

**PENGAMATAN REKURENSI LOKO-REGIONAL
PENDERITA KANKER PAYUDARA
PASCA MASTEKTOMI DAN KEMOTERAPI
DI RSUP.H.ADAM MALIK**



OLEH

Dr. UMAR SURATINOJO

**DEPARTEMEN ILMU BEDAH FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS SUMATERA UTARA
MEDAN
2009**

Diajukan Untuk Melengkapi Persyaratan
Mencapai Keahlian Dalam Bidang Ilmu Bedah
Pada Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara

**PENGAMATAN REKURENSI LOKO-REGIONAL
PENDERITA KANKER PAYUDARA
PASCA MASTEKTOMI DAN KEMOTERAPI
DI RSUP.H.ADAM MALIK**

Dr. Umar Suratinojo

Disetujui oleh

**KETUA SUB DEPARTEMEN BEDAH ONKOLOGI
DEPARTEMEN ILMU BEDAH FK USU**

Dr. Emir Taris Pasaribu, SpB(K)Onk.

Diketahui Oleh

**KETUA PROGRAM STUDI
DEPARTEMEN ILMU BEDAH FK USU**

**KETUA DEPARTEMEN
ILMU BEDAH FK USU**

Dr. Emir Taris Pasaribu, SpB(K)Onk.
NIP.140098036

Prof.dr.Bachtiar surya, SpB.KBD
NIP.140068980

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, atas berkah dan ridho-Nya, sehingga penulis dapat mengikuti Program Pendidikan Dokter Spesialis Bedah di Departemen Ilmu Bedah FK-USU Medan, serta dapat menyelesaikan karya tulis ini.

Ucapan terima kasih dan penghormatan penulis sampaikan kepada Prof. dr. Bachtiar Surya, SpB-KBD sebagai Ketua Departemen Ilmu Bedah FK-USU yang telah memberikan kesempatan, bimbingan kepada penulis sejak penerimaan dan selama mengikuti pendidikan spesialis bedah, demikian juga ucapan terima kasih dan penghormatan penulis sampaikan kepada dr. Emir Taris Pasaribu, SpB(K)Onk, sebagai Ketua Program Studi Ilmu Bedah dan sebagai Ketua Sub Departemen Onkologi yang juga sebagai pembimbing penelitian, yang senantiasa memberi bimbingan selama pendidikan ilmu bedah dan selama pelaksanaan penulisan karya tulis ini hingga selesai.

Ucapan terima kasih dan penghargaan penulis sampaikan kepada Prof. dr. Aznan Lelo, Ph.D, SpFK, sebagai konsultan penelitian, yang telah meluangkan waktu membantu menyelesaikan penelitian ini.

Rasa hormat dan terima kasih penulis sampaikan kepada guru-guru saya : Prof. dr. Hafas Hanafiah, SpB, SpOT(K)FICS, Prof. dr. Usul M. Sinaga SpB(K)Finacs (Alm); Prof. dr. Nazar Moesbar, SpB, SpOT(K), Prof. dr. Buchari Kasim, SpBP (Alm); dr. Gerhard Panjaitan, SpB(K)Onk; dr. Riahsyah Damanik, SpB(K)Onk, DR.dr.Humala Hutagalung, SpB(K)Onk ; Prof. dr. Adril A. Hakim, SpS, SpBS(K); Prof. dr. Gofar Sastrodiningrat, SpBS(K); Prof. Dr. dr. Iskandar

Japardi, SpBS(K); dr. Asmui Yosodihardjo, SpB, SpBA; dr. Ismet SpB; dr. Syahbudin Harahap, SpB; dr. Harry Soedjatmiko, SpB, SpBTKV; dr. Bungaran Sihombing, SpU; dr. Marshal, SpB, SpBTKV; dr. Chairandi, SpOT; dr. Edy Sutrisno, SpBP; dr. Syah Mirsa Warli, SpU; dr. Liberty Sirait, SpB-KBD; dr. Asrul Simangunsong, SpB-KBD; dr. Erjan Fikri, SpBA; dr. Budi Irwan, SpB-KBD; dr. Kamal Siregar, SpB(K)Onk, dan dr. Suyatno, SpB(K)Onk ; dr. Nino Nasution, SpOT; dr. Otman Siregar, SpOT(K)Spine; dr. Frank Bietra Buchari, SpBP; dr. Zahri, SpU, dan lain-lain yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang tanpa pamrih telah memberikan ilmu dan bimbingan kepada saya selama mengikuti program pendidikan Ilmu Bedah ini.

Ucapan terima kasih penulis sampaikan kepada senior-senior dan rekan-rekan peserta program pendidikan spesialis bedah, yang bersama-sama menjalani suka dan duka selama pendidikan.

Penghormatan dan terima kasih sebesar-besarnya untuk kedua orang tua saya tercinta, Hasim Suratinojo (alm) dan Aminah Korompot (alm) atas segala jerih payah dan pengorbanan beliau berdua dalam mengasuh, membimbing dan mendidik saya. Demikian juga kepada mertua saya Kol.Inf (Purn). H. Nurdin Sulisty, S.Sos dan Hj. Rachmawaty yang senantiasa memberikan semangat, nasehat, dukungan selama ini.

Teruntuk kepada kakak-kakakku Letkol Kav.Saifuddin S ; Ir.Sufian S ; Chadidjah S, SH ; adik-adikku Ibrahim S, ST,MSc ; Idiel S, SH ; Zukri S, SIP,MM ; Kurniati S ; juga kepada saudara iparku Kapten Inf. Eko Prasetyo dan Erwin Radityo, SH yang telah memberikan semangat selama ini.

Akhirnya terima kasih yang tak terkira kepada istriku tercinta Erina Widyanthi atas segala pengertian, dorongan semangat, kesabaran dan kesetiaan

dalam segala suka duka mendampingi saya selama menjalani masa pendidikan yang panjang dan melelahkan ini.

Semoga Allah SWT selalu memberikan Rahmat, hidayah dan Lindungannya kepada kita semua dalam menjalankan tugas dan semoga sukses selalu beserta kita. Amin.

Wassalam
Umar Suratinojo



DAFTAR ISI

	Halaman
KATAPENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iii
DAFTAR TABEL.....	iv
ABSTRACT.....	v
ABSTRAK.....	vi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Perumusan Masalah.....	3
1.3. Tujuan Penelitian.....	3
1.4. Manfaat Penelitian.....	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	4
BAB III METODOLOGI PENELITIAN.....	11
3.1. Rancangan Penelitian.....	11
3.2. Tempat dan Waktu Penelitian	11
3.3. Objek Penelitian.....	11
3.4. Pelaksanaan Penelitian.....	12
3.5. Pengolahan dan Penyajian Data.....	12
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	13
4.1. Hasil Penelitian.....	13
4.2. Pembahasan.....	18
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	25
5.1. Kesimpulan.....	25
5.2. Saran.....	26
DAFTAR PUSTAKA.....	27

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1 Hubungan Ukuran Tumor dan Survival.....	9
Tabel 2 Hubungan KGB dan Survival.....	9
Tabel 3 Distribusi Demografi.....	14
Tabel 4 Distribusi Parameter yang dinilai.....	16



ABSTRAK

Latar belakang : Meskipun telah banyak dijumpai kemajuan dalam hal deteksi dini, diagnostik dan penanganan kanker payudara, sering dijumpai rekurensi lokal maupun regional dan perluasannya pada wanita yang telah menjalani pengobatan primer. Tujuan penelitian ini adalah melihat angka rekurensi kanker payudara dan faktor-faktor yang berhubungan.

Metode : Studi retrospektif pada 109 kasus kanker payudara yang telah menjalani pengobatan berupa kemoterapi neoajuvan dilanjutkan dengan operasi Modified radikal mastectomy (MRM) / classic radikal mastectomy (CRM) ; ataupun yang telah dilakukan MRM yang dilanjutkan kemoterapi ajuvan di RSHAM periode tahun 2002 hingga Desember tahun 2008. Faktor yang diamati adalah rekurensi lokoregional dan faktor-faktor prognostik kanker payudara : usia, status kelenjar getah bening, ukuran tumor, tipe histopatologi, grade histopatologi, Stadium penyakit.

Hasil : Tidak dijumpai rekurensi lokal tetapi dijumpai 4(3,7%) kasus dengan rekurensi regional. Dari keseluruhan rekurensi 4 (3,7%) berada pada usia 46-55 tahun, 3(2,7)% berada pada stadium lanjut lokal, 2(1,8%) merupakan tipe ductal. 2 (1,8%) dengan ukuran tumor (T4) dan 2(1,8%) dengan KGB axila positif secara klinis.

Kesimpulan : Mengingat masih sedikitnya data rekurensi yang diperoleh selama 6 tahun, dengan rata-rata lama kontrol penderita 9 bulan dan tidak ada yang mencapai 5 tahun, data ini belum dapat dijadikan sebagai patokan angka rekurensi di RSHAM sehingga masih diperlukan penelitian lanjutan.

Kata kunci : Rekurensi loko-regional, kanker payudara, mastektomi dan kemoterapi, faktor prognostik.

ABSTRACT

Background : Despite was most founded progress to that early detection, diagnostic, and management of breast cancer, often founding locoregional recurrence and expansion of tumor in women have been primary treatment. Purpose this study is to observe breast cancer recurrence rate and related faktors.

Methods : Retrospective study to 109 breast cancer case that already treatment by Modified radikal mastectomy (MRM) / classic radical mastectomy (CRM) or already performed MRM and futhermore received adjuvand chemotherapy in RSHAM on period from 2002 until Desember 2008. Factors observed was locoregional recurrence and prognostic factors : age, lymph node status, size of tumor, histopathologic type, histopathologic grade.

Result : Did not found local recurrence but 4(3,7%) case is regional recurrence. From all recurrence 4(3,7%) in ege 46-55 years old, 3(2,7)% localized advanced, 2(1,8%) ductal type. 2(1,8%) with large tumor (T4) dan 2(1,8%) with clinically axillary positive limph node.

Conclusion : with considered only fews recurrence data that founded during 6 year, with mean duration control pasien only 9 month and was not found control 5 years, this data not yet used to standard of recurrence rate in RSHAM, therefore needed long study.

Key Words : locoregional recurrence, breast cancer, mastectomy and chemotherapy, prognostic factor.

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kanker payudara sampai saat ini masih merupakan masalah kesehatan baik di negara-negara maju apalagi di negara berkembang. Walaupun angka mortalitas menurun pada beberapa negara, kanker payudara tetap berperan sebagai penyebab kematian pada wanita umur 35-55 tahun. Di Inggris, diperkirakan 13.000 kematian disebabkan karena kanker payudara dan diperkirakan dijumpai 35.000 kasus baru tiap tahunnya (Baum M 2005). Sedangkan di Indonesia, kanker payudara merupakan kanker dengan insidens tertinggi kedua setelah kanker leher rahim dengan insidens relatif sebesar 12,6% menurut data dari Pathology-Based Cancer Registries, dengan ASCAR (Age Standarized Cancer Ratio) sebesar 17,46% (Tjahjadi G 1996) dan diperkirakan di Indonesia akan di jumpai minimal 20.000 kasus baru tiap tahunnya dimana kira-kira 50% kasus berada pada kondisi penyakit yang telah lanjut (Ramli M 1997, PERABOI 2003).

Dengan adanya kemajuan pada negara-negara industri, penyuluhan yang gencar, skrining mamografi serta deteksi dan diagnosis yang dini, insiden kanker payudara lambat laun mulai menurun dalam 10-15 tahun terakhir. Demikian juga dalam hal penanganan kanker payudara, saat ini standar pengobatan kanker payudara tidak lagi tunggal tetapi mencakup multimodalitas, terpadu antara pembedahan, kemoterapi, radioterapi, hormonal terapi, biologi terapi, dan terapi suportif (PERABOI 2003, Prayogo 2003).

Meskipun telah banyak dijumpai kemajuan dalam hal deteksi dini, diagnostik dan penanganan kanker payudara, sering dijumpai rekurensi lokal maupun regional dan perluasannya pada wanita yang diketahui menjalani pengobatan primer untuk kanker payudara, terutama bila dihubungkan dengan tindakan mastektomi konservatif. Adanya rekurensi sering dihubungkan dengan meningkatnya resiko kematian tanpa memperhatikan jenis pengobatan (Newman, dkk. 1999). Pada kanker payudara resiko lamanya hidup diperkirakan sebesar 12% dan resiko kematian sebesar 5%. (Soerjomataram, dkk. 2008).

Istilah rekurensi merujuk pada keadaan munculnya kanker secara klinik yang telah diobati sebelumnya. Faktor penyebab terjadinya rekurensi setelah menjalani mastektomi karena dua alasan, yaitu karena penyebaran kanker itu sendiri atau karena tidak lengkapnya pengangkatan jaringan lokal dan regional (Donegan 1979).

Oleh Eubank, dkk (2002) dikatakan bahwa rekurensi lokal dan regional (lokoregional) sering terjadi pada kira-kira 35% pasien setelah 10 tahun menjalani mastektomi. Oleh Newman, dkk (1999) angka rekurensi lokal untuk pasien yang menjalani mastektomi adalah 8,9% dan 5-year "disease free survival" (DFS) untuk pasien yang menjalani mastektomi adalah 73%.

Faktor-faktor prognostik yang diduga mempengaruhi survival penderita kanker payudara adalah ukuran tumor, status kelenjar getah bening, tipe histopatologis dan grade histopatologis. Faktor host yang mempengaruhi

survival adalah termasuk umur, ras/etnik, faktor sosioekonomi, gaya hidup dan co-morbidity (Clark 2004, Devita Jr 2005, Soerjomataram 2008).

Sampai saat ini belum ada pendataan mengenai rekurensi loko-regional di bagian bedah FK USU/ Rumah Sakit Pendidikan di Medan, khususnya pada kanker payudara pasca terapi.

1.2 Perumusan Masalah

Belum adanya data rekurensi lokoregional dan faktor faktor yang mempengaruhinya serta berapa besar angka rekurensi kanker payudara di RSHAM.

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan Umum : Melihat tingkat rekurensi loko-regional kanker payudara dan faktor-faktor yang berhubungan.

Tujuan Khusus : 1. Untuk melihat angka rekurensi kanker payudara
2. Untuk mengevaluasi faktor-faktor yang mempengaruhi munculnya rekurensi lokal dan regional.

1.4 Manfaat Penelitian

Dengan penelitian ini diharapkan dapat diperoleh data awal mengenai angka rekurensi loko-regional RS H. Adam Malik, serta dapat mengevaluasi faktor-faktor yang mempengaruhi prognostik kanker payudara.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Perjalanan klinik dari kanker payudara primer berbeda-beda untuk tiap pasien. Beberapa pasien memiliki disease free survival yang panjang, sedangkan sebagian pasien yang lain mengalami perubahan yang cepat dengan adanya rekurensi kanker payudara yang diikuti dengan kematian dalam waktu singkat (Clark 2004).

Secara klinis rekurensi lokal setelah mastektomi dijumpai adanya nodul yang asimtomatik dikulit dinding dada, didalam atau sekitar skar mastektomi, pada daerah flap kulit atau pada daerah dimana limf node telah diangkat. Setelah radikal atau modified mastektomi daerah rekurensi mencakup regio yang dibatasi sternum didaerah medial, superior klavikula, lateral mid axila dan batas kosta diinferior. Gambaran lain yang tidak umum berupa gambaran kulit seperti pruritik difus, adanya rash kulit, ulserasi kulit, dan rekurensi dalam bentuk inflamatory atau "Carsinoma en cuirasse". (Donegan,1979, Devita Jr 2005). Carcinoma en cuirasse adalah suatu bagian dari bentuk infiltrasi dari kulit atau jaringan subkutan dinding dada, dengan indurasi yang lebat dan perluasan tumor yang melewati batas standar daerah pembedahan atau terapi radiasi. Nodul dan ulsersi sering dijumpai (Recht 1996).

Rekurensi regional dapat terjadi bersama-sama dengan rekurensi lokal. Kelenjar getah bening yang mempunyai resiko untuk timbulnya rekurensi regional setelah tindakan radikal mastektomi adalah kelenjar mamaria interna dan supraklavikula dan setelah simple mastektomi kemungkinan bisa terjadi

rekurensi didaerah axilla (Donegan 1979). Pada sebagian besar pasien, regional rekurensi muncul sebagai suatu masa yang asimptomatik di axila atau fossa supraklavikula (Devita Jr 2005).

Hal-hal yang memprediksi meningkatnya resiko rekurensi pada dinding dada atau supraklavikula yaitu dijumpainya node axila positif 4 atau lebih, diameter tumor 4 cm atau lebih, perluasan ektranodal 2 mm atau lebih (katz 2000). Invasi ke dinding dada terjadi melalui perluasan lokal langsung tumor melalui fascia pectoralis atau perluasan ektranodal dari node intrapektoralis (rotter node) kedalam otot pektoralis. Rekurensi node supraklavikula biasanya dijumpai pada stadium IV dan merupakan pertanda semakin meluasnya penyakit. Munculnya rekuensi pada dinding dada dan supraklavikula berhubungan dengan prognosis yang buruk (Eubank 2002).

Dengan mastektomi, diseksi axila, dan kemoterapi ajuvan, tempat-tempat yang paling sering terjadinya rekurensi lokoregional adalah dinding dada (68%) dan supraklavikula (41%) (katz 2000). Dengan eksisi luas diikuti diseksi axila dan radioterapi, rekurensi axilla sekitar 7% dan rekurensi jauh 80% (Carpenter 1992). Sebelum adanya metastasis jauh, rekurensi terjadi pada 20-30% pasien, dan kira-kira 20-30% pasien dengan lokal rekurensi akan dijumpai metastasis jauh yang simultan. Lebih dari 90% lokal rekurensi terjadi dalam 5 tahun setelah mastektomi (Devita 2005).

Mekanisme rekurensi lokal belum diketahui dengan pasti, tetapi diduga karena :

1. adanya proses embolisasi dari sel tumor secara retrograde melalui aliran limf
2. pengangkatan lokal yang tidak lengkap tumor oleh karena adanya sisa jaringan tumor payudara pada flap kulit
3. Transeksi limf node dan pembuluh darah yang terlibat diikuti dengan keluarnya sel-sel kanker dan implantasi sel tersebut pada daerah luka
4. Implantasi sel-sel metastase secara hematogen pada jaringan thorax yang mengalami trauma sebagai bagian dari penyebaran sistemik
5. Stasis aliran limf setelah diseksi kelenjar getah bening regional mungkin dapat menghambat transpor endolimfatik dari sel-sel kanker akibatnya akan menyebabkan terjadinya metastasis didaerah tersebut (mekanisme "in transit") (Donegan 1979).

Mekanisme terjadinya rekurensi regional adalah adanya pertumbuhan yang progresif dari sel-sel metastasis yang terperangkap pada kelenjar getah bening regional tersebut. Oleh Fisher 199, hampir 40% dari kelenjar getah bening axilla yang nampaknya normal secara klinis rupanya mengandung sel-sel metastasis. Jika kelenjar getah bening tersebut tidak diobati, sel-sel metastasis tersebut akan muncul dalam beberapa bulan kemudian oleh karena progresifitasnya. Hal yang sama juga terjadi pada kelenjar mamaria interna, jika tidak di obati akan bermanifestasi sebagai adenopati dipinggir sternum pada 10% dari seluruh kasus (Donegan 1979).

Secara garis besar, faktor prognostik dapat dikelompokkan dalam 3 golongan yaitu : faktor penderita, faktor tumor, dan faktor terapi. Faktor prognostik kanker payudara yang saat ini telah diidentifikasi antara lain ukuran tumor, status kelenjar getah bening, tipe histopatologis dan grade histopatologis. Faktor host yang mempengaruhi survival adalah termasuk umur, ras/etnik, faktor sosioekonomi, gaya hidup dan co-morbidity. Tumor marker baru seperti BRCA, Her2, profil gen p53, juga mempengaruhi. Demikian juga dengan status estrogen dan progesteron reseptor. Penelitian terbaru menunjukkan bahwa MI (mitotic index) dan LVI (lympovascular invasion) dapat memprediksi survival jangka panjang. (Clark 2004, Devita Jr 2005, Soerjomataram 2008).

Umur merupakan prediktor utama resiko kanker payudara. Insiden kanker payudara akan meningkat dengan bertambahnya usia sampai dengan menopause (Bernstein 2003, Person 2002). Menurut Amstrong 2000 dan Polly 2002, pada usia dibawah 20 tahun insidens sangat rendah, meningkat pada usia 20-35 tahun, akan lebih meningkat lagi pada usia diatas 35 tahun. Puncaknya adalah pada usia 45-55 tahun, kemudian insiden akan menurun setelah usia 55 tahun. Kemungkinan untuk menderita kanker payudara pada wanita umur 25 tahun adalah 1 : 19.608 dan pada wanita usia 45 tahun menjadi 1 : 93 (Person 2002).

Pengurangan insidens setelah umur 55 tahun berhubungan dengan pengurangan aktivitas ovarium. Penurunan yang dramatik pada kurva insidens umur menunjukkan bahwa aktivitas ovarium berperan besar pada etiologi kanker payudara. Terdapat bukti nyata bahwa dengan menghilangkan aktifitas estrogen

secara iatrogenik melalui tindakan dengan membuat menopause prematur dapat mengurangi resiko kanker payudara. Studi epidemiologik menunjukkan bahwa wanita premenopause yang diketahui dilakukan oovorectomy tanpa pengantian hormon akan berkurang resiko kanker payudara. oovorektomi yang dilakukan sebelum menopause akan mengurangi resiko kanker payudara sebanyak 20-50% (Rowan 2000). Wanita dengan mutasi BRCA1 and BRCA2 yang dilakukan oovorectomy dini mempunyai efek protektif yang nyata pada resiko kanker payudara (Devita 2008).

Kanker payudara pada sebagian besar wanita berhubungan dengan hormon reproduksi wanita. Studi epidemiologi telah mengidentifikasi sejumlah faktor resiko kanker payudara yang dihubungkan dengan meningkatnya paparan estrogen endogen. Umur menarche yang dini, nullipara, menopause yang terlambat, wanita tanpa anak, akan meningkatkan resiko kanker payudara (Devita 2008). Tjindarbumi 2002, wanita nullipara mempunyai resiko terjadinya kanker 2-4 kali lebih tinggi dari wanita yang kawin dan melahirkan anak. Wanita yang melahirkan anak pertama dibawah 20 tahun mempunyai resiko 0,5 kali dari wanita nullipara (Devita 2008), dan wanita yang melahirkan anak pertama setelah 35 tahun memiliki resiko 2 kali lebih besar (Tjindarbumi 2002). Menarche yang dini berhubungan dengan resiko kanker payudara. Terdapat penurunan 20% resiko kanker payudara untuk tiap tahun menarche yang terlambat. Penggunaan kombinasi terapi pengganti estrogen dan progesterin juga meningkatkan resiko kanker payudara. (Devita 2008).

Ukuran tumor merupakan satu indikator prognostik rekurensi yang kuat untuk kanker payudara. Makin besar ukuran tumor, makin rendah angka harapan hidup 5 tahun dan 10 tahun seperti dalam tabel dibawah ini :

Tabel 1. Hubungan Ukuran Tumor dan Survival Kanker Payudara (Abeloff, 2004)

	TOTAL OF PATIENTS	SURVIVAL (%) RELATED TO TUMOR SIZE					
		2 CM		2-5 CM		>5 CM	
		5 YR	10 YR	5 YR	10 YR	5 YR	10 YR
Carter et al.	24,740	91		80		63	
Schottenfeld et al.	304	92	79	71	57	55	40
Nemoto et al.	13,384	[62]		[49]		[34]	

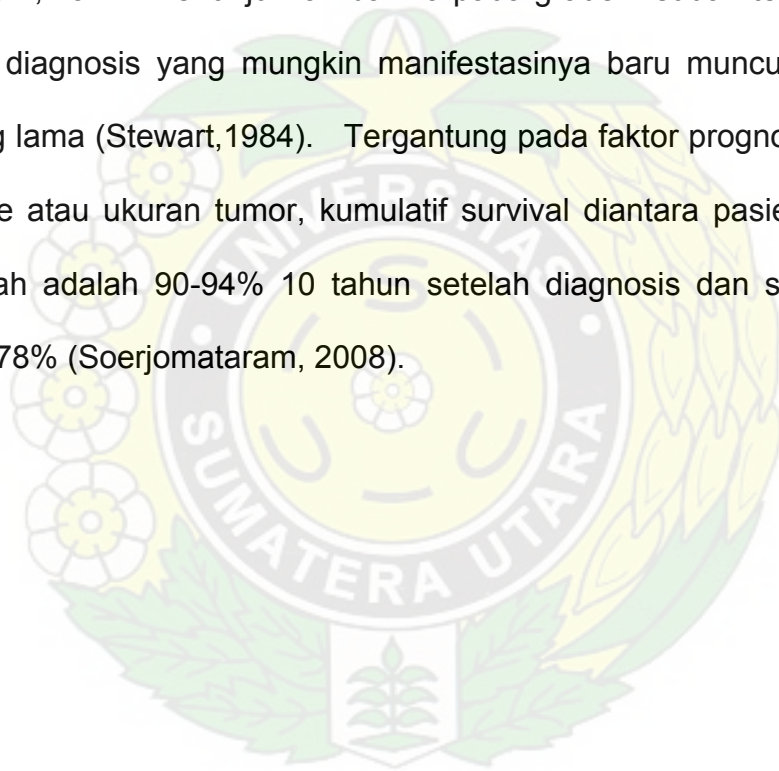
Terlibatnya limf node menunjukkan jeleknya prognosis pasien kanker payudara. Makin banyak KGB yang terlibat, angka harapan hidup makin menurun, seperti pada tabel 2. Pasien dengan limf node (+) mempunyai kira-kira 4-8 kali lebih tinggi mortalitasnya dari pada tanpa keterlibatan limf node (Soerjomataram, 2008).

Dalam hal tipe histopatologis, tumor duktal infiltratif dengan limf node axilla positif, memiliki insidens yang lebih tinggi dan memiliki prognosis yang buruk dari pada tipe infiltratif lainnya (Clark, 2004). Insiden tipe duktal kira-kira 85%. (Abeloff, 2004)

Tabel 2. Hubungan Status KGB survival kanker payudara (Abeloff, 2004)

AUTHORS	SURVIVAL (%) RELATED TO NODES					
	NEGATIVE NODES		3 POSITIVE NODES		4 POSITIVE NODES	
	5 YR	10 YR	5 YR	10 YR	5 YR	10 YR
Milan	89 [81]	-	68 [53]	-	48 [31]	-
M.D. Anderson	-	-	91 [69]	-	53 [43]	-
Carter et al.	92	-	81	-	57	-
Valagussa et al.	88 [79]	83 [74]	69 [46]	54 [33]	42 [26]	26 [15]
Fisher et al.	78	65	62	38	32	13

Tingginya grading histopatologis berhubungan dengan rendahnya survival jangka panjang (Soerjomataram, 2008). Tumor grade III akan kambuh lebih awal dan lebih sering terjadi relaps daripada tumor dengan grade lebih rendah. Tetapi setelah 10 tahun, mortalitas dari grade tumor yang tinggi memperlihatkan mendekati populasi umum sementara suatu kemunduran tetap berlangsung pada grade 1, hal ini menunjukkan bahwa pada grade 1 sudah terjadi metastasis pada saat diagnosis yang mungkin manifestasinya baru muncul dalam jangka waktu yang lama (Stewart,1984). Tergantung pada faktor prognostik lain seperti status node atau ukuran tumor, kumulatif survival diantara pasien dengan skor yang rendah adalah 90-94% 10 tahun setelah diagnosis dan skor yang tinggi adalah 30-78% (Soerjomataram, 2008).



BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Rancangan Penelitian :

Penelitian ini adalah penelitian retrospektif

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Divisi Bedah Onkologi/ Departemen Ilmu Bedah FK-USU/ RS H.Adam malik Medan dan dilakukan selama 4 bulan.

3.3 Objek Penelitian

3.3.1 Populasi :

Penderita kanker payudara

3.3.2 Kriteria Inklusi :

Penderita kanker payudara stadium 1 hingga stadium lokal lanjut yang telah menjalani pengobatan mastektomi (baik modified radical mastectomy atau classic radical mastectomy) dan kemoterapi (baik neoadjuvant atau adjuvant) di RSHAM periode 2002 hingga Desember 2008.

3.3.3 Kriteria Eksklusi :

Apabila didalam catatan rekam medik rumah sakit tidak diperoleh data yang lengkap.

3.3.4 Parameter yang dinilai :

- Rekurensi loko – regional
- Faktor-faktor prognostik kanker payudara :
 - Usia
 - Ukuran tumor
 - Status kelenjar getah bening
 - Tipe histopatologi
 - Grade histopatologi
 - Stadium penyakit

3.4 Pelaksanaan Penelitian

Penderita kanker payudara yang memenuhi kriteria inklusi dalam kurun waktu Januari 2002 – november 2008 diambil datanya dari rekam medik RS. H. Adam Malik Medan (Retrospektif) dan dicatat menurut lembaran data isian penelitian.

3.5 Pengolahan dan Penyajian Data

Data yang diperoleh ditabulasi dan di sajikan dalam bentuk tabel.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

Dari tahun 2002 hingga akhir tahun 2008 diperoleh data 141 kasus kanker payudara stadium 2A hingga stadium lanjut lokal yang dilakukan tindakan operasi, tetapi hanya 109 kasus yang dapat di evaluasi datanya. Sebanyak 32 kasus tidak diperoleh data yang lengkap karena catatan dalam rekam medik tidak diisi lengkap, hasil histopatologi yang tidak dijumpai, pemberian kemoterapi yang tidak lengkap, pasien tidak kontrol lagi setelah terapi.

Dari 109 kasus pada penelitian ini, 58 kasus (53,2%) berada pada stadium lanjut lokal dan 51 kasus (46,8%) berada pada stadium II. Untuk pasien stadium lanjut lokal sebelum dilakukan tindakan operasi diberikan terapi kemoterapi neoajuvan sebanyak 3-4 siklus, dinilai respon kemoterapinya. Diperoleh hanya 29 kasus dari 58 kasus yang tercatat respon kemoterapinya dan seluruhnya tercatat memiliki respon parsial. Pada pasien ini kemudian dilanjutkan dengan operasi modified radical mastectomy (MRM) dengan diseksi axila sampai level II. Pasca operasi dilanjutkan dengan pemberian regimen kemoterapi yang sama. Untuk pasien stadium II tindakan yang diberikan pertama berupa operasi MRM dan diseksi sampai level II yang kemudian dilanjutkan dengan pemberian kemoterapi ajuvan.

Penilaian lamanya kontrol pasien dihitung dari tanggal pembedahan hingga tanggal pencatatan terakhir pada status medical record. Diperoleh data paling lama 3 tahun. Tidak diperoleh data kontrol pasien dalam 5 tahun pasca terapi. Waktu kontrol penderita rata-rata adalah 9 bulan.

Rekurensi lokal pada penelitian ini tidak dijumpai, tetapi dijumpai 4 penderita (3,7%) mengalami rekurensi regional. 1 orang dijumpai rekuren di axilla dalam waktu 24 bulan, 2 orang di supraklavikula dalam waktu 12 dan 24 bulan, 1 orang di dua lokasi yang berbeda. Sebanyak 8 penderita (7,3%) mengalami metastasis jauh. Rekurensi pada stadium lanjut lokal dijumpai sebanyak 2 kasus (1,8%).

Tabel 3. Distribusi Demografi

Data Demografi	Jumlah	%
1. Jenis Kelamin		
o Wanita	107	98,2
o Laki-laki	2	1,8
2. Pendidikan		
o SD	46	42,2
o SMP	16	14,7
o SMA	30	27,5
o Sarjana	17	15,6
3. Suku		
o Batak	24	22,2
o Aceh	22	20,2
o Jawa	20	18,3
o Karo	14	12,8
o Tapsel	11	10,1
o Melayu	7	6,4
o Minang	5	4,6
o Nias	2	1,8
o DII	2	1,8

Lokasi tumor pada sisi sebelah kiri sebanyak 59 kasus (54,1%), di sisi kanan 50 kasus (45,9%). Didapatkan juga 2 penderita laki-laki (1,8%) (tabel 3). Data yang diperoleh untuk faktor resiko kanker payudara seperti menarche, paritas, menyusui, penggunaan kontrasepsi, tidak diperoleh data yang lengkap.

Untuk usia, rata-rata 46,7 tahun dengan rentang usia yang didapatkan termuda 27 tahun dan tertinggi berusia 73 tahun. Tingkat pendidikan SD 46 orang (42,2%), SMP 16 orang (14,7%), SMA 30 orang (27,5%), Sarjana 17 (15,6%).

Pada penelitian ini seperti dalam tabel 4, didapatkan kelompok umur penderita kanker payudara yang terbanyak berada pada usia 46 – 55 tahun dengan jumlah 37 penderita (33,9%), kemudian diikuti oleh kelompok umur 36 – 45 tahun dijumpai sebanyak 34 orang (31,2%). Pada kelompok umur lebih dari 55 tahun 21 orang (19,3%) dan umur kurang dari 35 tahun sebanyak 17 orang (15,6%). Rekurensi hanya dijumpai pada kelompok umur 46- 55 tahun sebanyak 4 orang (3,6%) dan metastasis jauh terbanyak pada kelompok umur ini sebanyak 4 orang (3,6%).

Dalam hal ukuran tumor, paling banyak ditemukan penderita kanker payudara dengan ukuran tumor yang besar (T4) sebanyak 48 orang (44%), kemudian T3 sebanyak 33 orang (30,3%), T2 sebanyak 28 orang (25,7%). Rekurensi terbanyak pada ukuran tumor T4 sebanyak 3 orang (6,3%).

Tabel 4. Distribusi parameter yang dinilai

Parameter yang dinilai	Yang diteliti (n=109)		Rekurensi	
	jumlah	%	Jumlah	%
1. Usia				
○ ≤ 35 thn	17	15,6	-	0
○ 36-45 thn	34	31,2	-	0
○ 46-55 thn	37	33,9	4	3,7
○ > 55 thn	21	19,3	-	0
2. Ukuran Tumor (T)				
○ T2 (> 2 cm)	28	25,7	1	0,9
○ T3 (> 5 cm)	33	30,3	1	0,9
○ T4 (tumor dgn ekstensi kulit/dinding dada)	48	44	2	1,8
3. Status KGB (Klinis)				
○ N0	53	48,6	1	0,9
○ N1	27	24,8	1	0,9
○ N2	28	25,7	2	1,8
○ N3	1	0,9	-	0
4. Stadium				
○ 2A	24	22	1	0,9
○ 2B	27	24,8	1	0,9
○ 3A	10	9,2	-	0
○ 3B	47	43,1	2	1,8
○ 3C	1	0,9	-	0
5. Tipe Histopatologis				
○ Ductal	84	77,2	2	1,8
○ Lobular	14	12,8	1	0,9
○ Mucinosum	2	1,8	-	0
○ Medulare	2	1,8	-	0
○ dll.	7	6,4	1	0,9
6. Lamanya Kontrol				
○ ≤ 3 bulan	41	37,6	-	0
○ 4 - 6 bulan	22	20,2	1	0,9
○ 7 - 9 bulan	8	7,4	-	0
○ 10-12 bulan	20	18,3	1	0,9
○ > 12 bulan	18	16,5	2	1,8

Jumlah penderita kanker payudara stadium 3B dijumpai sebanyak 47 orang (43,1%), stadium 3A dijumpai 10 orang (9,2%), stadium 2B dijumpai 27 orang (24,8%), stadium 2A dijumpai 24 orang (22%), pada stadium 3C dijumpai 1

orang (0,9%). Tidak dijumpai stadium 1 pada penelitian ini. Ditemukan 2 orang (1,8%) pada stadium 3B mengalami rekurensi.

Untuk gambaran histopatologi terbanyak dijumpai tipe ductal 84 kasus (77,2%), kemudian tipe lobular 14 kasus (12,8%), meduler dan mucinosum masing-masing 3 kasus (1,8%), 6 kasus dengan keterangan suatu Ca mammae, lalu adeno Ca 1 kasus. Sebanyak 2 penderita (1,8%) pada tipe ductal mengalami rekurensi.

KGB diperoleh dari hasil pemeriksaan klinis melalui palpasi KGB axilla. Diperoleh data N0 sebanyak 53 kasus, N1 sebanyak 27 kasus, N2 sebanyak 28 kasus. Rekurensi terjadi pada KGB axilla positif secara klinis sebanyak 5 kasus. Metastasis jauh terbanyak dijumpai pada KGB axilla negatif. Keterangan histopatologi pada penelitian ini tidak ditemukan berapa jumlah KGB yang terlibat dan hanya dinyatakan bahwa ada keterlibatan KGB. Untuk grading dari 109 kasus, sebagian besar tidak dijumpai keterangan pada laporan histopatologi, hanya diperoleh data 2 kasus dengan grading 2-3.

4.2 Pembahasan

Penelitian retrospektif yang dilakukan pada 109 kasus kanker payudara dari tahun 2002-2008, diperoleh data 58 kasus (53,2%) berada pada stadium lanjut lokal dan mendapat terapi kemoterapi neoajuvan dilanjutkan dengan MRM, dan 51 kasus (46,8%) berada pada stadium II dan dilakukan operasi MRM dilanjutkan kemoterapi ajuvan. Disini tidak dijumpai stadium I, karena umumnya pasien datang sudah dalam keadaan lanjut. Data yang diperoleh di Indonesia lebih dari 50% pasien kanker payudara datang sudah dalam stadium lanjut (Ramli 1991, Tjindarbumi 1993).

Disini, untuk kanker payudara stadium lanjut lokal sebelum dilakukan operasi, diberikan kemoterapi neoajuvan. Dengan pemberian kemoterapi neoajuvan diharapkan akan terjadi eradikasi mikrometastasis dan juga terjadi efek pengecilan masa tumor primer dan atau metastasisnya pada KGB Axilla. Melalui efek ini dapat dinilai respon kemoterapi secara klinis maupun histopatologis, bila efek pengecilan tumor ini tercapai dapat dipertimbangkan pengangkatan masa tumor ataupun tindakan breast Conserving treatment (BCT) (Fisher 1991). Pada penelitian ini dari 58 kasus (53,2%) stadium lanjut lokal seluruhnya terjadi respon (komplit ataupun parsial), tetapi sayangnya data yang diperoleh dalam catatan medical record untuk respon kemoterapi hanya dijumpai sebanyak 29 kasus (26,6%) dan keseluruhannya merupakan respon parsial. Sebagian pasien lanjut lokal memiliki KGB yang papable secara klinik yang dapat dideteksi oleh klinisi, tetapi sebagian pasien yang lain memiliki tumor payudara yang besar yang secara klinik KGB axillanya (-). Kuerer dkk, menunjukkan bahwa, pasien stadium lanjut lokal dengan KGB (+) yang diberikan kemoterapi neoajuvan, 5 year overall

survival dan disease free survival akan mencapai hingga 80% (Cox dkk,2006). Dari kepustakaan yang lain, dengan pemberian kemoterapi neoajuvan pada kanker payudara lanjut lokal akan menghasilkan respon parsial 50-98%, respon komplit secara klinik 5-52%, dan respon komplit secara patologik 4-28% (Singletary 1998). Yildrim 2008, pengobatan secara ajuvan secara substansial mengurangi resiko rekurensi. Radioterapi ajuvan dan tamoxifen ajuvan mengurangi resiko rekurensi sedangkan bila dengan kemoterapi ajuvan tidak ada perbaikan rekurensi.

Pada penelitian ini tidak dijumpai rekurensi lokal tetapi dijumpai rekurensi regional di axilla, di supraklavikula, dan di dua lokasi axilla - infraklavikula. Tidak dijumpainya rekurensi lokal disebabkan oleh waktu kontrol rata-rata hanya 9 bulan, tidak ada yang mencapai 5 tahun atau adanya kontrol lokal preoperasi dan pada saat mastektomi. Dari kepustakaan Lebih dari 90% lokal rekurensi terjadi dalam 5 tahun setelah mastektomi (Devita 2005). Yildrim 2008, angka rekurensi lokal yang rendah disebabkan oleh teknik pembedahan yang baik dan diseksi axila lengkap. Tempat yang paling sering dijumpai adanya rekurensi setelah mastektomi dan kemoterapi adalah dinding dada 68% dan supraklavikula 41%. (Katz 2000). Pada sekitar 63,6% pasien yang mengalami rekurensi, rekurensi yang pertama adalah jauh. Kelenjar getah bening yang mempunyai resiko untuk timbulnya rekurensi regional setelah tindakan radikal mastektomi adalah kelenjar mamaria interna dan supraklavikula dan setelah simple mastektomi kemungkinan bisa terjadi rekurensi didaerah axilla (Donegan 1979). Dengan eksisi luas diikuti diseksi axila dan radioterapi, rekurensi axilla sekitar 7% dan rekurensi jauh 80% (Carpenter 1992). Sebelum adanya metastasis jauh,

rekurensi loko-regional terjadi pada 20-30% pasien, dan kira-kira 20-30% pasien dengan lokal rekurensi dijumpai metastasis jauh yang simultan (Devita 2005). Tingkat kegagalan lokal setelah pengobatan kanker payudara dengan mastektomi 5 – 27% (Raissanen 1993).

Pada penelitian ini rekurensi terbanyak pada umur 46-55 tahun (3,7%). Pada penelitian oleh Yildirim 2008 pada 1217 pasien kanker payudara diperoleh 3,4% rekurensi terjadi pada usia > 35 tahun dan 20,6% terjadi pada usia ≤ 35 tahun. Dari kepustakaan lain, pasien dengan kanker payudara umur kurang dari 35 tahun mempunyai prognosis yang lebih buruk daripada pasien yang lebih tua dalam hal rekurensi, metastasis, dan ketahanan hidup. Perbedaan ini disebabkan oleh tingginya frekwensi faktor patologik yang merugikan yang tampak pada pasien muda seperti ditemukannya grading histopatologi yang tinggi, adanya LVI (Lymphatic vessels invasion), adanya nekrosis, adanya EIC (extensive intraductal component) dan ER (estrogen reseptor) negatif (Nixon 1994, Devita 2008). Untuk LVI dan ER tidak dapat dilakukan penilaian mengingat belum adanya fasilitas yang tersedia untuk pemeriksaan ini disini. Pada pasien premenopause dengan KGB negatif, umur < 43 tahun adalah faktor resiko yang sangat penting untuk lokal rekurensi setelah BCT. Resiko ini akan berkurang dengan pemberian kemoterapi preoperasi. Pertimbangan utama pemberian terapi ajuvan sistemik adalah untuk meningkatkan OS (overall survival). Yang penting pengurangan dari lokal rekurensi setelah BCT merupakan alasan tambahan untuk pertimbangan terapi sistemik pada pasien muda dengan KGB axila negatif. Hasil kosmetik yang cukup baik setelah BCT telah ditunjukkan dengan meningkatnya kualitas hidup penderita. Aspek ini akan tampak pada pasien muda. Untuk alasan ini,

yang penting adalah menawarkan BCT kapanpun pada penderita tersebut. Tetapi penelitian lain telah menunjukkan bahwa umur muda merupakan faktor resiko untuk lokal rekuren setelah BCT (Elkhuizen 2000).

Ukuran tumor berhubungan dengan faktor kecepatan tumbuh dan lamanya waktu untuk tumbuh. Kedua faktor ini berhubungan dengan kemampuan metastasis regional, peningkatan jumlah rata-rata KGB axila yang terlibat (Donegan 1997). Hal-hal yang memprediksi meningkatnya resiko rekurensi pada dinding dada atau supraklavikula yaitu dijumpainya node axila positif 4 atau lebih, diameter tumor 4 cm atau lebih, perluasan ektranodal 2 mm atau lebih (katz 2000). Invasi ke dinding dada terjadi melalui perluasan lokal langsung tumor melalui fascia pectoralis atau perluasan ektranodal dari node intrapektoralis (rotter node) kedalam otot pektoralis (Eubank 2002). Ukuran tumor yang besar dan KGB yang positif berhubungan dengan lebih cepat terjadi rekurensi loko-regional. Ukuran tumor yang besar, dengan keterlibatan limf node, dan interval disease free yang pendek setelah mastektomi berhubungan dengan gambaran rekurensi jauh yang lebih cepat diantara pasien-pasien ini (Crowe 1991). Dalam laporan Carter terhadap analisis 24.740 kasus kanker payudara, peningkatan ukuran tumor akan diikuti dengan adanya penurunan ketahanan hidup dan peningkatan kekambuhan, baik pada KGB positif maupun negatif. Pengaruh ukuran tumor lebih besar pada KGB positif. Carter mendapatkan ketahanan hidup 5 tahun pada ukuran kurang dari 2 cm adalah 91%, turun menjadi 80% bila ukuran 2–5 cm, dan menjadi 63% bila ukuran lebih dari 5 cm. Oleh Schottenfeld ketahanan hidup 10 tahun akan makin berkurang dengan meningkatnya ukuran tumor (Abeloff 2004). Pada penelitian ini, ukuran tumor

terbanyak adalah T4 (44%) dengan rekurensi 1,8%, T3 (30,3%) dengan rekurensi 0,9%, dan T2 (25,7%) dengan rekurensi 0,9%. Pada penelitian ini, walaupun ukuran tumor (T) menunjukkan adanya rekurensi tetapi tidak dapat menunjukkan ketahanan hidup 5 tahun yang disebabkan waktu kontrol yang tidak mencapai 5 tahun, juga jumlah kasus yang relatif sedikit, serta ukuran yang dipakai adalah ukuran klinis. Pada pasien KGB negatif dengan ukuran tumor 2-5 cm, memiliki 10 year overall survival yang rendah bila dibandingkan dengan tumor lebih kecil dari 1 cm (66% vs 79%) (Soerjomataram 2008).

Diperkirakan dapat ditemukan 20 kelenjar getah bening di axilla pada saat diseksi, dimana 13 pada level I, 5 di level II, 2 di level III. Beberapa studi menunjukkan bahwa metastasis sering terjadi pada level I, hanya sebagian kecil terjadi pada level II dan kira-kira 0-9% melibatkan level III (Haris 1993). Tingkat ketahanan hidup secara keseluruhan kanker payudara pada semua stadium adalah 60-80% dalam waktu 5 tahun. Pasien tanpa keterlibatan KGB mempunyai tingkat ketahanan hidup yang lebih tinggi daripada pasien dengan keterlibatan KGB (Krag, 2000). Keterlibatan KGB axilla merupakan indikator prognostik yang paling kuat. Terlibatnya KGB menunjukkan jeleknya prognosis (Krag 2000). Angka taksiran 10 tahun rekurensi lokoregional adalah 4% untuk KGB 0, 10% untuk KGB 1-3, 21% untuk KGB 4-9, 22% untuk KGB > 10. Pasien dengan ukuran tumor > 4 cm atau ada keterlibatan KGB 4 buah menunjukkan tingkat loko-regional rekuren sebesar 20%. Dan pasien dengan 1-3 KGB yang terlibat, tumor yang besar, ekstensi > 2 mm, atau diseksi axila yang tidak adekuat menunjukkan tingginya tingkat rekurensi post mastektomi. (Katz 2000).

Pasien dengan KGB positif mempunyai kira-kira 4-8 kali lebih tinggi mortalitasnya dari pada tanpa keterlibatan KGB (Soerjomataram 2008). Valagussa mendapatkan rekurensi 5 tahun pada faktor tidak ada KGB positif adalah 20%, meningkat menjadi 30-40% bila 1-3 KGB positif, dan menjadi 44-82% bila lebih dari 3 KGB positif. Ketahanan hidup 10 tahun pada faktor tidak ada KGB positif adalah 65-80%, turun menjadi 35-65% bila 1-3 KGB positif dan menjadi 13-24% bila lebih dari 3 KGB positif. Dalam penelitian ini penilaian keterlibatan KGB dilakukan secara klinis dengan menilai KGB axila dengan palpasi dan tidak dilakukan penilaian secara histopatologis oleh karena tidak diperoleh data yang menerangkan berapa jumlah KGB yang terlibat. Pada KGB axila yang positif menunjukkan lebih tinggi resiko rekurensi tetapi oleh Elkhuisen, Van de Velde dkk 2000, telah menunjukkan bahwa pasien premenopause umur < 43 tahun dengan KGB negatif merupakan faktor resiko untuk terjadinya lokal rekuren setelah BCT. Data untuk metastasis jauh dijumpai 5 kasus pada KGB axila negatif secara klinis dan 1 kasus pada KGB axila positif. Disini KGB axila positif Secara klinis dijumpai rekurensi sebanyak 3 kasus (2,7%).

Dalam hal tipe histopatologi , prognosis yang lebih baik akan didapatkan pada jenis mucinosum, papiler, tubuler, dan adenoid Ca dengan KGB axila negatif. Pasien dengan KGB axila negatif dengan ukuran kurang dari 3 cm mempunyai prognosis yang baik dan ini setara dengan tipe ductal atau lobular dengan ukuran kurang dari 1 cm (Abeloff 2004)). Pada penelitian ini, sebanyak 84 kasus (77,2%) merupakan Ca ductal dan 4 kasus (3,7%) pada tipe ini mengalami rekurensi. Yildirim 2008, tipe ductal 91% dan lobular 9%, sedangkan

rekurensi pada tipe ductal 5,1%, lobular 5,5%. Pada penelitian ini tidak diperoleh data ukuran KGB.

Grading merupakan pemeriksaan semi kuantitatif yang dapat memprediksi agresifitas penyakit. Tingginya grade histopatologis berhubungan dengan rendahnya survival jangka panjang (Soerjomataram 2008). Grade histologik yang tinggi diprediksi akan meningkatkan insiden rekurensi yang jauh, tetapi mungkin tidak lebih besar bila dibandingkan dengan adanya metastasis KGB atau lokal rekurensi setelah BCT. Tumor dengan grade tinggi cenderung membesar, yang menghambat reaksi selular dan nekrosis, dan lebih jelas pada ER (-) (Nixon, et.al 1996). Hasil analisis terhadap 1831 penderita menunjukkan penderita dengan grade 1 memiliki survival yang lebih baik dibandingkan dengan grade 2 atau 3 (Elston 1991). Tergantung pada faktor prognostik lain seperti status KGB atau ukuran tumor, kumulatif survival diantara pasien dengan grading yang rendah adalah 90-94% 10 tahun setelah diagnosis dan grading yang tinggi adalah 30-78% (Soerjomataram 2008). Grading pada penelitian ini didapatkan hanya 2 kasus grade 2-3 dan tidak ditemukan rekurensi maupun metastasis.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

1. Studi retrospektif terhadap 109 penderita kanker payudara pasca mastektomi dan kemoterapi dari tahun 2002-2008, tidak dijumpai rekurensi lokal tetapi dijumpai 4 (3,7%) kasus dengan rekurensi regional, dimana :1 di axilla, 2 di supraklavikula, dan 1 di axilla dan infraklavikula.
2. Dari keseluruhan rekurensi, 4 (3,7%) pada usia 46-55 tahun, 3 (2,7%) pada stadium lanjut lokal, 2 (1,8%) merupakan tipe ductal, 2 (1,8%) dengan ukuran tumor besar (T4), dan 2 (1,8%) dengan KGB axila positif secara klinis.
3. Mengingat masih sedikitnya data rekurensi yang diperoleh selama 6 tahun, dengan rata-rata lama kontrol penderita 9 bulan dan tidak ada yang mencapai 5 tahun (paling lama 3 tahun), data ini belum dapat dijadikan sebagai patokan angka rekurensi di RSHAM sehingga masih diperlukan penelitian lanjutan.

5.2 Saran

1. Pengisian, pencatatan identitas penderita, maupun pemeriksaan faktor resiko dan faktor-faktor prognostik pada status pasien sebaiknya dibuat dalam bentuk format yang lebih sistimatis dan tidak menyulitkan bagi siapa saja yang mengisi status penderita.
2. Penelitian ini perlu dilanjutkan untuk waktu yang lebih lama dengan jumlah sampel yang lebih besar sehingga dapat di peroleh data yang lebih akurat untuk rekurensi loko regional maupun data ketahanan hidup penderita kanker payudara di RSHAM.
3. Perlu dilakukan penyuluhan yang gencar kepada penderita kanker payudara mengenai pentingnya evaluasi dan kontrol pasca terapi.

DAFTAR PUSTAKA

Abeloff MD, Wolf AC, Wood WC, Weber BR. Cancer of The Breast. In : Clinical Oncology, 3 rd, Churchill Livingstone 2004.

Amstrong K. Assesing The Risk of Breast Cancer. In : The New England Journal of Medicine, February 2000 ; 342 : 564-71.

Carpenter R, Taylor I, et.al. Loco-regional recurrence and survival after wide local excision, radiotherapy and axillary clearance for early breast cancer. J R Soc Med 1992 ; 85 : 454-6.

Clark GM. Prognostic and Predictive Factors. In : Disease of the Breast, edited by Jay R.Harris, et all, Lippincott-Raven Publishers Philadelphia, 2004, p461-79.

Cox CE, Meyers M, Milton S, et.al. Sentinel Node Biopsy Before Neoadjuvant Chemotherapy for Determining Axillary Status and Treatment Prognosis in Locally Advanced Breast Cancer. Ann. Surg. Oncol 2006 ; 13(4) : 438-90.

Crowe JP, Gordon NH, et.al. Local-regional breast cancer recurrence following mastectomy. Archives of surgery, april 1991 ; vol.124, no.4.

De Vita Jr.VT, Hellman S, Rosenberg SA. Principles and Practice of Oncology, 5 th ed, Lippincot-Raven Publ.Philadelphia, 2005, p1467-9.

De Vita Jr.VT, Hellman S, Rosenberg SA. Principles and Practice of Oncology, 8 th ed, Lippincot Williams & Wilkins, 2008, p1596-1634.

Donegan WL. Local And Regional Recurrence. In : Cancer Of The Breas,t 2th ed. by William L.Donegan, John S.Spratt, Wb Saunders Company, 1979, p484-501.

Donegan WL. Prognostic Factors : Stage and reseptor status in breast cancer. Cancer 1992, vol 70, p1755-64.

Eubank WB, Livingston RB, et.al. Detection of Locoregional and Distant Recurrences in Breast Cancer Patients by Using FDG PET. Radiographics 2002 ; 22 : 5-17.

Elkhuizen PHM, van de Velde, et.al. High Local Recurrence Risk After Breast-Conserving Therapy in Node-Negative Premenopausal Breast Cancer Patients Is Greatly Reduced by One Course of Perioperative Chemotherapy : A European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer Cooperative Group Study. Journal of Clinical Oncology, March, 2000 Vol 18, No 5 : 1075-83.

Haris JR, et al. Cancer of the breast In : Devita JR, et al : Cancer Principles & Practice of Oncology, J.B.Lippincott Co, 4 th ed, Philadelphia, 1993 : 1274-85.

Katz A, Hortobagyi G, Aman U. Buzdar, et.al. Locoregional Recurrence Patterns After Mastectomy and Doxorubicin-Based Chemotherapy: Implications for Postoperative Irradiation. J Clin Oncol 2000 ;18:2817-2827.

Michael Baum, Harvey Schipper. Breast Cancer, 3th ed. Health Press Oxford, 2005, P 7-80.

Newman LA, Kuerer HM, et.al. Local Recurrence and Survival Among Black Women With Early-Stage Breast Cancer Treated With Breast-Conservation Therapy or Mastectomy. Ann Surg Oncol 1999 ; 6(3) : 241-7.

Nixon AJ, Harris JR, et.al. Relationship of Patient Age to Pathologic Features of the Tumor and Prognosis for Patients With Stage I or II Breast Cancer. Journal of Clinical Oncology 1994 (May) ; Vol 12(5) : 888-94.

Nixon AJ, et.al. Relationship of tumor grade to other pathologic features and to treatment outcome of patients with early stage breast carcinoma treated with breast conserving therapy. Cancer. 1996, Oct ; 78(7) : 1426-31.

PERABOI. Protokol Pelatalaksanaan Kanker Payudara. Hasil Kerja Musyawarah Peraboi, Bandung, 2003.

Polly A et.al. Oral Contraceptives and The Risk of Breast Cancer. In : The New England Journal of Medicine 2002 (june) ; 346 : 2025-32.

Prayogo N. Pemberian Kemoterapi dan Hormonal terapi Pada Pasien Kanker payudara, dalam : Penatalaksanaan Kanker Payudara Terkini, seri Penatalaksanaan Kanker, Pustaka Obor, 2003, hal 87-97.

Ramli M, Simanjuntak TM, Bahar A, Tjahjadi G, Badri C. Breast Cancer in Dr. Cipto Mangun kusumo Hospital, jakarta, Indonesia, 1991, presented in Fukuoka.

Recht A, Hayes DF, Eberlien TJ, Sadowsky NL. Local-Regional Recurrence After Mastectomy or Breast Conserving Therapy In : Disease of The Breast edited by Harris R, et.al. Lippincot-Raven, Philadelphia, 1996, p649-62.

Rissanen TJ, Hanna PM, Seija IM, Eija LL, Mirja I.H, Heikki O.K. Breast Cancer Recurrence after Mastectomy : Diagnosis with Mammography and US. Radiology 1993 ; 188 : 463-7

Rowan T,Chlebowski. Reducing The Risk of Breast Cancer. NEJM 2000, 343(3) : 191-5

Stewart JF, Rubens RD. General Prognostic Factors. In : Breast Cancer diagnosis and management Vol.1 edited by Giabbi Bonadonna, 1984, p141-146.

Soerjomataram I, Jan Willem W. Coebergh. An overview of prognostic factors for long-term survivors of breast cancer. *Breast Cancer Res Treat.* 2002. February; 107(3): 309–30.

Tjahjadi G. Jenis dan Aspek Patologi Kanker Payudara. Dalam : Pencegahan dan Deteksi Dini Penyakit Kanker. Perhimpunan Onkologi Indonesia 1996.

Tjindarbumi D. Deteksi Dini Kanker Payudara dan Penanggulangannya. Dalam : Deteksi Dini Kanker, FK UI, 2002.

Tjindarbumi D, Watanabe S, Tjahjadi G, et.al. A joint studi of etiology and clinocopathology of breast cancer, Japan-Indonesia. One day symposium Internadional Collaborative study of breast cancer, Jakarta, Mei 1993.

Valagussa P, Bonadonna G, Veronesi O. Patterns of Relaps and Survival Following Radical Mastectomy : analysis of 716 consecutive patients. *Cancer* 1978, vol 41, p1170-8.

Yildirim E. Locoregional Recurrence in Breast Carcinoma Patients. *EJSO* 35 (2009) 258-63.



