

Karsinoma Nasofaring Pada Pasien Pria Usia 51 Tahun

Faiq Razaan¹, Fivien Fedriani²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian THT-KL, Rumah Sakit Abdul Moeloek Provinsi Lampung

Abstrak

Karsinoma nasofaring merupakan keganasan epitel nasofaring yang banyak ditemukan di Indonesia dan memiliki etiologi multifaktorial, meliputi infeksi virus Epstein-Barr, faktor genetik, serta paparan lingkungan seperti kebiasaan merokok dan konsumsi makanan yang diawetkan. Diagnosis sering terlambat karena gejala awal tidak spesifik sehingga pasien umumnya datang pada stadium lanjut. Laporan kasus ini bertujuan menggambarkan manifestasi klinis, faktor risiko, serta penegakan diagnosis karsinoma nasofaring dengan infiltrasi orbita pada seorang pria berusia 51 tahun. Pasien datang dengan keluhan benjolan leher yang semakin membesar sejak sembilan bulan, disertai penurunan pendengaran, tinitus, epistaksis, diplopia, baal pada wajah kanan, mual, dan lemas. Pemeriksaan fisik menunjukkan limfadenopati servikal, ptosis mata kanan, anisokoria, gangguan nervus kranialis, serta penurunan pendengaran. CT scan kepala menunjukkan massa yang menginvasi struktur sekitar hingga menekan nervus optikus, sedangkan pemeriksaan histopatologi biopsi nasofaring memperlihatkan gambaran keratinizing squamous cell carcinoma, sehingga diagnosis karsinoma nasofaring dengan infiltrasi orbita dapat ditegakkan. Pasien memiliki riwayat merokok berat dan konsumsi ikan asin secara rutin yang merupakan faktor risiko penting. Tata laksana awal berupa terapi suportif dan simptomatik, kemudian pasien direncanakan menjalani kemoradioterapi setelah dirujuk ke rumah sakit rujukan yang memiliki fasilitas onkologi. Kasus ini menegaskan pentingnya kewaspadaan terhadap gejala kepala dan leher yang persisten, terutama limfadenopati servikal dan keterlibatan saraf kranialis, untuk memungkinkan diagnosis lebih dini sehingga prognosis pasien dapat ditingkatkan.

Kata kunci: Infiltrasi orbita, karsinoma nasofaring, laporan kasus

Nasopharyngeal Carcinoma in a 51-Year-Old Male Patient

Abstract

Nasopharyngeal carcinoma is a malignant epithelial tumor arising from the nasopharynx and remains one of the most common head and neck cancers in Indonesia. Its etiology is multifactorial, involving Epstein-Barr virus infection, genetic susceptibility, and environmental exposures such as smoking and consumption of preserved foods. Because early symptoms are often nonspecific, many patients present at an advanced stage. This case report describes the clinical manifestations, risk factors, and diagnostic approach in a 51-year-old man with nasopharyngeal carcinoma and orbital infiltration. The patient presented with a progressively enlarging neck mass for nine months accompanied by hearing loss, tinnitus, epistaxis, diplopia, right-sided facial numbness, nausea, and fatigue. Physical examination revealed cervical lymphadenopathy, right ptosis, anisocoria, multiple cranial nerve deficits, and unilateral hearing impairment. Head computed tomography demonstrated a mass extending to adjacent structures with compression of the optic nerve, while histopathological examination of the nasopharyngeal biopsy revealed keratinizing squamous cell carcinoma, confirming the diagnosis of nasopharyngeal carcinoma with orbital infiltration. The patient had a long history of heavy smoking and frequent consumption of salted fish, both recognized risk factors for this malignancy. Initial management consisted of symptomatic and supportive treatment, followed by referral to a tertiary oncology center for definitive chemoradiotherapy. This case highlights the importance of early recognition of persistent cervical lymphadenopathy and cranial nerve involvement to facilitate timely diagnosis, appropriate staging, and improved clinical outcomes in patients with nasopharyngeal carcinoma.

Keywords: Case Report, nasopharyngeal carcinoma, orbital infiltration

Korespondensi: Faiq Razaan, alamat Jalan Abdul Muis V Gedong Meneng, Bandar Lampung 35145. HP 081387781587, email faiqrazaan09@gmail.com

Pendahuluan

Keganasan yang dalam istilah medis disebut kanker merupakan salah satu kasus kematian utama di dunia, termasuk di negara berkembang.¹ Karsinoma Nasofaring merupakan contoh keganasan di bidang THT-KL serta merupakan kasus keganasan terbanyak ke-4 setelah kanker payudara, kanker leher rahim, serta kanker paru di Indonesia.²

Karsinoma nasofaring (KNF) adalah

suatu penyakit keganasan yang timbul akibat pertumbuhan sel tubuh yang tidak normal yang muncul pada daerah nasofaring yaitu area diatas tenggorok dan dibelakang hidung.^{3,4} Berdasarkan data GLOBOCAN (*Global Cancer Observatory*) tahun 2022 mencatat 120.416 kasus baru KNF di seluruh dunia. GLOBOCAN pada tahun 2022 juga melaporkan sebanyak 18.835 kasus baru KNF di Indonesia (sekitar 4,6% dari total kasus kanker). Selain itu angka kematian akibat KNF

mencapai 12.949 kasus dengan kejadian terbanyak ditemukan pada pria dengan total 14.497 kasus (7,7%), menjadikan KNF sebagai kanker paling mematikan keempat pada pria.²

Berbagai studi epidemiologis, KNF sering pada pria usia produktif (perbandingan antara pasien pria dan wanita adalah 3:1) dan 60% pasien yang menderita KNF berusia antara 25 hingga 60 tahun.² Etiologi dan faktor risiko dari KNF sampai saat ini belum diketahui secara pasti, namun terdapat beberapa faktor yang dapat meningkatkan risiko terjadinya KNF di antaranya virus *Epstein-Barr*, genetik, dan lingkungan.^{6,7,8,13,14}

Epstein-Barr Virus (EBV), yang secara laten menginfeksi >90% dari populasi, secara etiologis berhubungan dengan beberapa keganasan pada epitel manusia seperti limfoma Burkitt, penyakit Hodgkin, limfoma pasca transplantasi, kanker lambung (*gastric cancer* / GC) dan KNF.⁵ Transmisi utama virus ini melalui air liur (saliva), kemudian EBV memasuki sel-sel epitel orofaring dan melakukan replikasi yang sifatnya menetap (persisten), tersembunyi (laten), dan sepanjang masa (*long life*).⁶

Genetik merupakan salah satu faktor risiko dari KNF. Bila seseorang memiliki riwayat anggota keluarga yang terkena KNF, maka akan meningkatkan risiko terkena KNF lebih besar pada keturunan anggota keluarga setelahnya. Faktor yang berperan terhadap hal ini yaitu HLA (*Human Leukocyte Antigen*). Pada literatur lainnya disebutkan bahwa kelainan genetik metabolisme enzim seperti kelainan enzim sitokrom P450 2E1 (*CYP2E1*), sitokrom P450 2A6 (*CYP2A6*) dan tidak adanya enzim *glutathione S-transferase M1* (*GSTM1*) serta *GSTT1* berkontribusi untuk terjadinya KNF. Adanya reseptor immunoglobulin *PIGR* (*Polymeric Immunoglobulin Receptor*) pada sel epitel nasofaring dapat meningkatkan kejadian karsinoma nasofaring. *PIGR* merupakan reseptor permukaan pada sel epitel nasofaring yang berfungsi menghantarkan EBV kedalam epitel nasofaring sehingga dapat meningkatkan kejadian karsinoma nasofaring.⁷

Faktor lingkungan seperti kebiasaan merokok, asap pada kayu bakar, infeksi saluran pernafasan atas yang berulang, serta konsumsi makanan yang diawetkan seperti ikan asin, ikan, daging asap, serta makanan berkaleng berhubungan dengan kejadian

KNF.^{7,13} Pada penelitian yang dilakukan oleh Armstrong dkk, didapatkan hasil bahwa konsumsi ikan asin dalam jangka waktu lebih dari 5 tahun dapat meningkatkan faktor risiko terjadinya Karsinoma Nasofaring sebesar 2 kali dibandingkan dengan yang tidak mengkonsumsi ikan asin (OR: 2.52; CI: 95%; *p value* 0,001).¹⁴ Konsumsi ikan asin dilaporkan berkaitan dengan substansi zat karsinogenik yang terdapat di dalamnya yaitu Nitrosamin. Nitrosamin merupakan suatu molekul yang terdiri atas nitrogen dan oksigen. Nitrosamin dapat ditemukan dalam dua bentuk, yaitu endogen yang berasal dari sintesis di dalam lambung dari prekursor yang berasal dari makanan yang dicerna, sedangkan nitrosamin eksogen berasal dari makanan, rokok, emisi industri dan bahan kosmetik yang mengandung nitrosamin itu sendiri. Proses keganasan dapat terjadi akibat metabolisme nitrosamin yang diaktivasi oleh mekanisme oksidasi sehingga terjadi mutasi DNA. Faktor risiko KNF lainnya adalah rokok yang di dalamnya terkandung lebih dari 4000 bahan karsinogenik, termasuk nitrosamin.⁸

Diagnosis KNF dapat ditegakkan berdasarkan gejala klinis dan juga pemeriksaan penunjang. Diagnosis dini menentukan prognosis pasien, namun cukup sulit dilakukan karena nasofaring tersembunyi di belakang tabir langit-langit dan terletak di bawah dasar tengkorak serta berhubungan dengan banyak daerah penting di dalam tengkorak dan ke lateral maupun ke posterior leher. Gejala karsinoma nasofaring di bagi menjadi empat kelompok, yaitu gejala nasofaring sendiri, gejala telinga, gejala mata, dan gejala saraf, serta metastasis atau gejala di leher.⁹

Gejala nasofaring dapat berupa epistaksis ringan atau sumbatan pada hidung, pemeriksaan pada nasofaring harus dilakukan dengan cermat karena sering gejala belum ada namun tumor sudah tumbuh atau tumor tidak tampak karena masih berada di mukosa (*creeping tumor*). Gangguan pada telinga biasanya timbul lebih dini karena tempat asal tumor berada di dekat muara tuba eustachius (*fossa Rosenmuller*). Gangguan pada telinga dapat berupa tinitus, rasa tidak nyaman di telinga, hingga rasa nyeri pada telinga.⁹ Letak nasofaring berhubungan dekat dengan rongga

tengkorak melalui beberapa lubang, maka gangguan beberapa saraf dapat terjadi. Gejala yang terjadi pada penekanan N I karena penjalaran tumor yang sudah mendesak foramen olfaktorius pada lamina kribosa adalah pasien sering mengeluh anosmia dan sindroma Petrosfenoidal.

Sindroma Petrosfenoidal adalah kumpulan gejala berupa diplopia dan neuralgia trigeminal akibat rusaknya saraf-saraf kranialis anterior (N I-N VI). Jika tumor mencapai kiasma optikum, pasien biasanya juga mengeluh penurunan tajam penglihatan.⁹

Keluhan tersering yang dirasakan pasien adalah benjolan unilateral (33,7%), namun dari hasil anamnesis dan pemeriksaan neurologis, didapatkan komplikasi neurologis pada semua subjek, berupa gejala invasi lokal dan infiltrasi intrakranial, terutama lesi N.V (sensorik dan motorik). Hasil tersebut sesuai dengan penelitian Suryakusuma et al.¹⁷ Keganasan di daerah nasofaring sering menyebabkan gangguan atau komplikasi neurologis karena letaknya dekat basis kranii yang memiliki celah atau lubang tempat keluar saraf kranial. Lesi pada saraf kranial dapat menjadi penanda lokasi infiltrasi tumor. Lesi pada saraf kranial III, IV, dan VI menandakan inflitrasi di area os sphenoid dimana saraf-saraf kranial tersebut keluar. Keterlibatan saraf IX, X, XI menandakan infiltrasi ke area dinding lateral nasofaring dimana terdapat basis cranii. Keterlibatan nervus XII juga menandakan keterlibatan basis kranii.¹⁰ Komplikasi neurologis dapat menjadi penanda perjalanan tumor dan menentukan prognosis. Keterlibatan nervus kranialis merupakan penanda ukuran tumor T4 pada KNF.

Terdapat kriteria Digby yang merupakan skoring untuk setiap gejala KNF dan mempunyai nilai diagnostik serta berdasarkan jumlah nilai yang diperoleh dari skoring dapat menentukan KNF.¹¹

Tabel 1. Skoring Digby

Gejala	Nilai
Massa terlihat di nasofaring	25
Gejala khas di hidung	15
Gejala khas pendengaran	15
Sakit kepala unilateral atau bilateral	5
Gangguan neurologik syaraf otak	5
Eksoftalmus	5
Limfadenopati leher	25

Jika jumlah nilai skoring lebih dari atau sama dengan 50, diagnosis klinis Karsinoma Nasofaring dapat ditegakkan.¹¹ Untuk menentukan stadium Karsinoma Nasofaring menggunakan NCCN (*National Comprehensive Cancer Network*) 2026. Pembagian TNM untuk karsinoma nasofaring adalah sebagai berikut:

Tabel 2. Klasifikasi Tumor (TNM)¹⁶

Keadaan tumor primer (T)	Batasan
T0	Penyakit kelenjar getah bening EBV positif tanpa bukti tumor nasofaring
T1	Tumor terbatas pada nasofaring atau meluas ke orofaring dan/ kavitas nasal, tanpa ekstensi parafaringeal
T2	Tumor meluas ke Parafaringeal/atau jaringan lunak disekitar.
T3	Tumor telah tumbuh ke struktur tulang di dasar tengkorak (kranial), tulang belakang leher (servikal), struktur pterigoid (rahang), dan/atau sinus paranasal.
T4	Tumor telah tumbuh ke dalam tengkorak, saraf kranial, hipofaring, tulang mata (orbit), dan/atau kelenjar parotis (ludah), dan/atau telah tumbuh ke area di luar otot pterigoid lateral (rahang).

Pemeriksaan penunjang untuk melihat dinding nasofaring menggunakan alat endoskopi, CT scan nasofaring, USG abdomen, foto thorax dan bone scan. CT scan nasofaring mulai setinggi sinus frontalis sampai dengan klavikula, potongan koronal, aksial, sagital tanpa dan dengan kontras. CT scan berguna untuk melihat tumor primer dan penyebaran ke jaringan sekitarnya serta penyebaran ke kelenjar getah bening regional.

Tabel 3. Klasifikasi Nodul (TNM)¹⁶

Kelenjar Getah Bening Regional	
N0	Tidak ditemukan metastasis ke kelenjar getah bening regional.
N1	Metastasis berukuran 6 cm atau lebih kecil ditemukan di dalam 1 kelenjar getah bening.
N2	Metastasis berukuran 6 cm atau lebih kecil ditemukan di dalam 1 atau lebih

N3	kelenjar getah bening di kedua sisi leher, di atas krikoid. Krikoid adalah tulang rawan berbentuk cincin di bagian bawah laring (kotak suara).	T0 (EBV+), N1, M0 atau T3, N0, M0 T3, N1–3, M0 atau T4, N0–3, M0 atau T0–2, N2–3, M0	atau kadar EBV DNA tinggi) <i>Concurrent systemic therapy/RT</i> (Kemoradiasi)
	Metastasis berukuran lebih besar dari 6 cm ditemukan di dalam 1 atau lebih kelenjar getah bening, atau kelenjar getah bening yang terlibat (dengan ukuran berapa pun) ditemukan di bawah krikoid.		1. Uji Klinis (Paling disukai) 2. Kemoterapi Induksi → Kemoradiasi (Disukai, Kategori 1 - Bukti Kuat) 3. Kemoradiasi → Kemoterapi Adjuvan 4. Kemoradiasi Saja (Kategori 2B) Kemoterapi induksi dahulu, Lalu evaluasi. Jika mengecil / menghilang → lanjutkan dengan radiasi ke tumor utama, leher, dan titik metastasis - Langsung kemoradiasi (Cisplatin + RT) - Terapi sistemik (kemoterapi/ imunoterapi) saja Perawatan suportif terbaik.
USG abdomen digunakan untuk melihat metastasis organ intraabdomen, foto thorax dan bone scan juga digunakan untuk melihat metastase ke paru dan tulang. 2 Diagnosis pasti berdasarkan pemeriksaan PA dari biopsi nasofaring bukan dari biopsi aspirasi jarum halus atau biopsi insisional/eksisional kelenjar getah bening leher. Biopsi nasofaring dapat dilakukan dengan dua cara yaitu dari mulut dan hidung dengan rinoskopi posterior atau nasofaringoskopi rigid/ fiber. ²		T1–4, N0–3, M1 (masih bugar) (sudah lemah)	

Tabel 4. Klasifikasi Metastase (TNM)¹⁶

Metastasis Jauh (M)	
M0	Belum ditemukan metastasis jauh. Kanker masih terbatas di area kepala dan leher.
M1a	Metastasis jauh. kanker telah menyebar ke 3 area atau kurang. (misalnya ke paru, tulang, hati)
M1b	Kanker telah menyebar ke lebih dari 3 area. Lokasi paling umum untuk metastasis adalah kelenjar getah bening di luar kepala dan leher. Area umum lainnya adalah paru-paru dan tulang.

Radioterapi masih merupakan pengobatan utama dan pengobatan tambahan yang diberikan dapat berupa diseksi leher, pemberian tetrasiklin, interferon, kemoterapi, vaksin dan anti virus. Pemberian adjuvan kemoterapi Cis-platinum, bleomycin dan 5-fluouracil sedang dikembangkan. Kombinasi kemo-radioterapi dengan mitomycin C dan 5-fluouracil oral stiap hari sebelum diberikan radiasi yang bersifat radiosensitizer memperlihatkan hasil kesembuhan total karsinoma nasofaring.

Tabel 5. Modalitas terapi KNF¹⁶

T1, N0, M0	Radioterapi Definitif
T2, N0, M0	Radioterapi Definitif (+ kemoterapi bersamaan jika ada "fitur risiko tinggi" seperti volume tumor besar

Penegakan diagnosis (*workup*) kanker nasofaring mencakup pemeriksaan *Head & Neck* (Kepala dan Leher) lengkap dan studi lainnya. Studi-studi ini penting untuk menentukan luas keseluruhan tumor guna menetapkan stadium secara tepat dan untuk merancang volume pengobatan radiasi yang akan mencakup seluruh penyakit dengan dosis yang sesuai. Konsultasi multidisiplin adalah standar dalam pengobatan karsinoma nasofaring.¹⁶

Laporan kasus ini menjelaskan tentang Karsinoma Nasofaring dengan kelumpuhan saraf kranial multipel pada pria usia 51 tahun dan penatalaksanaannya. Tujuan dari laporan kasus ini adalah untuk mengetahui uraian masalah klinis, mengidentifikasi faktor resiko yang menjadi penyebab, serta tatalaksana yang tepat bagi penyakit pasien.

Kasus

Pasien Tn. Y usia 51 tahun datang ke RSUD Abdul Moeloek dengan keluhan benjolan dileher yang membesar sejak 9 bulan lalu. Keluhan lain yang dirasakan pasien adalah penurunan pendengaran, telinga berdenging, pandangan ganda, keluar darah dari hidung, wajah terasa baal pada satu sisi, serta mual dan lemas. Sebelumnya pasien telah melakukan operasi massa di leher pada bulan agustus 2024 di RS Bintang Amin. Namun setelah dilakukan operasi keluhan seperti sulit membuka mata, penurunan pendengaran, dan hidung berdarah muncul. Satu bulan terakhir pasien merasakan keluhan semakin memberat yaitu mata kanan sulit untuk dibuka, penurunan penciuman lewat hidung, serta terasa adanya baal pada wajah sebelah kanan. Rasa baal disertai dengan adanya sulit menggerakkan pada wajah bagian kanan. Pasien juga merasakan nyeri kepala, telinga berdenging dan pendengaran berkurang pada satu bulan terakhir.

Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital pasien dalam batas normal. Pada pemeriksaan fisik mata didapatkan ptosis pada mata kanan dan pupil anisokor. Pada pemeriksaan fisik telinga didapatkan penurunan pendengaran pada telinga kanan, hidung dalam batas normal, namun ditemukan gangguan penghidu pada pasien. Pada pemeriksaan wajah didapatkan rasa baal pada dahi kanan pasien. Pada pemeriksaan orofaring dalam batas normal, pada pemeriksaan cavum oris didapatkan normal dan ada reflek muntah. Pada pemeriksaan leher didapatkan benjolan terfiksasi berukuran sekitar 3x3x1 cm terdapat pada (kelenjar getah bening) KGB servikalis superfisial. Pemeriksaan penunjang dilakukan dengan CT scan kepala di RS Urip di hasilkan lesi isoden in homogen Hu 30-45 batas tegas lesi irregular didaerah axial parcella bilateral, obliterasi foramen opticum bilateral, terutama kanan menekan nervus opticus didaerah tersebut dengan suspek massa solid extra axial, sinusitis maxillaris kanan ethmoidalis, dan sphenoidalis bilateral. Hasil pemeriksaan biopsi nasofaring didapatkan sarang-sarang tumor diantara jaringan limfoid dengan sel-sel atipik, polimorfik, hiperkromasi, anak inti terlihat, mitosis banyak, masih dijumpai terlihat kreatinisasi individual (*keratinizing squamous*

cell carcinoma) dengan kesan Karsinoma Nasofaring.

Riwayat pribadi pasien sering mengkonsumsi makanan mie instant dan ikan asin 3x seminggu, pasien merokok sejak remaja 2 bungkus perhari. Riwayat upaya pengobatan sudah dilakukan ke puskesmas dan rumah sakit untuk mengurangi keluhan namun pasien mengatakan keluhan terus berlanjut sampai saat ini.

Berdasarkan keluhan pasien, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang yang telah dilakukan, diagnosis kerja yang ditegakkan adalah Karsinoma Nasofaring dengan infiltrasi orbita karena ada penekanan nervus optikus di dalam foramen yang dapat menyebabkan pandangan ganda (*diplopia*). Penatalaksanaan medikamentosa yang diberikan berupa pemberian infus Asering, analgetik berupa Paracetamol 3 x 500 mg, antibiotik ceftriaxone 2gr dalam nacl 100cc/hari, asam tranexamat 500mg/ 12 jam dan sucrlafat sirup 3x10ml, serta memberikan penjelasan untuk evaluasi apakah terdapat perdarahan post operasi dan rencana tatalaksana selanjutnya berupa Radioterapi (belum dilakukan karena menunggu persetujuan keluarga). Prognosis pada pasien ini adalah *malam* untuk *quo ad vitam*, dan *dubia ad malam* untuk *quo ad functionam* dan *quo ad sanationam*, hal ini dikarenakan kondisi pasien sudah berada pada stadium (3) dengan invasi ke struktur orbital dan saraf kranial yang dapat menurunkan harapan hidup dan menyebabkan kerusakan fungsi saraf yang permanen.

Pembahasan

Pada pasien ini, diagnosis karsinoma nasofaring ditegakkan dari hasil anamnesis berupa auto dan alloanamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Dari keluhan dan pemeriksaan fisik pasien didapatkan gejala telinga berupa telinga berdenging atau tinitus, gejala mata berupa pandangan ganda atau diplopia, gejala saraf berupa diplopia, ptosis, parestesi separuh wajah, lumpuh separuh wajah, kesulitan menelan, sesuai dengan parese N.III,IV,VI, N.V, N.VII, N.IX,X serta terdapat gejala leher berupa limfadenopati servikal pada level 2. Dari hasil pemeriksaan fisik yang didapatkan pada pasien, secara klinis telah jelas bahwa pasien menderita Karsinoma Nasofaring. Pada

pasien ini juga telah dilakukan biopsi tumor primer untuk mengkonfirmasi diagnosis histopatologi dan juga menentukan subtype histopatologi yang erat kaitannya dengan pengobatan dan prognosis.¹¹

Etiologi karsinoma nasofaring bersifat multifaktorial. Dari literatur disebutkan bahwa terdapat faktor viral seperti infeksi virus Epstein Barr sangat dominan untuk terjadinya karsinoma nasofaring tetapi faktor non viral seperti konsumsi ikan asin, makanan berkaleng, kebiasaan merokok, asap kayu bakar dan faktor genetik dilaporkan berhubungan dengan kejadian karsinoma nasofaring.¹²

Pasien ini memiliki riwayat terpapar asap rokok selama $\pm$ 30 tahun yang merupakan faktor predisposisi terjadinya karsinoma nasofaring. Rokok memiliki ribuan zat karsinogenik yang dapat memicu timbulnya sel kanker.⁷

Pada pemeriksaan fisik leher pasien ini didapatkan pembesaran kelenjar getah bening pada colli dextra berukuran 3x3x1 dan terletak di level 2 yang konsistensinya padat serta tidak mudah digerakkan (*immobile*). Dari hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik yang dilakukan, pasien di diagnosis Karsinoma Nasofaring Stadium 3 (T4N2M0) dengan infiltrasi orbita. Diklasifikasikan sebagai T4 karena tumor meluas ke struktur tertentu nasofaring, kemudian N2 karena pembesaran kelenjar getah bening servikalis dibawan 6 cm dan tidak meluas ke fossa supraklavikula, dan untuk M0 belum ditemukan bukti adanya penyebaran tumor ke organ atau bagian tubuh yang jauh. Kemudian hasil skoring Digby pada pasien ini didapatkan hasil penjumlahan 75 yang berarti diagnosis Karsinoma Nasofaring dapat ditegakkan.¹¹

Tabel 6. Stadium KNF¹⁶

Stadium	
Stadium 0	Tis, N0, M0
Stadium 1A	T1 atau T2, N0, M0
Stadium 1B	T0 atau T1 atau T2, N1, M0
Stadium 2	- T0 atau T1 atau T2, N2, M0 - T3, N0 atau N1 atau N2, M0
Stadium 3	- T4, N apa pun, M0 - T apa pun, N3, M0
Stadium 4A	T apa pun, N apa pun, M1a
Stadium 4B	T apa pun, N apa pun, M1b

Rencana terapi pada pasien ini adalah

kemoradiasi konkuren +/- kemoterapi adjuvan. Kemoradiasi konkuren adalah pemberian kemoterapi dan radiasi secara bersamaan. Respon tumor terhadap radiasi umumnya meningkat apabila dikombinasikan dengan kemoterapi seperti Cisplatin, 5 FU, Hydroxyurea dan Mytomkin. Keuntungan kemoradiasi konkuren adalah keduanya bekerja sinergistik yaitu mencegah resistensi, membunuh subpopulasi sel kanker yang hipoksik dan menghambat *recovery* DNA pada sel kanker yang sublethal. Efek samping yang terjadi adalah toksisitas dapat begitu besar, untuk mengurangi efek samping tersebut, diberikan kemoterapi tunggal (*single agent chemotherapy*) dosis rendah dengan tujuan khusus untuk meningkatkan sensitivitas sel kanker terhadap radioterapi.¹⁵

Prognosis pada pasien karsinoma nasofaring diperburuk oleh: stadium yang lebih lanjut; usia lebih dari 40 tahun; adanya pembesaran kelenjar leher; adanya kelumpuhan saraf otak; adanya kerusakan tulang tengkorak; dan metastasis jauh.⁹ Prognosis KNF untuk stadium I dilaporkan *five years survival rate* adalah 83,7%, stadium II 67,9%, stadium III 40,3%, sedangkan pada kasus yang telah terjadi metastasis hanya berkisar 22,3%.¹⁵

Simpulan

KNF adalah karsinoma yang muncul pada daerah nasofaring yaitu area diatas tenggorok dan dibelakang hidung. Tercatat kasus baru sebanyak 120.434 dan 73.842 kasus kematian dilaporkan pada tahun 2022. Kasus ini diderita oleh pria lebih banyak 2-3x dibanding wanita. Kanker nasofaring merupakan kasus keganasan terbanyak ke-4 setelah kanker payudara di Indonesia. Etiologi pasti belum diketahui namun diduga multifaktorial meliputi infeksi EBV, genetik, dan lingkungan.^{6,7,8}

Diagnosis ditegakkan dari gejala klinis, pemeriksaan fisik serta pemeriksaan penunjang. Pada kasus ini terdapat keterlibatan saraf kranial multipel dan infiltrasi orbita, seperti contohnya akibat terjadinya penekanan pada nervus optikus dan nervus trigeminus didalam foramen akan mengganggu hantaran impuls penglihatan dan rangsangan sensorik, yang dapat bermanifestasi sebagai diplopia (pandangan

ganda) dan rasa baal pada dahi kanan pasien. Deteksi dini pada karsinoma nasofaring harus dilakukan dengan cepat dan tepat karena penemuan penyakit pada stadium yang lebih dini dipercaya dapat menghasilkan prognosis yang lebih baik.¹⁶

Daftar Pustaka

1. World Health Organization. 10 facts about cancer [internet]; 2017.
2. Ridwan W, Kharisma Y, Indrina JA. Tinjauan Pustaka Histopatologi Karsinoma Nasofaring di RS Al-Ihsan Bandung Periode 2020-2024. In Bandung Conference Series: Medical Science 2026 Jan 30 (Vol. 6, No. 1, pp. 1115-1124).
3. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Esher S, Mather C, Forman D, Dkk. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods, and major patterns in globocan [internet]. United Kingdom: Felay J and associated; 2012.
4. Kementrian Kesehatan RI. Situasi penyakit kanker. Jakarta: Kemenkes RI; 2015.
5. Harahap AM, Priawan I. Hubungan Karsinoma Nasofaring dengan EipstennBarr Virus (EBV) Terhadap stadium Klinis Pasien Penderita Kanker Nasofaring. Jurnal Medika Sehat. 2023 Jan 28;1(1):35-42.
6. Yenita AA. Penelitian Korelasi antara Latent Membrane Protein-1 Virus Epstein-Barr dengan P53 pada Karsinoma Nasofaring (Penelitian Lanjutan). Jurnal Kesehatan Andalas. 2012. 1(1): 4–6.
7. Rahman S, Budiman BJ, Subroto H. Faktor Risiko Non Viral Pada Karsinoma Nasofaring. Jurnal Kesehatan Andalas. 2015; 4(3): 988-995.
8. Zheng, at all. Nasopharingeal carcinoma incidence and mortality in china. Chin J Cancer. 2017. 1(1): 1-8.
9. Soepardi EA, Iskandar N, Bashiruddin J, Rastuti RD. Buku ajar ilmu kesehatan telinga hidung tenggorok kepala leher. Jakarta: fakultas kedokteran universitas Indonesia. 2008.
10. Lee N, Riaz N, Ove R, Reyngold MI, Foote RL, Bonner JA, Nasopharyngeal carcinoma. Dalam : Gunderson LL, Tepper JE. Clinical radiation oncology. 4th ed. Usa : Elsevier; 2016.
11. Kadhoka ZT. Nasopharyngeal carcinoma: past, present, and future directions. Sweden: Departement of oncology institute of clinical science. 2010.
12. Guo X, Jhonson RC, Deng H, Liao J, Guan L, Nelson GW, dkk. Evaluation of nonviral risk factor for nasopharyngeal carcinoma in a high risk population of Shouteren China. Int J Cancer. 2009; 124: 2942-7.
13. Adham M, Kurniawan AN, Muhtadi A, Roezin A, Hermani B, Gondhowiardjo S, Dkk. Nasopharingeal carcinoma in Indonesia: epidemiology, incidence, signs, and symptoms at presentation. Chin J Cancer. 2012. 31(4): 186-196.
14. Amstrong R, Imrey P, Sann M, Amstrong J, Yu M, Sani S. Nashopharingeal carcinoma in Malaysian chinese: salted fish and other dietary exposures. Int J Cancer. 1998. 77 (1): 228-235.
15. Widiono K, Yusmawan W, Naftali Z. Perbandingan five year survival rate penderita karsinoma nasofaring pada modalitas kemoterapi dan kemoradiasi. Jurnal Kedokteran Diponegoro. 2017. 2(9): 705-715.
16. *National Comprehensive Cancer Network (NCCN)*, 2026.
17. Suryakusuma L, Dewati E, Sekarutami SM, Prihartono J, Aninditha T. Perbaikan paresis saraf kranial III, IV, V, dan VI berdasarkan pemeriksaan neurologi klinis pada karsinoma nasofaring pascaterapi. Neurona. 2016. 33(4): 258