

BEBERAPA MASALAH PENANGANAN KLINIKOSOSIAL KANKER GINEKOLOGIS¹⁾ ✓

Oleh: R. Soeprono

Bagian Obstetri-Ginekologi Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Sardjito, Yogyakarta

Setiap dokter, yang merawat pasien wanita, tidak dapat mengelakkan tanggung jawab dalam masalah penanganan kanker ginekologis, karena penyakit ini sangat banyak terdapat dan dengan usaha yang baik sebagian besar penderita sebenarnya dapat disembuhkan.

Bila prinsip umum penanganan kanker diterapkan pada kanker ginekologis, hasilnya — dinyatakan dalam *angka ketahanan hidup 5 tahun* (AKH 5 tahun, *5-year survival rate*) — cukup tinggi.

Prinsip-prinsip penanganan kanker ini adalah:

1. *Deteksi awal*
2. *Evaluasi dan persiapan pasien secara cermat sebelum terapi*
3. *Terapi disesuaikan dengan keadaan tiap pasien (individualisasi)*
4. *Pengamatan lanjutan (follow-up) untuk menemukan residip.*

Oleh sebab itu pengetahuan dokter tentang prinsip-prinsip penanganan kanker ini, serta ketrampilan, kemampuan dan kesempatan untuk menerapkannya, dapat menentukan soal hidup atau mati pasien.

Jelas bahwa diagnosa awal sangat menentukan prognosa. Karena itu dokter perlu mengetahui, kapan, di mana dan bagaimana mencari kanker ginekologis ini.

Tanggung jawab dokter ini sudah kerap dikemukakan dan ditekankan. Namun tanggung jawab lain, yakni *mengusahakan terapi yang sebaik-baiknya pada kesempatan pertama terapi diberikan*, masih kurang disadari. Hal ini perlu diinsafi, karena *perawatan kanker yang pertama-tama halilah yang memberikan harapan penyembuhan yang terbaik.*

Memang terdapat banyak problema khusus dalam masalah penanganan kanker ginekologis, sedangkan perawatan yang terbaik menurut ilmu pengetahuan dan teknik mutakhir kerap sangat rumit, sangat mahal pembeayaannya dan tidak selalu dapat dilaksanakan di sini. Karena itu perlu disadari, bahwa perawatan kanker tidak dapat lain daripada *usaha kelompok (team work)* berbagai disiplin. Ini membawa konsekuensi kalau dokter itu sendiri tidak mempunyai pengetahuan atau sarana diagnostik dan terapi yang diperlukan, menjadilah tanggung jawabnya untuk mengusahakan pengiriman pasien itu kepada sajawat atau rumah sakit lain yang memiliki kemampuan dan fasilitas itu.

1) Dikemukakan pada Penyegar Masalah Kanker RSUP Dr. Sardjito, Yogyakarta, pada tanggal 26 Februari 1977.

PERSOALAN KANKER WANITA DI INDONESIA

Kanker wanita — khususnya kanker ginekologis — dalam dua dekade terakhir ini sudah menjadi masalah yang merangsang dan makin mendesak. Hal ini disebabkan:

1. Masyarakat umumnya, wanita dan dokter khususnya, sudah menjadi lebih sadar kanker (*cancer-minded*).
2. Fasilitas diagnostik dan terapi, baik yang diusahakan pemerintah maupun swasta, telah bertambah luas dan baik.
3. Harapan hidup wanita Indonesia telah pula bertambah panjang (45,00 tahun, dibanding dengan 42,12 tahun pada pria — menurut Biro Pusat Statistik, 1974), sehingga prosentase penduduk wanita dalam periode peka kanker 35 — 65 tahun telah pula sangat meningkat.

Namun harus pula dengan jujur diketengahkan bahwa sebenarnya usaha-usaha itu belum lagi memadai dalam kualitas dan kuantitasnya, dalam daya mampu dan daya gunanya. Ibarat baru menggali di bagian gunung es di atas permukaan air saja.

Kalau di sini dipaparkan hambatan-hambatan yang masih ada dan dalam jangka waktu yang cukup lama masih akan ada, bukanlah maksudnya untuk memperkecil hasil usaha yang telah tercapai, atau bukanlah maksudnya untuk membuat seseorang lesu atau putus harapan, melainkan diinginkan supaya dengan mengenal problema-problema itu malahan tergugahlah hasrat untuk mengatasi dan memperbaikinya.

Hambatan itu di antaranya adalah:

1. Besarnya jumlah penduduk Indonesia. Dari 135 juta ini 70 juta adalah wanita dan sekitar 20 juta di antaranya ada dalam periode peka kanker (*cancer age*, 35 — 65 tahun). Pembagian penduduk tidak merata dan 83,6% berdiam di pedesaan. Jumlah yang besar ini dengan sendirinya sudah membuat tiap usaha kesehatan, preventif maupun kuratif, menjadi suatu usaha raksasa.
2. Tingkatan yang masih rendah pada sebagian besar penduduk dalam mutu pendidikan, taraf sosial-ekonomi, pengertian kesehatan dan kebersihan (umum, pribadi, lingkungan, ginekologis) tidak menunjang pemecahan masalah.
3. Masih banyak urusan kesehatan lain yang perlu mendapat perhatian pada waktu ini dengan segera, seperti pemberantasan penyakit menular, peningkatan gizi dan keluarga berencana demi kesejahteraan keluarga dan pengendalian laju pertumbuhan penduduk.
4. Kesadaran kanker belum merata dan mendalam pada semua lapisan penduduk wanita, tenaga paramedis dan dokter sekalipun.
5. Belum ada organisasi, program dan biaya untuk usaha *screening* masal yang terarah untuk menemukan kanker seawal mungkin, tidak juga untuk jenis kanker wanita yang paling frekwensi sekalipun (kanker cervix).
6. Belum terdapat fasilitas yang luas dan merata untuk diagnostik kanker ginekologis. Tenaga ahli yang memang mahir dalam sitologi, patologi, di samping dokter yang memang ahli dalam pembedahan dan penyinaran kanker ginekologis belum banyak. Di antara ahli ginekologipun yang berminat mengkhususkan diri dalam onkologi dapat dihitung dengan jari.

7. Fasilitas terapi di lembaga belum tersebar luas dan merata, kerap kali belum lengkap atau masih menggunakan alat yang sudah usang. Memang pengadaannya merupakan investasi modal yang besar. Langkanya di suatu daerah menjadikannya kerap tidak terjangkau oleh si penderita miskin, atau pasien harus pergi jauh untuk mendapatkan terapi ini.
8. Macam, sifat dan penyebaran masing-masing kanker ginekologipun tidak selalu memudahkan persoalan.

Dalam deretan kanker wanita harus pula disebutkan choriocarcinoma yang 50% berasal dari mola hydatidosa, 25% dari abortus dan sekitar 10% dari kehamilan biasa. Kenyataan menunjukkan bahwa seperti juga di negara Asia di pantai barat Samudera Pasifik, frekwensi mola adalah sangat tinggi (1 per 80 — 100 kehamilan). Dan justru kanker ini adalah yang paling ganas dan lazim mengenai wanita muda di bawah 20 tahun.

Tingkat hygiene pelvik yang masih rendah, banyaknya infeksi pada vagina dan cervix, kemiskinan, malnutrisi, keterbelakangan dan ketidaktahuan, kebiasaan beranak banyak, banyaknya abortus dan mola yang tidak terawat semestinya, masih kurangnya perawatan antenatal, postnatal dan *interval*, semuanya ini tentu berpengaruh dalam epidemiologi kanker ginekologis di sini.

Kiranya pada tempatnya juga dikatakan bahwa dapat diharapkan perkembangan yang lebih pesat dalam usaha-usaha penanganan kanker ginekologis dalam tahun-tahun yang mendatang.

DISTRIBUSI KANKER GINEKOLOGIS DAN ANGKA KETAHANAN HIDUP (AKH)

Pembahasan sistematis mengenai kanker ginekologis tidak akan diberikan di sini dan dipersilakan menggantinya dari *textbook* dan penerbitan khusus mengenai masalah ini. Untuk kelengkapan diberikan dalam lampiran beberapa daftar distribusi kanker ginekologis, pembagian menurut stadia dan angka ketahanan hidup (*survival rate*).

Pembahasan akan dipusatkan pada beberapa masalah dan gagasan umum mengenai evaluasi dan persiapan pasien praterapi, terapi pembedahan dan penyinaran, dan khususnya mengenai usaha pencegahan.

Dari banyak macam kanker pada wanita kanker ginekologis berikut yang perlu ditinjau:

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------|
| 1. Ca cervicis uteri | (20% dari kanker wanita) |
| 2. Ca corporis uteri = ca endometrial | (8% dari kanker wanita) |
| 3. Ca ovarii | (5% dari kanker wanita) |
| 4. Ca vulvae | (1% dari kanker wanita) |
| 5. Choriocarcinoma. | |

Ca cervix: jenis yang terbanyak pada wanita dan merupakan 2/3 dari semua jenis kanker tractus genitalis wanita. Mengenai 2% dari wanita di atas 40 tahun dan terbanyak pada umur sekitar 45 tahun. Asal terutama dari batas antara epitel planoseluler dan kolumnar; histologis 95% ca planoseluler dan 5% adenocarcinoma. Meski kausa tidak diketahui, hal-hal berikut diakui sebagai faktor pembantu terjadinya: kawin dan hubungan seksual pada umur muda, frekwensi koitus yang besar, promiskuitas, persalinan yang banyak, cervicitis

kronis, lesi cervix (erosi, ulkerasi, ektropion, robekan), tingkat sosial-ekonomi rendah, hygiene pelvik yang jelek. AKH 5 tahun yang meliputi semua stadia 55%; pada stadium 0 100% dan pada stadium I 70 – 80% atau malahan 80 – 90% dalam penanganan yang baik.

Ca endometrial: terbanyak setelah *ca cervix*. Terutama pada umur 55 – 65 tahun, meski dapat juga terdapat pada umur yang jauh lebih muda dan menunjukkan frekwensi yang meningkat. Sekitar 3% dari wanita antara umur 20 – 50 tahun akan terkena dan terdapat tiga kali lebih banyak pada nullipara dibanding dengan multipara. Histologis merupakan adenocarcinoma dan meliputi 90% dari semua neoplasma endometrial. Kausa tidak selalu jelas, namun disimpulkan bahwa ada faktor keturunan (pada 10 – 20% kasus) atau pengaruh estrogen yang berlebihan kuat atau lama, baik berasal endogen atau exogen. Sebagai faktor predisposisi kerap disebut: obesitas, hipertensi, diabetes, menopause terlambat, nulliparitas, menopause terlambat, menorrhagi perimenopausal, tumor ovarium yang memproduksi estrogen (*granulosa cell tumor*), terapi estrogen dengan dosis besar atau lama, terutama dalam masa perimenopause, mungkin pula pemakaian pil oral kontrasepsi kombinasi progestogen-estrogen untuk jangka waktu yang lama, khususnya sesudah umur 35 – 40 tahun. Diagnosa awal lebih sulit dibanding *ca cervix*, karena di sini usap Papanicolaou hanya 60% positif dibanding dengan 90% positif pada *ca cervix*. Diagnosa pasti dengan pemeriksaan histologis pada kerokan percobaan. AKH adalah 60% dan bertambah dengan diagnosa awal dan individualisasi terapi.

Ca ovarii: sampai sekarang diagnosa dan terapi tetap merupakan hal yang sulit. Diagnosa lazimnya baru dibuat pada laparotomi dan pada stadium yang lanjut. Hal ini berlaku pada *ca ovarii* primer maupun yang sekunder terjadi pada malignisasi kistoma ovarium. *Sikap khusus terhadap penanganan kistoma ovarium* karena itu selalu perlu diusahakan. Kanker inipun lazimnya tidak peka terhadap penyinaran dan sitostatika. AKH karena itu rendah, sekitar 20 – 25%.

Ca vulvae: sangat jarang (1%) dan *ca vagina* lebih jarang lagi. Kedua jenis kanker ini, justru karena lokasinya yang mudah dicapai, malahan kerap terabaikan dan baru ditemukan pada stadium yang lanjut. Ini disebabkan pula karena *ca ini* kerap multipel dan lekas sekali menyebar lewat sistim limfe vulva yang luas dan banyak interkoneksinya. Diagnosa lazimnya terlambat dan terapi perlu benar-benar radikal. AKH rendah, 10 – 15%.

Ca tubae sangat jarang.

Choriocarcinoma: sebenarnya merupakan tumor ganas alat genital wanita yang paling cepat progresi dan penyebarannya, dan sangat cepat berakhir fatal. Dapat terjadi sebagai kelanjutan maligna mola hydatidosa, abortus atau kehamilan biasa. Antara 4 – 15% dari kasus mola mengalami malignisasi menjadi choriocarcinoma. Terbanyak terdapat pada umur di bawah 20 tahun dan sesudah 40 tahun. Penilaian klinis jalannya penyakit terutama yang menentukan diagnosa, dengan hasil pemeriksaan histologis jaringan kerokan uterus kerap hanya merupakan penunjang. Penyebaran cepat terjadi terutama ke paru-paru, otak, tulang dan vagina. Kerap dikemukakan bahwa pengangkatan babonnya di uterus disusul dengan regresi anak sebaranya.

Namun umumnya kematian terjadi antara 6 – 12 bulan. Dengan methotrexate (amethopterine) dilaporkan hasil terapi tanpa pembedahan yang memuaskan sampai tercapai penyembuhan. Sayangnya di sini obat ini masih langka dan mahal, kendatipun obat ini diakui sebagai satu-satunya sitostatikum yang berkhasiat baik terhadap choriocarcinoma.

EVALUASI DAN PERSIAPAN PRATERAPI

Kalau diagnosa carcinoma dibuat – sebaiknya berdasar pemeriksaan histologis di bagian anatomi-patologi – maka pasien dan kasusnya perlu dipelajari dengan teliti, metode terapi ditentukan dan terapi direncanakan sesuai dengan keadaan dan kebutuhan khusus pasien ini.

Perencanaan ini memerlukan kerjasama antara ahli ginekologi dan radiologi serta konsultasi dengan patolog dan internis.

Stabilitas emosi dan mental penderita harus diperhatikan, demikian pula *kehatan fisik* umumnya. Bimbingan kejiwaan ini perlu diberikan karena alasan praktis pula. Tetapi penyinaran kerap harus dijalankan dan untuk ini kesediaan pasien untuk mengikutinya secara teratur menurut jadwal untuk waktu yang cukup lama diperlukan. Kalau pasien takut, tidak ikut membantu atau tidak berdisiplin, hasil terapi tidak akan tercapai.

Diagnosa kanker selalu merisaukan. Pada kanker ginekologis lazimnya fungsi reproduksi hilang, baik oleh karena proses penyakit sendiri maupun sebagai akibat terapi operatif atau penyinaran yang dijalankan. Kehidupan seksual dapat terganggu dan jaringan parut yang ekstensif dapat dirasakan sebagai trauma kosmetis yang berat (seperti umpamanya pada vulvektomi radikal pada *ca vulvae*).

Meskipun pasien tidak selalu menanyakan hal ini, namun diam-diam dapat merisaukannya dan karena itu reaksi negatif harus selalu dipikirkan kemungkinannya. Oleh karena itu pasien harus diberitahu macam tindakan dan mengapa perlu dijalankan dan harus diterangkan bahwa semuanya ini kerap makan waktu lama dan harus dijalankan bertahap atau dalam seri.

Medis pasien harus diperiksa lengkap. Terutama darah oleh karena pasien sudah lazimnya menjadi anemis disebabkan perdarahan kronis, karena tumor atau terjadi depresi sistim hemopoetis, karena kerusakan sumsum tulang sebagai akibat kanker sendiri atau radioterapi. Gambaran darah merah dan putih, golongan darah perlu diperiksa. Kalau perlu diberikan transfusi darah untuk mengatasi anemi dan terapi interna lain-lain untuk mengatasi kakeksi dan asteni umum yang terjadi. Penyakit lain harus dicari seperti umpamanya diabetes mellitus, penyakit jantung, karena dapat berpengaruh pada pilihan metode terapi. Ginjal, paru-paru dan hepar harus diperiksa dan infeksi harus diberantas.

Pemeriksaan untuk menentukan macam dan penyebaran kanker perlu dijalankan, di antaranya:

1. Pemeriksaan panggul yang teliti (kalau perlu dalam narkosa) untuk dasar penentuan stadium.
2. Pemeriksaan usap Papanicolaou.

3. *Biopsi* pada (ke-4 kwadran) portio, juga biopsi endometrial dan endoservikal.
4. *Pemeriksaan penyebaran* ke alat-alat sekitarnya (*kandung kencing, rectum, ureter*) dengan kistoskopi, proktoskopi dan urografi.
5. *Foto paru-paru* untuk mengetahui apa ada metastase paru-paru.
6. *Pemeriksaan khusus lain* menurut keperluan dan kesempatan, seperti kolposkopi, limfadenografi, angiografi, laparoskopi untuk visualisasi atau biopsi ovarium dan laparotomi percobaan.

PEMILIHAN METODE TERAPI

Pembedahan dan terapi penyinaran dipakai pada perawatan kanker ginekologis, baik *terpisah* maupun *dalam kombinasi*.

Kemoterapi dengan *sitostatika*, meskipun sekarang makin banyak dipakai pada perawatan kanker ginekologis, *belum sepekat dianggap efektif dan kuratif*, kecuali pada choriocarcinoma dengan methotrexate (amethopterin).

Pengobatan tradisional lain perlu mengalami penyelidikan seksama dulu sebelum dipergunakan, seperti benalu teh dan singkong gendruwo dsb. *Harapan bukan-bukan kerap ditimbulkan dan kerap berarti keterlambatan untuk terapi lain yang lebih efektif*.

Pembedahan dan penyinaran masing-masing ada keuntungannya khusus pada perawatan kanker pada lokasi tertentu. Keuntungan ini ditentukan oleh efektivitas, efek sampingan dan hasil yang ingin dicapai.

Faktor yang dapat mempengaruhi *pemulihan metode terapi* adalah:

1. Lokasi anatomis kanker
2. Perluasan dan penyebaran penyakit
3. Tipe sel kanker
4. Pola penyebaran kanker ini, menurut lokasi macamnya
5. Responsi jaringan tumor terhadap penyinaran, juga jaringan sekitarnya
6. Kehendak pasien sendiri.

Pada umumnya pilihan metode terapi ini menurut kelaziman dan pengalaman. Namun *selalu harus dipertimbangkan individualisasi terapi* untuk meningkatkan hasil penyembuhan, karena dapat saja adanya kekecualian atau penyimpangan dari proses dan prosedur rutin.

Pembedahan: Pembedahan merupakan terapi yang paling radikal, namun penyinaran mempunyai penggunaan efektif yang lebih luas. Bila tumor dapat diangkat seluruhnya dengan mengikutsertakan tepi jaringan sehat yang cukup lebar (1 sm) maka residip dapat dicegah, setidaknya bila tidak ada metastase jauh atau penyebaran di kelenjar limfe regional atau yang lebih jauh. Pada penyinaran selalu ada kemungkinan bahwa ada sel kanker hidup yang tertinggal.

Eksisi dengan pembedahan merupakan pilihan metode untuk jenis kanker pada kedua ujung tractus genitalis — kanker ovarium, uterus dan vulva.

Antara kedua ujung ini, pada kanker cervix dan vagina, alat-alat vital di sekitarnya lazimnya ikut terkena, yakni kandung kencing dan rectum. Eksisi tumor dengan metastase sedemikian tidak dapat dilakukan tanpa juga meng-

angkat kedua alat yang fisiologis vital ini. Bila alat-alat ini juga terkena, maka terapi penyinaran adalah pilihan yang lebih baik, karena kanker dapat dibasmi dan alat vital ini dapat dipertahankan.

Pembedahan lazimnya merupakan tindakan terbaik pada *kanker ovarium* dan *kanker corpus uteri*, tetapi sebaiknya dikombinasi dengan terapi penyinaran baik pre- maupun postoperatif. Kanker ovarium tidak bereaksi baik terhadap penyinaran, tetapi pada kanker corpus uteri penyinaran pre- operatif sangat bermanfaat, karena membuat uterus lebih kecil dan dapat mengurangi kemungkinan penyebaran postoperatif.

Pada *kanker vulva* sebaiknya dilakukan vulvektomi radikal dengan mengangkat juga kelenjar limfa inguinal superfisial dan profunda. Kanker vulva cepat menular, karena di daerah ini sistim limfe sangat kompleks. Untuk kanker ini sebaiknya penyinaran preoperatif lebih kerap dipergunakan, karena metastase postoperatif dan residip lazim terjadi, apalagi kalau tumor itu besar dan multipel seperti lazimnya di sini.

Pada *ca cervix* dilakukan histerektomi radikal dengan mengangkat juga kelenjar limfe regional dan kelenjar lain dalam sistim pengaliran limfe di daerah ini. Hal ini dapat dipertimbangkan untuk pasien yang masih muda dengan kanker yang masih operabel, bila dipandang perlu untuk mempertahankan fungsi ovarium.

Histerektomi radikal (Werthheim, Schauta) merupakan operasi yang besar dan sulit dengan kemungkinan komplikasi yang serius dan bermacam-macam (pada ureter, kandung kencing, rectum). Sebaiknya hanya dilakukan pada kasus-kasus yang ringan, di rumah sakit yang besar dan hanya oleh ahli yang berpengalaman.

Pembedahan juga dipertimbangkan dan diikuti dengan penyinaran pada kasus yang resisten penyinaran, residip atau memberikan kesulitan pada pelaksanaan teknik penyinaran. Hal ini umpamanya pada kanker dengan:

1. Pertumbuhan yang tidak biasa
2. Variasi anatomis abnormal
3. Adenocarcinoma
4. Keadaan pasien sedemikian rupa, sehingga risiko pembedahan lebih kecil daripada penyinaran.

Pola pertumbuhan yang tidak normal perlu diperhatikan, karena pada kasus semacam terapi radiasi mungkin tidak mencapai jaringan yang perlu dihilangkan. Kanker cervix terkenal sebagai tumor yang melebar teratur ke perifer mulai dari cervix. Tapi ada kalanya penyebaran ini tidak mengikuti pola sedemikian, umpamanya merambat ke vagina, lig. sacrouterinum, sesisi ke parametrium, uterus dsb. Dengan teknik radiasi rutin mungkin jaringan yang kena kanker tidak tercapai atau dosis tumor tidak cukup, sehingga penyembuhan tidak tercapai.

Ca planoseluler yang 95% merupakan jenisnya *ca cervix*, lazimnya peka terhadap penyinaran. *Adenocarcinoma cervix* biasanya tumbuh sedemikian rupa sehingga cervix menjadi besar dan benjol; karena itu penyinaran tidak efektif. Lagi pula adenocarcinoma cervix kerap sukar dibedakan dari

adenocarcinoma endometrial. Dengan alasan ini adenocarcinoma cervix sebaiknya dirawat dengan pembedahan, didahului dengan penyinaran.

Kadang-kadang ca planoseluler menunjukkan responsi yang lambat atau sangat kecil terhadap penyinaran, yang nyata karena tumor tidak menjadi kecil atau lunak. Dalam hal ini radiasi tetap diteruskan dan kasus terus diikuti dengan cermat. Pemberian vitamin E dilaporkan menambah kepekaan terhadap penyinaran.

Kanker yang timbul setelah penyinaran sebaiknya dieksisi dengan pembedahan. Umumnya penyinaran ulangan tidak ditoleransi badan. Pembedahan semacam ini selalu juga mengandung kemungkinan komplikasi. Namun sejauh mungkin perlu dilaksanakan. Di sinilah nyata kegunaan *follow-up*.

Pembedahan postradiasi ini tidak selalu mudah dan tidak tanpa bahaya, karena jaringan rectum dan kandung kencing sukar dipisahkan dari uterus. Kadang-kadang dipertimbangkan operasi eksenterasi panggul, namun ini merupakan operasi yang berat sekali dan masih merupakan kontroversi.

Nyatalah di sini bahwa *perlu ada perencanaan dan pelaksanaan terapi — baik pembedahan maupun penyinaran — yang disesuaikan dengan keadaan dan kebutuhan pasien serta kasus kanker itu sendiri (individualisasi)*.

Terapi penyinaran intrakaviter: Sumber radiasi pertama yang digunakan untuk terapi penyinaran pada ca cervix adalah radium. Sampai sekarang radium ini masih merupakan terapi yang baik bagi kanker ginekologis. Radium merupakan sumber radiasi yang kuat, namun daya penetrasinya kurang. Dua sifat ini membuatnya cocok untuk terapi ca cervix. Aplikasi radium di dalam uterus dan di puncak vagina memungkinkan kontak langsung dengan masa tumor dan dapat memberikan dosis tumor yang diperlukan. Selain itu dengan pemasangan yang baik kandung kencing dan rectum terhindar dari dosis radiasi yang penuh disebabkan karena daya guna dan penetrasi radium yang pendek.

Terapi penyinaran ekstern: Sinar röntgen mempunyai penggunaan luas, tetapi dosis tumor tidak dapat setinggi seperti dengan radium, oleh sebab harus melalui lapisan jaringan sehat dahulu sebelum mencapai jaringan kanker. Dengan alat megavoltase dosis tumor dapat lebih besar, karena tidak terlalu merusak jaringan kulit dan jaringan sehat. Daya guna yang lebih efektif ini terdapat juga pada penyinaran dengan cesium 137.

Terapi kombinasi: Kombinasi pembedahan dan penyinaran lazim digunakan bagi carcinoma cervix, corpus uteri dan ovarium, meski kombinasi ini lebih jarang dilakukan pada ca cervix dibanding dengan pada ca corpus dan ca ovarium.

Pemberian radium pada ca cervix preoperatif dalam dosis, yang hanya sebagian dari dosis penuh yang biasa untuk kanker ini, mempunyai manfaat

1. mengurangi infeksi
2. memudahkan operasi dengan memperkecil besar uterus
3. mengurangi kemungkinan penyebaran dan pertumbuhan tumor.

Pada tumor corpus uteri penyinaran preoperatif ini berguna, karena

1. memudahkan operasi dengan susutnya volume uterus
2. mengurangi insidensi metastase vaginal
3. memperbaiki kemungkinan penyembuhan pada kasus lanjut.

Pada ca ovarium penyinaran dilakukan postoperatif. Preoperatif tidak praktis, karena biasanya diagnosa harus dibuat dengan laparotomi. Pada waktu sekarang terapi ca cervix masih sangat mengecewakan, baik dengan pembedahan, radiasi, terapi kombinasi maupun dengan kemoterapi.

Kemoterapi dengan sitostatika: Diberikan sebagai terapi sistemis secara oral atau parenteral, ataupun langsung pada masa tumor melalui infus lewat vaskularisasi regional. Obat ini sangat toksis dan dosisnya sangat terbatas karenanya. Sitostatika umumnya sekarang ini dianggap tidak efektif untuk kanker ginekologis. Penggunaannya terbatas pada *choriocarcinoma dengan methotrexate dengan hasil baik*, juga pada ca ovarium yang inoperabel atau pada kanker lain yang tidak dapat dirawat dengan cara lain atau dengan cara lain tidak menunjukkan hasil. Penggunaan yang perlu lama dengan pengawasan hematologis ketat, serta harga yang mahal merupakan juga hambatan penggunaannya secara luas.

HASIL TERAPI

Hasil terapi yang dinyatakan dengan *angka ketahanan hidup 5 tahun* (AKH 5 tahun) sangat tergantung dari jenis kanker, stadium, macam dan efektivitas penggunaan terapi. Umumnya angka ini berkisar sebagai berikut:

Stadium —		0	I	II	III	IV
Jenis ca, —	ca cervix	100	80 — 90	70 — 80	30 — 40	10 — 15
	ca corpus	100	70 — 80	50 — 60	20 — 25	
	ca ovarium		60 — 70	25 — 30	10 — 15	0

Angka-angka dari bermacam rumah sakit oleh karena sebab yang dikemukakan di atas tidak selalu dapat diperbandingkan.

PREVENSI

Melihat jalannya penyakit, penanganannya dan hasil terapi yang tidak selalu menggembirakan ini, maka sebenarnya akan lebih baik bila dapat dilakukan *prevensi dan pengenalan diagnosa seawal mungkin*. Namun karena kausa kanker ginekologis tidak dapat ditegaskan sekarang ini, pencegahan hanya dapat dilakukan dengan:

1. Menghindarkan sejauh mungkin faktor-faktor predisposisi.
2. Kontrol rutin ginekologis secara teratur pada pasien dalam periode paha kanker (35 — 65 tahun) atau yang ada predisposisi. Meski tidak ada keluhan dan gejala apa-apa, sebaiknya tiap 6 bulan sekali atau paling tidak 1 tahun sekali.
3. Penanganan yang cermat dan kompeten pada gejala pertama kali, meski ini berarti sudah ada peningkatan stadium.

Carcinoma cervix: Usaha pencegahan ini meliputi:

1. Menghindarkan perkawinan muda, hubungan seksual yang dimulai pada umur muda, hubungan seksual yang terlalu frekwen dan dengan partner yang banyak bersamaan waktu, persalinan yang banyak.
2. Menghindarkan infeksi ginekologis dan merawatnya seawal dan sebaik mungkin (veneris, trichomoniasis, moniliasis, herpes genitalis).
3. Merawat lesi cervix sebaik mungkin (laserasi, ektropion, erosi, ulkerasi). Eksisi atau konisasi displasi cervix seawal mungkin. Khususnya perawatan postnatal (6 minggu) dan antar-konsepsi perlu dianjurkan dan digalakkan.
4. Menjauhkan pengaruh zat carcinogen: sirkumsisi pada bayi, hygiene seksual yang baik (mencuci penis pra-coitus, irigasi vagina post-coitus, monogami/satu partner).
5. Cek rutin, termasuk usap Papanicolaou, tiap 6—12 bulan selama periode peka kanker (35—65 tahun), khususnya setelah umur 40 tahun.
6. Cek rutin, termasuk usap Papanicolaou, pada pemakai pil oral kontrasepsi.
7. Pemeriksaan teliti pada setiap perdarahan vaginal, servikal dan uterus.

Carcinoma endometrial (corpus uteri): Kanker ini sebenarnya lain mekanisme terjadinya. Pencegahannya meliputi:

1. Menghindarkan pemakaian estrogen dalam dosis yang tidak fisiologis atau terlalu lama. Khususnya dalam periode perimenopausa.
2. Menghindarkan pemakaian pil oral kontrasepsi yang mengandung estrogen untuk jangka waktu yang lama. Khususnya setelah umur 40 tahun.
3. Penanganan metrorrhagi postmenopausa yang baik, termasuk kerokan diagnostis. Khususnya waspada kalau ini terjadi pada wanita dengan predisposisi kanker endometrial (obesitas, diabetes mellitus, hipertensi, menarche terlambat, menopause terlambat, pemakai pil kontrasepsi, perdarahan disfungsi, myoma uteri, tumor ovarium).

Carcinoma ovarii: Karena sukar dicapai, diagnosa sukar dibuat, khususnya ca ovarium primer dalam stadium permulaan. Untuk pencegahan mungkin hanya dapat dilakukan pada ca ovarium sekunder, terutama pada kistaadenokarsinoma ovarium.

1. Tiap kista ovarium harus diangkat segera setelah diagnosa dibuat, atau kalau ukuran diameter melebihi 6 cm. Hal ini mengingat hasrat malignisasi kista ovarium yang besar (60%). Pada operasi sebelum perut ditutup, kista yang diangkat harus diperiksa terhadap keganasan. Pemeriksaan anatomi patologi harus selalu dijalankan. Karena kista ovarium selalu ada tendensi terjadi bilateral, harus waspada akan ovarium yang sebelah pula, bila kista ini menunjukkan keganasan. Ascites yang menyertai kista ovarium perlu diperiksa terhadap kemungkinan adanya sel ganas. Kista ovarium serosa mempunyai hasrat keganasan melebihi yang pseudo-mucinosus, karena itu perlu waspada terhadap jenis itu.
2. Ca ovarium dianggap tidak memberikan metastase pada mamma. Namun sebaliknya dikemukakan bahwa ca mamma kerap memberikan metastase pada ovarium, seperti juga tumor ganas lain yang asalnya dari tractus genitalis, tractus digestivus (colon, sigmoid, rectum, hepar, pankreas) dan kanker kandung kencing. Hal ini perlu jadi pemikiran ahli bedah.

Carcinoma mammae: Ginekolog sudah lama "terpaksa" menyerahkan penanganan penyakit mamma pada ahli bedah, meskipun dalam bidang obstetri masih tetap dalam pengawasannya. Namun kerap kali dirasa bahwa ahli kebidanan dan dokter umum yang banyak merawat wanita, lebih banyak kesempatan untuk mengawasi timbulnya penyakit ini pada pasennya, setidaknya mereka lebih berkesempatan untuk menganjurkan dan mendidik pasien wanita untuk melakukan sendiri pemeriksaan palpasi mamma tiap bulan antara dua menstruasi. Apalagi pada pemakai pil oral kontrasepsi, pengawasan terhadap kemungkinan timbulnya penyakit ini menjadi tanggung jawab dokter yang memberikan metode keluarga berencana ini.

Choriocarcinoma: Di depan sudah disinggung mengenai jenis kanker ini. Termasuk pencegahan adalah penanganan tiap kasus mola hydatidosa secara cermat, termasuk follow-up selama waktu 1—2 tahun, dimulai dari waktu evakuasi mola. Mola pada wanita yang sudah lanjut umur, di atas 35 tahun, sebaiknya diselesaikan dengan pengangkatan uterus.

Sebaiknya pula mola didiagnosa seawal mungkin dan dikeluarkan seawal-awalnya. Fasilitas ultrasonik yang mampu mendeteksi adanya atau tidak adanya janin seawal 8 minggu atau malahan lebih awal, akan sangat berguna.

Demikianlah diberikan uraian menurut garis-garis umum mengenai kanker ginekologis. Meskipun masih banyak lagi jenis tumor maligna pada wanita di tractus genitalis, yang diuraikan di atas adalah mengenai jenis kanker yang paling banyak dapat dijumpai dalam pekerjaan dokter.

Penanganan diagnosa dan terapi secara teknis memang ada dalam tangan team dokter ahli dalam bidang ini. Namun perlu sekali lagi ditekankan bahwa wanita datang menguraikan keluhannya kepada dokter umum dan dokter keluarga pertama-tama kalinya. Dan kepada mereka inilah sebenarnya terletak pangkal penentuan nasibnya, karena mereka inilah yang berkewajiban dan kompeten untuk memulai garis penanganan panjang dalam masalah kanker ginekologis ini.

IKHTISAR

Dibicarakan dasar-dasar penanganan kanker ginekologis dan hambatan-hambatan yang perlu diatasi dalam mengembangkan usaha ini dalam masyarakat di sini. Dikemukakan segi-segi penting dalam diagnostik dan terapi, khususnya dalam bidang pencegahan supaya dapat dicapai hasil yang sebaik-baiknya. Di samping masalah kanker cervix, endometrial dan ovarium, yang merupakan tiga jenis utama kanker ginekologis, dimintakan perhatian terhadap penyakit trofoblas ganas yang di Indonesia cukup tinggi frekwensinya. Disinggung pula persoalan kanker mamma dalam kaitannya dengan perawatan obstetri-ginekologi.

KEPUSTAKAAN

- Danforth, D.N. (ed.) 1971 *Textbook of Obstetrics and Gynecology*, 2nd ed. Harper & Row, New York.
- Noyak, E., & Novak, E.R. 1958 *Gynecologic and Obstetric Pathology with Clinical and Endocrine Relations*, 4th ed. WB Saunders Company, Philadelphia.