

Karsinoma Nasofaring: Sebuah Laporan Kasus Gatra Hadimuti Wibowo¹, Ratu Fajaria², Risti Graharti³

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian THT-KL, Rumah Sakit Umum Daerah dr. A. Dadi Tjokrodipo

³Bagian Patologi Klinik, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Karsinoma nasofaring (KNF) adalah tumor ganas yang berasal dari epitel nasofaring, merupakan keganasan terbanyak ke-4 di Indonesia dengan sekitar 13.000 kasus baru setiap tahunnya. Diagnosis sering terlambat karena lokasi nasofaring yang tersembunyi. Presentasi kasus: Seorang laki-laki berusia 40 tahun datang dengan keluhan telinga kiri berdenging, nyeri telinga menjalar ke kepala, penurunan pendengaran, hidung tersumbat, nyeri menelan, suara serak, dan penurunan berat badan 5-7 kg dalam 4 bulan. Pasien memiliki riwayat Bell's palsy 8 bulan sebelum keluhan utama dengan derajat House-Brackmann III yang membaik sebagian. Pemeriksaan fisik tidak ditemukan pembesaran kelenjar getah bening leher. MSCT nasofaring menunjukkan penebalan nasofaring kiri, penyempitan fossa Rosenmüller, serta lesi hipodens di lobus temporalis kiri yang mengarah pada invasi intrakranial. Diskusi: Kasus ini unik karena kombinasi manifestasi awal berupa Bell's palsy tanpa limfadenopati servikal, yang berbeda dengan pola khas KNF di mana 70-90% pasien datang dengan metastasis leher. Keterlibatan saraf fasialis pada KNF tergolong jarang (insidensi <1%) dan sering luput sebagai tanda awal keganasan. Pencitraan MSCT dan MRI berperan penting dalam deteksi dini invasi intrakranial. Simpulan: KNF perlu dicurigai pada pasien dewasa dengan gejala telinga, hidung, dan tenggorokan persisten disertai penurunan berat badan, terutama jika terdapat riwayat Bell's palsy yang tidak khas, meskipun tanpa pembesaran KGB leher. Konfirmasi histopatologi melalui biopsi nasofaring tetap diperlukan sebelum tatalaksana definitif.

Kata kunci: Bell's palsy, fossa Rosenmüller, Karsinoma nasofaring, MSCT

Nasopharyngeal Carcinoma: A Case Report

Abstract

Nasopharyngeal carcinoma (NPC) is a malignant tumor originating from the nasopharyngeal epithelium and is the fourth most common malignancy in Indonesia, with approximately 13,000 new cases annually. Diagnosis is often delayed due to the concealed location of the nasopharynx. Case presentation: A 40-year-old male presented with left-sided tinnitus, earache radiating to the head, hearing loss, nasal congestion, odynophagia, hoarseness, and a 5-7 kg weight loss over 4 months. He had a history of Bell's palsy 8 months prior with House-Brackmann grade III that partially improved. Physical examination revealed no cervical lymphadenopathy. Nasopharyngeal CT scan showed left nasopharyngeal thickening, narrowing of the Rosenmüller fossa, and a hypodense lesion in the left temporal lobe suggestive of intracranial invasion. Discussion: This case is unique due to the combination of early manifestation as Bell's palsy without cervical lymphadenopathy, which differs from the typical NPC pattern where 70-90% of patients present with cervical metastases. Facial nerve involvement in NPC is rare (incidence <1%) and often overlooked as an early sign of malignancy. MSCT and MRI imaging play a crucial role in early detection of intracranial invasion. Conclusion: NPC should be suspected in adults with persistent ear, nose, and throat symptoms accompanied by weight loss, especially if there is an atypical history of Bell's palsy, even in the absence of cervical lymphadenopathy. Histopathological confirmation through nasopharyngeal biopsy remains essential before definitive management.

Keywords: Bell's palsy, Rosenmüller fossa, Nasopharyngeal carcinoma, MSCT

Korespondensi: Gatra Hadimuti Wibowo, alamat Perumahan Mangkubumi Residence Kecamatan Tanjung Karang Barat , Bandar Lampung, HP 081273658201, e-mail gatra26wibowo@gmail.com

Pendahuluan

Karsinoma nasofaring (KNF) adalah tumor ganas yang berasal dari epitel nasofaring, dengan predileksi utama di fossa Rosenmüller. Di Indonesia, KNF merupakan keganasan terbanyak ke-4 setelah kanker payudara, leher rahim, dan paru, dengan sekitar 13.000 kasus baru setiap tahunnya. Insidensi tertinggi ditemukan pada laki-laki

usia produktif (rasio laki-laki:perempuan 2,5:1) dengan puncak pada usia 40-59 tahun¹.

Etiologi KNF bersifat multifaktorial meliputi infeksi virus Epstein-Barr, faktor genetik, serta lingkungan seperti konsumsi ikan asin, makanan berkaleng, dan paparan asap rokok. Gejala klinis dibagi menjadi empat kelompok, yaitu gejala nasofaring (sumbatan,

epistaksis), gejala telinga (tinnitus, otalgia, penurunan pendengaran), gejala mata dan saraf (diplopia, neuralgia trigeminal, paresis saraf kranial), serta metastasis leher. Diagnosis sering terlambat karena lokasi nasofaring yang tersembunyi, sehingga sebagian besar pasien datang pada stadium lanjut dengan angka harapan hidup 5 tahun menurun drastis dari 76,9% pada stadium I menjadi hanya 16,4% pada stadium IV².

Kasus ini cukup jarang terjadi karena pasien menunjukkan manifestasi awal berupa Bell's palsy yang terjadi 8 bulan sebelum timbulnya gejala telinga dan hidung, tanpa disertai pembesaran kelenjar getah bening leher. Sekitar 20% pasien KNF mengalami komplikasi saraf kranial, namun keterlibatan saraf fasialis (N.VII) tergolong jarang dengan insidensi kurang dari 1%². Kelumpuhan saraf fasialis yang menyerupai Bell's palsy idiopatik sering luput dari perhatian sebagai tanda awal keganasan. Ketiadaan limfadenopati servikal semakin menambah tantangan diagnostik, karena secara epidemiologi sekitar 70-90% pasien KNF justru datang pertama kali dengan metastasis leher sebagai gejala awal². Kombinasi gejala yang tidak lazim ini menjadikan kasus ini penting untuk dilaporkan untuk meningkatkan kewaspadaan klinisi terhadap manifestasi atipikal KNF. Laporan kasus ini bertujuan untuk membahas tantangan diagnostik pada pasien dengan gejala minimal dan riwayat Bell's palsy yang merupakan manifestasi awal yang jarang dari KNF

Kasus

Seorang laki-laki berusia 40 tahun datang ke Poli THT RSUD Dr. H. Abdul Moeloek pada 21 Juni 2025 dengan keluhan telinga kiri berdenging sejak 4 bulan sebelum masuk rumah sakit. Keluhan disertai nyeri telinga kiri hilang timbul yang menjalar hingga ke kepala, penurunan pendengaran telinga kiri, hidung kiri tersumbat dengan cairan jernih, nyeri tenggorokan, nyeri menelan, sering tersedak, suara serak, serta penurunan berat badan 5-7 kg dalam 4 bulan terakhir. Pasien memiliki riwayat Bell's palsy sejak 8 bulan lalu dan sedang dalam pengobatan. Pasien merokok aktif, tidak mengonsumsi alkohol, dan tidak

memiliki riwayat keluarga dengan keluhan serupa.

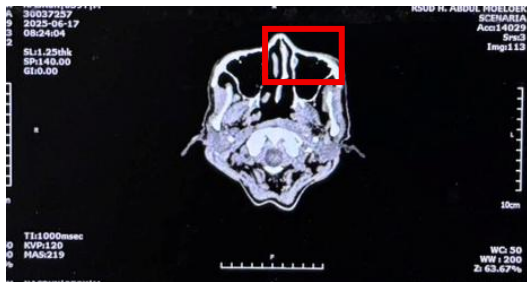
Pemeriksaan fisik menunjukkan keadaan umum sakit sedang, compos mentis dan tanda-tanda vital dalam batas normal. Pada pemeriksaan leher tidak ditemukan pembesaran kelenjar getah bening, tidak ada gangguan pergerakan leher. Pemeriksaan thoraks, abdomen, dan ekstremitas dalam batas normal.



Gambar 1. Pemeriksaan Nervus Facialis menunjukkan asimetri wajah sisi kiri akibat kelemahan saraf fasialis (House-Brackmann III) yang merupakan sisa dari episode Bell's palsy 8 bulan sebelumnya.

Pemeriksaan nervus kranial didapatkan pada pemeriksaan nervus kranialis didapatkan pada nervus facialis menunjukkan terdapat bentuk asimetris pada wajah diakibatkan kelemahan pada wajah sisi kiri (Gambar 1). Pemeriksaan nervus trigeminal menunjukkan rasa nyeri yang intens (allodynia) pada pemeriksaan sensorisnya. Pada pemeriksaan fisik telinga didapatkan dalam batas normal, hidung tampak deviasi septum dan tidak ditemukan gangguan penghidu pada pasien. Pemeriksaan orofaring dalam batas normal. Pemeriksaan nasofaring secara langsung

menggunakan nasoendoskopi atau rinoskopi posterior dalam batas normal.



Gambar 2. MST Nasofaring menunjukkan penyempitan fossa Rosenmüller aspek kiri (kotak merah).

Pemeriksaan penunjang MST nasofaring tanpa kontras (Gambar 2) menunjukkan penyempitan fossa Rosenmüller aspek kiri, penebalan nasofaring kiri, lesi hipodens sinus sphenoidalis kiri, lesi hipodens cellulae mastoidea kiri (suspek mastoiditis kiri), serta lesi hipodens lobus temporalis kiri yang dicurigai sebagai infark atau edema perikolai. Tidak tampak destruksi tulang maupun limfadenopati servikal. Diagnosis kerja adalah karsinoma nasofaring stadium IVA (T4 N0 M0) berdasarkan dugaan invasi intrakranial. Pasien kemudian direncanakan untuk menjalani biopsi nasofaring untuk konfirmasi histopatologi serta pemeriksaan MRI kontras untuk evaluasi invasi perineural dan intrakranial yang lebih akurat, sebelum direncanakan menjalani kemoradioterapi kombinasi

Pembahasan

Kasus ini menyoroiti tantangan diagnostik karsinoma nasofaring pada pasien dengan manifestasi awal yang tidak lazim. Keluhan tinnitus dan otalgia terjadi akibat obstruksi muara tuba Eustachius oleh massa tumor di fossa Rosenmüller, menyebabkan disfungsi tuba dan efusi telinga tengah. Gejala ini merupakan manifestasi dini yang sering diabaikan sebagai otitis media biasa. Keluhan nyeri kepala yang menjalar dan memberat oleh udara dingin sangat mengarah pada invasi perineural atau keterlibatan nervus trigeminal (N.V), yang merupakan tanda stadium T4 berdasarkan sistem TNM. Penurunan berat badan 5-7 kg dalam 4 bulan merupakan

indikator kuat keganasan (B symptoms) yang membedakannya dari proses inflamasi kronis^{2,3}.

Pemeriksaan fisik yang paling menonjol pada kasus ini adalah tidak ditemukannya pembesaran kelenjar getah bening leher. Secara epidemiologi, sekitar 70-90% pasien KNF justru datang pertama kali dengan metastasis leher sebagai gejala awal. Ketiadaan pembesaran KGB pada pasien ini merupakan fenomena yang berbahaya karena sering memberikan rasa tenang palsu, namun ketiadaan limfadenopati tidak menyingkirkan diagnosis KNF, terutama pada stadium awal. Pada kasus ini, tumor kemungkinan telah menyebar melalui jalur perineural langsung menuju rongga tengkorak tanpa melalui kelenjar leher terlebih dahulu, yang menjelaskan mengapa gejala neurologis (nyeri kepala) lebih dominan dibandingkan massa leher³.

Temuan paling kritis pada kasus ini adalah riwayat Bell's palsy 8 bulan sebelum diagnosis KNF ditegakkan. Sekitar seperlima pasien KNF mengalami komplikasi saraf kranial, namun keterlibatan saraf fasialis (N.VII) jarang terjadi, dengan insidensi kurang dari 1%, dan sering luput dari perhatian karena gejalanya dapat menyerupai Bell's palsy idiopatik. Letak anatomis fossa Rosenmüller yang berdekatan dengan foramen lacerum memungkinkan tumor menyebar secara langsung ke rongga tengkorak dan mengenai saraf-saraf kranial di sekitarnya. Mekanisme yang mungkin terjadi pada pasien ini adalah penyebaran tumor secara retroparotidian (ke arah belakang) yang mengenai saraf fasialis di segmen mastoid, menyebabkan paresis derajat ringan hingga sedang yang sempat membaik. Salah satu studi kasus melaporkan kasus serupa pada pasien KNF stadium III dengan House-Brackmann III facial nerve paresis di segmen mastoid⁴. Studi kasus lainnya juga melaporkan kasus KNF dengan keterlibatan saraf kranial VII yang jarang, di mana pasien mengalami kelumpuhan fasialis unilateral sebagai bagian dari multiple cranial nerve palsy⁵. Riwayat Bell's palsy yang terjadi beberapa bulan sebelum timbulnya gejala telinga dan hidung sangat mungkin merupakan manifestasi awal dari invasi perineural saraf fasialis oleh tumor. Hal ini

semakin memperkuat pentingnya melakukan evaluasi ulang pada pasien dengan diagnosis Bell's palsy yang tidak menunjukkan perbaikan sesuai harapan atau disertai gejala neurologis lain^{4,5}.

Berdasarkan kriteria Digby, pasien ini memiliki gejala nyeri kepala (5 poin), gejala telinga (15 poin), dan gejala hidung (15 poin), dengan total skor 35. Namun karena tidak ditemukan massa di nasofaring pada pemeriksaan fisik dan tidak ada limfadenopati leher, skoring belum mencapai >50 sehingga diagnosis klinis tidak dapat ditegakkan hanya dari anamnesis dan pemeriksaan fisik tanpa pencitraan. Digby Score merupakan alat skrining berbasis gejala yang dikembangkan untuk penggunaan di fasilitas kesehatan dengan sumber daya terbatas. Data terbaru dari Indonesia menunjukkan alat ini memiliki sensitivitas 81,8% dan spesifisitas 50%, dengan odds ratio 4,5 untuk KNF yang dikonfirmasi biopsi pada pasien dengan skor ≥ 50 . Pada kasus ini, skor yang belum mencapai ambang batas 50 justru menunjukkan keterbatasan Digby Score pada pasien dengan manifestasi atipikal, sehingga pemeriksaan pencitraan tetap sangat diperlukan untuk deteksi dini⁶.

MSCT nasofaring pada pasien ini menunjukkan tiga temuan utama yang memerlukan interpretasi cermat. Pertama, penyempitan fossa Rosenmüller aspek kiri dan penebalan nasofaring kiri merupakan lokasi asal tersering KNF. Kedua, lesi hipodens di lobus temporalis kiri, dalam konteks pasien tanpa faktor risiko kardiovaskular dan dengan tumor primer di nasofaring, paling mungkin merupakan infiltrasi tumor intrakranial (stadium T4) daripada infark iskemik. MSCT memiliki keunggulan dalam mendeteksi destruksi tulang dasar tengkorak, namun pada kasus ini tidak tampak destruksi tulang, yang tidak menyingkirkan invasi karena tumor dapat melewati foramen natural tanpa merusak tulang secara makroskopis. Ketiga, lesi hipodens di mastoid dan sinus sphenoidalis merupakan efusi reaktif akibat obstruksi tumor, bukan infeksi primer. Keterbatasan MSCT adalah sulit membedakan tumor dari edema otak dan mendeteksi penyebaran perineural dini. Oleh karena itu, MRI kontras dengan urutan T1-weighted post-contrast dan

fat suppression sangat direkomendasikan untuk pasien ini guna memetakan sejauh mana invasi perineural dan intrakranial sebelum radioterapi⁷.

Diagnosis banding yang perlu dipertimbangkan pada kasus ini meliputi hipertrofi adenoid dan adenoid cystic carcinoma (ACC). Hipertrofi adenoid terutama terjadi pada populasi pediatrik dan sangat jarang pada dewasa. Pada orang dewasa, massa nasofaring harus selalu dicurigai sebagai keganasan hingga terbukti sebaliknya. Secara radiologis, hipertrofi adenoid tampak sebagai penebalan mukosa difus simetris dengan intensitas sinyal seragam dan tanpa invasi ke jaringan sekitar, berbeda dengan lesi asimetris pada pasien ini.^{8,10} Sementara itu, ACC dapat menunjukkan gambaran radiologis yang mirip dengan KNF, namun secara imunohistokimia dan molekuler ACC ditandai oleh ekspresi MYB serta adanya fusi gen MYB-NFIB yang merupakan karakteristik khas ACC, berbeda dengan KNF yang berhubungan erat dengan infeksi Epstein-Barr Virus (EBV).^{9,11}

Laporan kasus ini memiliki keterbatasan, yaitu belum tersedianya hasil histopatologi dari biopsi nasofaring yang merupakan baku emas diagnosis KNF dan pemeriksaan MRI kontras. Pasien telah direncanakan untuk menjalani biopsi nasofaring dan MRI kontras sebagai langkah diagnostik berikutnya, sebelum dilakukan tatalaksana definitif berupa kemoradioterapi. Pasien telah memberikan *informed consent* tertulis untuk publikasi laporan kasus ini dan penggunaan gambar klinis serta radiologis untuk keperluan pendidikan dan ilmiah.

Simpulan

Karsinoma nasofaring merupakan diagnosis banding yang penting pada setiap pasien dewasa dengan gejala telinga, hidung, dan tenggorokan persisten yang disertai penurunan berat badan, terutama jika terdapat riwayat Bell's palsy dengan perjalanan yang tidak khas atau tidak membaik sesuai harapan, meskipun tanpa pembesaran kelenjar getah bening leher. Kombinasi gejala THT persisten, riwayat Bell's palsy, dan tidak adanya limfadenopati servikal merupakan pola klinis yang jarang namun harus diwaspadai sebagai

manifestasi awal KNF. Pencitraan MSCT atau MRI nasofaring sangat penting untuk deteksi dini invasi intrakranial yang sering luput. Konfirmasi histopatologi melalui biopsi nasofaring tetap merupakan baku emas yang sangat diperlukan sebelum tatalaksana definitif dapat diberikan.

Daftar Pustaka

1. Kementerian Kesehatan RI. Panduan Penatalaksanaan Kanker Nasofaring. Jakarta: Kemenkes RI; 2021.
2. Pichi B. Nasopharyngeal carcinoma. A "different" head and neck tumour. Part A: from histology to staging. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2023;43(2):85-98.
3. Fathima S, Ahmed S. Uncommon Presentations of Nasopharyngeal Carcinoma: A Report of Two Cases. *Cureus.* 2024;16(9):e69643.
4. Kristiyanto JW. Facial Nerve Paralysis in Nasopharyngeal Carcinoma: A Case Report. *Journal of the Medical Sciences.* 2023.
5. Denton AJ, et al. Case of Nasopharyngeal Carcinoma Presenting With Rare Combination of Multiple Cranial Nerve Palsies. *Cureus.* 2021;13(12):e20357.
6. Zahrah RN, Hanan A, Mintarti A. Early recognition of nasopharyngeal carcinoma using the Digby score in resource-limited settings: a case report. *Indonesian Journal of Biomedicine and Clinical Sciences.* 2025;57(3):49.
7. Li KY, Kwok HM, Pan NY, et al. Pre-treatment and post-treatment nasopharyngeal carcinoma imaging: imaging updates, pearls and pitfalls. *Neuroradiology.* 2025;67(4):1023-1047.
8. Geiger Z, Fishman JM. Adenoid Hypertrophy. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
9. Wagner VP, Martins MD, et al. MYB-NFIB fusion transcript in adenoid cystic carcinoma: a comprehensive review. *Oral Oncology.* 2022;129:105873.
10. Onotai LO, et al. Histopathological results of

nasopharyngeal masses of adults in Port Harcourt, Nigeria. *Port Harcourt Medical Journal.* 2016;10(1):10–13.

11. Wysocki PT, Izumchenko E, Meir J, et al. Adenoid cystic carcinoma: emerging role of translocations and gene fusions. *Oncotarget.* 2016;7(40):66239–66254.