebab dengan kecelik yang pertama penderita tidak akan terlambat sampai di tangan ahli hidung telinga tenggorokan.
2. Bila dijumpai gejala-gejala yang mirip atau cenderung ke arah Ca-Annas, sebaiknya penderita dikirim ke bagian hidung telinga tenggorokan secepat mungkin, jangan sampai menunggu terabanya benjolan di leher, karena adanya benjolan di leher sudah menunjukkan adanya metastase ketempat yang agak jauh secara limphogen.

Mengenai kesukaran membuat diagnosa dini tumor ganas nasopharynx, Djojoparanto dalam tesisnya menulis:

Dari apa yang diceriterakan oleh penderita-penderita yang diperiksa oleh penulis dan dari kartu-kartu penderita, dapat dikatakan bahwa sebagian besar dari diagnosis pertama selalu salah.

Tidak jarang penderita-penderita datang pada beberapa dokter yang semua membuat diagnosis yang salah dan serba berlainan pula. Malahan pada penderita-penderita yang datang ke ahli Telinga, Hidung dan Kerongkongan kerap kali dibuat diagnosis pertama yang salah.

Sesudah beberapa kali diperiksa, baru dapat ditetapkan diagnosis akhir. Sebagai akibat dari diagnosis yang salah itu, maka telah terjadi dijalankan bermacam-macam operasi yang sebetulnya tidak perlu.

Disamping gejala-gejala klinis untuk menetapkan diagnosis Ca-Annas, perlu diketahui stadium-stadium tumor ini.

Menurut Geist dan Portman:

Stadium	I	:	tumor terbatas pada nasopharynx
Stadium	II	:	tumor sudah bermetastase ke leher tanpa gejala-gejala neuralgia
Stadium	III	:	sudah menunjukkan gejala-gejala neuralgia dan irvasi ke orbita, sinus-sinus dan tulang dasar tengkorak
Stadium	IV	:	menunjukkan adanya metastase di tempat yang jauh (misalnya hepar, paru-paru tulang, limpa, ginjal, dan lain-lain).

Theman menentukan klasifikasi Ca-Annas dengan rumus TNM, dimana:

T	:	t u m o r
T 0	:	tumor belum kelihatan
T 1	:	tumor terbatas di satu lokasi saja, misalnya 1, 2 atau 3
T 2	:	tumor kelihatan jelas pada 2 lokalisasi antara 1, 2 atau 3
T 3	:	tumor sudah meluas keluar nasopharynx tetapi belum ada kerusakan tulang
T 4	:	tumor sudah meluas ke luar nasopharynx dan sudah ada kerusakan tulang.
N	:	N o d u l u s
N 0	:	belum teraba metastase tumor di leher
N 1	:	ada metastase tumor di leher homolateral, tetapi tumor masih mudah digerakkan
N 2	:	ada metastase tumor di leher bilateral yang masih mudah digerakkan
N 3	:	ada metastase tumor di leher bilateral yang sudah tidak dapat digerakkan.
M	:	M e t a s t a s e
M 0	:	belum tampak adanya metastase ke tempat yang jauh
M 1	:	sudah ada metastase ke tempat yang jauh.

Contoh:

Stadium I	I	:	T 0-2N 0M 0
Stadium II	II	:	T 0-2N 1-2M 0
Stadium III	III	:	T 0-2N 3M 0 T 3 N 0 - 3 M 0
Stadium IV	IV	:	T 4 N 0 - 3 M 0 T 0 - 4 N 0 - 3 M 0

Menurut U.I.C.C. (union International Centre le Cancer) klasifikasi Ca-Annas juga berdasarkan rumus TNM, dimana:

T : t u m o r

T T - is : tumor in situ, belum mengadakan invasi
T 0 : tumor tak tampak

T1	:	tumor pada satu sisi atau tempat
T2	:	tumor meluas ke beberapa tempat
T3	:	tumor meluas, tetapi tidak mengadakan invasi ke tulang
T4	:	tumor meluas dengan invasi ke tulang, termasuk bagian tulang rawan tuba Eustachii

N : Nodus

N0	:	tidak teraba pembesaran kelenjar
N1	:	teraba pembesaran kelenjar homolateral
N2	:	teraba pembesaran kelenjar bilateral, tetapi tumor masih dapat digerakkan
N3	:	teraba pembesaran kelenjar bilateral, tetapi sudah tak dapat digerakkan lagi

M : Metastase

M0	:	tidak ada anak-sebar yang jauh
M1	:	ada anak-sebar yang jauh
M2	:	

HASIL DAN PEMBICARAAN

Di rumah sakit Universitas Gadjah Mada bagian Bedah, selama 1962-1970 tercatat 84 kasus Ca-Annas. Jumlah ini sangat sedikit bila dibandingkan dengan kepadatan penduduk di daerah Yogyakarta dan sekitarnya. Hal ini mungkin karena:

1. Banyaknya jumlah Rumah Sakit di Yogyakarta dan sekitarnya yang dapat menangani penderita-penderita Ca-Annas, misalnya:
 - di dalam kota Yogyakarta ada RS Panti Rapih, RS Bethesda, RS PKU, RS Universitas Gadjah Mada Bagian Hidung Telinga Tenggorokan dan Bagian Bedah.
 - di luar kota Yogyakarta ada RSU Tidar di Magelang dan RSU Mangkubumen di Sala.
2. Penderita yang berobat ke Rumah Sakit Universitas Gadjah Mada Bagian Bedah semuanya adalah penderita yang telah merasakan terabanya benjolan di leher (metastase tumor cervical).

Penulis menyusun data klinik menurut sasaran yang akan dituju yaitu:

1. jumlah penderita tiap tahunnya
2. perbandingan jumlah penderita pria dan wanita
3. perbandingan jumlah menurut golongan (ras)
4. stadium Ca-Annas
5. umur penderita
6. geografi.

Tabel 1. Jumlah penderita tiap tahun, jenis kelamin, bangsa dan stadium tumor.

Tahun	Jumlah penderita	S e x		Ras (bangsa)			Metastase Cervical
		Pria	Wanita	Indonesia	Tionghoa	Lain-lain	
1962	6	5	1	6	--	--	6
1963	2	2	--	2	--	--	2
1964	3	2	1	3	--	--	3
1965	6	5	1	6	--	--	6
1966	9	9	--	9	--	--	9
1967	14	9	5	13	1	--	14
1968	23	13	10	23	--	--	23
1969	11	9	2	11	--	--	11
1970	10	8	2	10	--	--	10
1962- 1970	84	62	22	83	1	--	84

Tabel 2. Distribusi penderita menurut umur.

Tahun	Jumlah Penderita	U m u r (t a h u n)								
		0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90
1962	6	--	--	--	--	3	2	1	--	--
1963	2	--	--	--	1	--	1	--	--	--
1964	3	--	1	1	--	--	1	--	--	--
1965	6	--	--	--	2	4	--	--	--	--
1966	9	--	--	--	1	5	1	1	--	1
1967	14	--	--	2	2	8	1	1	--	--
1968	23	--	1	1	7	9	3	2	--	--
1969	11	--	--	1	2	6	2	--	--	--
1970	10	--	1	1	1	2	4	1	--	--
1962- 1970	84	--	3	6	16	37	15	6	--	1

Tabel 3. Geografi tempat tinggal penderita.

Tahun	Jumlah penderita			Bagelen dsk.			Yogyakarta dsk			Solo dsk.			Magelang dsk		
	j	d	k	j	d	k	j	d	k	j	d	k	j	d	k
1962	6	6	—	3	3	—	3	3	—	—	—	—	—	—	—
1963	2	2	—	—	—	—	2	2	—	—	—	—	—	—	—
1964	3	3	—	3	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1965	6	6	—	1	1	—	3	3	—	1	1	—	1	1	—
1966	9	7	2	5	5	—	3	1	2	—	—	—	1	1	—
1967	14	12	2	5	5	—	6	4	2	2	2	—	1	1	—
1968	23	20	3	10	10	—	6	4	2	5	4	1	2	2	—
1969	11	8	3	4	4	—	6	4	2	—	—	—	1	—	1
1970	10	5	5	5	4	1	4	1	3	—	—	—	1	—	1
1962— 1970	84	69	15	36	35	1	33	22	11	8	7	1	7	5	2

j : jumlah

d. : jumlah penderita yang tinggal di desa

dsk : dan sekitarnya

k : jumlah penderita yang tinggal di kota

Dapat di tarik kesimpulan bahwa:

1. Jumlah penderita pria lebih banyak dari pada wanita, yaitu: 62 : 22 atau 3 : 1.

Menurut Soenarto (1970) perbandingan ini sebagai 2 ; 1, Iwin Sumarman (1970) perbandingan sebagai 3 : 1, Indro Sutirto (1973) sebagai 2 : 1. Menurut Djojopranoto (1960) perbandingan ini 7 : 1 untuk golongan Tionghoa dan 2 : 1 untuk Indonesia.

2. Jumlah penderita golongan Indonesia 83 orang sedang golongan Tionghoa hanya satu orang. Dengan perbandingan angka yang demikian sukar untuk dapat dinilai adanya disposisi rasial pada golongan Tionghoa. Soenarto (1973) dari 87 kasus hanya ada 2 kasus Tionghoa. Indrosutirto (1973) mendapatkan golongan Tionghoa 5,5 kali lebih banyak dari pada golongan Indonesia asli.

Djojopranoto (1960) menyatakan:

- tumor ini banyak dijumpai pada bangsa Tionghoa, tidak saja pada bangsa Tionghoa yang berdiam di Tiongkok, tetapi juga yang menetap di luarTiongkokseperti Singapura, Indonesia dan Amerika. Kerap kali penderita-penderita Tionghoa ini juga dibesarkan di negeri tersebut. Bangsa Korea juga mempunyai sifat ini

- tumor ini juga dijumpai pada bangsa Indonesia
- sebaliknya India dan Jepang menyatakan dengan pasti bahwa neoplasma ini jarang dijumpai pada kedua bangsa tersebut
- jadi tidak semua bangsa Asia mudah dihindangi oleh penyakit tersebut
- jarang ditemukan pada bangsa kulit putih.

Dari angka statistik penderita Ca-Annas di Yogyakarta oleh Soenarto

(1973) maupun oleh penulis mengenai keragu-raguan adanya disposisi rasial pada golongan Tionghoa, tidak cocok (bahkan sangat bertolak belakang) dengan tulisan-tulisan yang menyatakan adanya disposisi rasial pada golongan Tionghoa. Hal ini mungkin karena pada umumnya penduduk golongan Tionghoa di Yogyakarta tidak banyak yang datang berobat ke Rumah Sakit Gajah Mada, mereka lebih senang berobat ke rumah sakit swasta.

3. Semua penderita yang berobat atau dirawat di rumah sakit Universitas Gajah Mada bagian Bedah Yogyakarta dalam keadaan stadium metastase cervical.

Jadi sesuai dengan adat serta kebiasaan di daerah kita (daerah terbelakang) penderita tumor selalu datang terlambat pada dokter. Bahkan dari anamnesa ternyata sebagian besar sebelum berobat pada dokter, terlebih dahulu minta tolong pada dukun atau mencoba sendiri mengobati dengan memopokkan berbagai macam daun-daunan.

4. Jumlah penderita terbanyak berumur antara 41-50 tahun (37 kasus atau 44%) berumur 31-40 tahun (16 kasus atau 19%). Selanjutnya penderita berumur 51-60 tahun (15 orang atau 17,8%).

Dapat ditarik kesimpulan bahwa Ca-Annas menempatkan kegemarnya pada penderita berumur antara 30-60 tahun. Penderita termuda tercatat seorang anak laki-laki berumur 13½ tahun, tertua seorang laki-laki berumur 90 tahun.

Menurut Sunarto (1973) 57,7% kasus berumur 40-60 tahun.

Iwin Sumarman (1970) menuliskan bahwa menurut:

Martin frekwensi tertinggi pada umur 40-50 tahun, Hara pada umur 60-70 tahun, Pandi pada umur 30-50 tahun, Fax pada umur 40-60 tahun, Hickley pada umur 41-61 tahun. Sedang usia termuda antara 1-10 tahun dan tertua 71-83 tahun.

- tumor ini juga dijumpai pada bangsa Indonesia
- sebaliknya India dan Jepang menyatakan dengan pasti bahwa neoplasma ini jarang dijumpai pada kedua bangsa tersebut
- jadi tidak semua bangsa Asia mudah dihindangi oleh penyakit tersebut
- jarang ditemukan pada bangsa kulit putih.

Dari angka statistik penderita Ca-Annas di Yogyakarta oleh Soenarto

(1973) maupun oleh penulis mengenai keragu-raguan adanya disposisi rasial pada golongan Tionghoa, tidak cocok (bahkan sangat bertolak belakang) dengan tulisan-tulisan yang menyatakan adanya disposisi rasial pada golongan Tionghoa. Hal ini mungkin karena pada umumnya penduduk golongan Tionghoa di Yogyakarta tidak banyak yang datang berobat ke Rumah Sakit Gadjah Mada, mereka lebih senang berobat ke rumah sakit swasta.

3. Semua penderita yang berobat atau dirawat di rumah sakit Universitas Gadjah Mada bagian Bedah Yogyakarta dalam keadaan stadium metastase cervical.

Jadi sesuai dengan adat serta kebiasaan di daerah kita (daerah terbelakang) penderita tumor selalu datang terlambat pada dokter. Bahkan dari anamnesa ternyata sebagian besar sebelum berobat pada dokter, terlebih dahulu minta tolong pada dukun atau mencoba sendiri mengobati dengan memopokkan berbagai macam daun-daunan.

4. Jumlah penderita terbanyak berumur antara 41–50 tahun (37 kasus atau 44%) berumur 31–40 tahun (16 kasus atau 19%). Selanjutnya penderita berumur 51–60 tahun (15 orang atau 17,8%).

Dapat ditarik kesimpulan bahwa Ca-Annas menempatkan kegemarannya pada penderita berumur antara 30–60 tahun. Penderita termuda tercatat seorang anak laki-laki berumur 13½ tahun, tertua seorang laki-laki berumur 90 tahun.

Menurut Sunarto (1973) 57,7% kasus berumur 40–60 tahun.

Iwin Sumarman (1970) menuliskan bahwa menurut:

Martin frekwensi tertinggi pada umur 40–50 tahun, Hara pada umur 60–70 tahun, Pandi pada umur 30–50 tahun, Fax pada umur 40–60 tahun, Hickley pada umur 41–61 tahun. Sedang usia termuda antara 1–10 tahun dan tertua 71–83 tahun.

Djojopranoto (1960) menulis dalam tesisnya:

- menurut Codfredsen, sebagian besar dijumpai pada umur 40–60 tahun, penderita termuda berumur 4 tahun sedang tertua berumur 79 tahun.
- menurut Miller, dari 101 orang penderita tumor ganas nasopharynx kebanyakan terdapat antara 40–59 tahun. Penderita termuda berumur 5 tahun, sedang tertua berumur 79 tahun.

5. Mengenai frekwensi Ca-Annas yang berdasarkan geografik, penulis gunakan 2 macam tinjauan:

a. Tinjauan menurut daerah topografinya (atau lokalisasinya) misalnya:

- daerah Yogyakarta dan sekitarnya
- daerah Bagelen dan sekitarnya (atau daerah Karesidenan Kedu bagian Selatan)
- daerah Sala dan sekitarnya
- daerah Magelang dan sekitarnya (atau daerah Karesidenan Kedu bagian Utara).

Hal ini dipandang perlu karena ada kemungkinan bahwa kebiasaan atau tatacara hidup sehari-hari (cara makan, merokok dan lain-lain) berbeda-beda di daerah yang satu dengan daerah yang lain.

b. Tinjauan menurut sistim penerangan yang dipakai pada waktu malam hari, misalnya:

- daerah pedesaan dimana penduduk umumnya memakai penerangan lampu minyak tanah yang mengeluarkan asap,
- daerah kota dimana penduduk umumnya memakai penerangan lampu listrik.

Kedua macam tinjauan geografik ini dipandang perlu karena adanya pendapat bahwa faktor hygiene yang jelek dan faktor asap (zat carbon) dapat membantu terjadinya tumor.

Menurut tinjauan geografik maka:

- | | | |
|--------------|---|--|
| Juara I | : | dipegang oleh daerah Bagelen dan sekitarnya, yaitu 36 kasus atau 43% |
| Juara II | : | dipegang oleh daerah Yogyakarta dan sekitarnya, yaitu 33 kasus atau 39,3%. |
| Runner-up I | : | dipegang oleh daerah Sala dan sekitarnya, yaitu 8 kasus atau 9,4%. |
| Runner-up II | : | dipegang oleh daerah Magelang dan sekitarnya, yaitu 7 kasus atau 8,3%. |

Seperti diketahui penduduk di daerah Bagelen dan sekitarnya kebanyakan menghisap rokok klembak-menyany (istilah populernya se-

bagai rokok Eng Siong). Penulis berpendapat apakah faktor asap rokok lebih khusus lagi faktor asap-rokok-klembak-menyang, tidak perlu mendapat sorotan khusus dari kalangan medici?

Menurut sistim penerangan (pedesaan dan kota) maka di pedesaan terdapat 69 dari jumlah 84 atau 82,1%, sedangkan di kota hanya 15 atau 17,8%.

Ini berarti bahwa:

- faktor penerangan yang mengeluarkan asap, yang diisap oleh manusia semalam suntuk dan berlangsung bertahun-tahun lamanya, memegang peranan penting dalam Ca-Annas,
- mungkin hygiene yang jelek (rumah-rumah kecil, ventilasi buruk, tidak berjendela dan lain-lain) dapat menambah frekwensi Ca-Annas. Seperti diketahui keadaan hygiene maupun sosial-ekonomi rakyat di pedesaan umumnya lebih jelek dari pada rakyat di kota besar.

Pendapat ini dapat disesuaikan dengan pendapat Surja Widjaja (1973) yang menyebutkan: tumor ganas nasopharynx jarang dijumpai di Inggris, Skandinavia, Amerika Serikat dan Jepang, sedang di Indonesia, Singapura, Taiwan, Hongkong, Muang Thai, Kenya (Afrika) tumor ini banyak ditemukan.

Djojopranoto (1960) dalam tesisnya menyimpulkan ada 2 macam pendapat mengenai faktor yang dapat membantu terjadinya tumor ganas nasopharynx, yaitu:

a. rangsang menahun:

- asap: rokok, minyak tanah, kayu bakar, candu dan lain-lain
- makanan yang panas atau yang mempunyai sifat merangsang selaput lendir seperti lombok dan mostar
- radang menahun nasopharynx.

b. faktor bangsa (ras)

Digby di Hongkong menemukan faktor-faktor penyebab Ca-Annas sebagai berikut:

1. berdiam di rumah-rumah yang kecil dengan penghuni yang banyak
2. ventilasi rumah yang kurang baik
3. pemakaian minyak tanah yang mengeluarkan asap tebal, yang merupakan perangsang untuk jalan pernafasan.
4. pemakaian kayu sebagai bahan bakar di dapur.

Di dalam *Encyclopedia Britanica* (1970, 887-889) disebutkan

secara singkat beberapa bahan yang mungkin dapat membantu terjadinya tumor ganas pada umumnya, ialah:

1. *polycyclic hydrocarbon*
2. *aromatic amines*
3. *azo dyes*
4. *urethane*
5. *nitrosamines*
6. *plastics*
7. *naturally occurring carcinogens*

Terapi, *follow-up* dan prognosa

Setelah dilakukan pemeriksaan klinis dan ditetapkan diagnosa sementara, maka pada penderita dilakukan biopsi kelenjar cervical di Bagian Bedah dan dikonsulkan ke Bagian HTT untuk mendapatkan biopsi nasopharynx.

Bila hasil Patologi Anatomi meyakinkan adanya Ca-Annas, maka penderita dikirim ke Bagian Radiologi RSUP-Sala atau Semarang untuk memperoleh radio-terapi. *Follow-up* terhadap penderita sukar dilakukan, sehingga sukar mendapat data konkrit mengenai hasil terapi tersebut. Ini disebabkan karena jauhnya jarak dan komunikasi antara pihak donor yang mengirim penderita dan pihak *receiver* yang memberi radio-terapi. Seperti diketahui Fakultas Kedokteran Universitas Gajah Mada Yogyakarta pada saat ini (th. 1972) belum dapat menerima penderita yang memerlukan radioterapi.

Mengenai terapi dengan obat *anti-cancer* (indoxan, mitomycin, dan lain-lain) di Rumah Sakit Universitas Gajah Mada Bagian Bedah belum dapat dicoba karena penderita yang dirawat pada umumnya dari golongan yang tidak mampu, sehingga obat-obat *anti-cancer* tersebut diluar batas daya beli mereka.

Pada umumnya prognosa penderita tumor ini infaust.

KESIMPULAN DAN RINGKASAN

Dilaporkan 84 penderita Ca-Anaplastik nasopharynx yang dirawat di Rumah Sakit Universitas Gajah Mada Bagian Bedah, Yogyakarta, dari tahun 1962-1970.

Dari jumlah kasus ini dapat ditarik kesimpulan bahwa:

1. Jumlah penderita pria dan wanita berbanding sebagai 3 : 1
2. Sukar ditetapkan adanya disposisi rasial pada golongan Tionghoa
3. Umumnya penderita datang terlambat berobat ke rumah sakit (sudah dalam stadium metastase cervical). Hal ini mungkin berhubungan dengan adat orang Jawa, bahwa sebelum datang pada dokter penderita sering mencoba dulu berobat

pada dukun atau diusahakan mengobati sendiri dengan dipopok dengan bermacam daun-daunan.

4. Frekwensi terbanyak antara umur 30—60 tahun, umur termuda 13½ tahun dan tertua 90 tahun.
5. Frekwensi geografik :
 - a. dari jumlah kasus yang dirawat 43% bertempat tinggal di daerah Bagelen dan sekitarnya.

Hal ini mungkin adanya pengaruh menghisap rokok klembak menyany yang umumnya sangat digemari.

- b. 82,1% bertempat tinggal di daerah pedesaan di mana dipakai lampu minyak tanah, sebagai alat penerangan di waktu malam, sedang sisanya bertempat tinggal di kota di mana dipakai lampu listrik.

Hal ini memungkinkan adanya kecenderungan bahwa faktor asap (zat carbon) mempunyai peranan sebagai *carcinogen agent*.

Berdasarkan hal-hal tersebut perlu langkah-langkah untuk mengurangi frekwensi penderita Ca-Annas di daerah Yogyakarta dan sekitarnya (termasuk daerah Bagelen, Sala, Magelang), misalnya:

1. Merealisir dengan segera secara intensip dan sempurna proyek *community medicine* yang bergerak ke pelosok-pelosok (pedesaan) untuk melaksanakan tugas-tugas:
 - a. *public service*
 - b. *public health information*
 - c. *public health research*.
2. Meningkatkan perbaikan sosial-ekonomi rakyat (modernisasi desa dalam arti yang seluas-luasnya).
3. *Refresher atau upgrading* tenaga-tenaga kesehatan (medis dan para medis), terutama mereka yang beroperasi di daerah periferi (pedesaan) untuk memperoleh *job-training* yang lebih mendalam mengenai diagnosa dini Ca-Annas.

Perlu pemikiran yang sungguh-sungguh guna terwujudnya obat-obat *anti-cancer* yang murah, setidaknya tidaknya memenuhi kemampuan daya beli rakyat.

SUMMARY

84 patients of nasopharynx Anaplastic-Ca taken care at the Surgery Department of the Gadjah Mada University Hospital from 1962 until 1970 were reported.

Conclusions can be drawn from the data as follows:

1. The proportion of male and female patients is equal to 3 : 1.
2. A difficulty is found in determining the existence of racial disposition against the Chinese people.
3. Most patients came to the hospital in late condition (after cervical metastases). This situation may have connection with customs of Javanese people that, before they come to the doctor or to the hospital, most of them see a traditional medicine-man or secure themselves by using various kinds of leaves as drug.
4. A greatest frequency is shown in patients ages between 30-60 years. The youngest is 13,5 years and the oldest is 90 years old.
5. a. 36 patients (43% live in Bagelen region and its surroundings. This has probably connection with influence of smoking klembak-menyan cigarettes by the people.
- b. 69 patients (82%) live in villages obviously where they usually use petroleum-light, in which smoke can be assumed as a carcinogen agent.

According to the above facts, it will be necessary to take positive steps in decreasing the Annas-Ca in Yogyakarta and its surroundings (including Yogyakarta, Solo, Kedu and so on, i.e.:

1. to realize immediately, intensively and completely the community medicine program through the villages in:
 - a. public service
 - b. public health information
 - c. public health research.
2. Refresher or upgrading courses for nurses and doctors who operate in the rural areas in the early diagnosis of Annas-Ca.
3. Upgrading or improvement of the people's socio-economic condition for instance modernization of the village in a complete sence.

It is necessary to provide anti-cancer drugs with lower price to meet the buying power of the people.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih yang tak terhingga besarnya kami sampaikan kepada:

1. Prof. Ramlan Mochtar, yang telah memberi dorongan moral yang kuat bagi terwujudnya tulisan ini
2. Prof. Bambang Sutarso, yang telah memberi bantuan berupa bimbingan, nasihat dan petunjuk-petunjuk yang sangat berharga
3. Teman-teman sejawat di Bagian HTT, Patologi dan Bedah dalam lingkungan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, yang telah memberikan bantuan kepada penulis.

KEPUSTAKAAN

- Adji Muslihudin. 1973 Tumor ganas pada bagian telinga, hidung, tenggorokan. *Oto-Rhino-Laryngologica Indonesiana* 3 : 147-52.
- Bambang S.S. 1973 Frekwensi carcinoma nasopharynx di Bagian T.H.T. RS. Dr. Karjadi Semarang. *Oto-Rhino-Laryngologica Indonesiana* 3 : 134-46.
- Djojopranoto, M. 1960 *Beberapa Segi Patologi Tumor Ganas Nasopharynx di Jawa-Timur* Thesis, Gita Karya, Surabaya.
- Encyclopedia Britanica*, 1970 vol. 4 : 887-9.
- Indro Sutirto. 1973 Tumor ganas nasopharynx. *Oto-Rhino-Laryngologica Indonesiana* 3 : 130-3.
- Iwin Sumarman. 1970 Tumor ganas nasopharynx di Bagian Telinga, Hidung dan Tenggorokan Rumah Sakit Pusat Dr. Hasan Sadikin Bandung. *Oto-Rhino-Laryngologica Indonesiana* 3 : 111-29.
- Soenarto S. 1973 Tumor ganas nasopharynx. *Oto-Rhino-Laryngologica Indonesiana* 3 : 103-10.
- Surja Widjaja. 1973 Carcinoma anaplastik nasopharynx. *Oto-Rhino-Laryngologica Indonesiana* 3 : 153-77.
-