

Tumor Mammae

Abdul Raziq Jamil^{1*}, Jon Hadi², Irsal Munandar³

¹Bagian Bedah RSUD M.Natsir, Fakultas Kedokteran Universitas Baiturrahmah, Padang, Indonesia

²Bagian Bedah RSUD M.Natsir, Fakultas Kedokteran Universitas Baiturrahmah, Padang, Indonesia

³Bagian Bedah RSUD M.Natsir, Fakultas Kedokteran Universitas Baiturrahmah, Padang, Indonesia

Email : abdul_raziq_jamil@fk.unbrah.ac.id

Abstrak

Tumor payudara (fibroadenoma mammae) merupakan tumor yang sering menyerang pada wanita usia subur dikarenakan puncak kesuburan terjadi pada rentang ini dan setiap tahunnya mengalami peningkatan, sehingga perlu dilakukan pencegahan dengan deteksi dini tumor payudara. Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan tingkat pengetahuan wanita usia subur tentang deteksi dini tumor payudara di Puskesmas Ganting Gedangan Kabupaten Sidoarjo. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif. Populasinya yaitu semua wanita usia subur (20-25 tahun) dengan rata-rata kunjungan 65 wanita usia subur, sampelnya adalah sebagian wanita usia subur dengan jumlah 56 responden yang diambil dengan cara purposive sampling. Variabel dalam penelitian ini adalah tingkat pengetahuan wanita usia subur tentang deteksi dini tumor payudara. Data diperoleh dengan menggunakan kuesioner. Data dianalisis menggunakan deskriptif dengan menggunakan persentase. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 56 responden, sebagian besar pengetahuan kurang (58,9%), hampir setengahnya pengetahuan cukup (25%) dan sebagian kecil pengetahuan baik (16,1%). Simpulan dari penelitian ini adalah sebagian besar wanita usia subur di Puskesmas Ganting memiliki tingkat pengetahuan kurang tentang deteksi dini tumor payudara. Diharapkan wanita lebih meningkatkan pengetahuannya tentang deteksi dini tumor payudara, serta petugas kesehatan diharapkan lebih meningkatkan pelayanan dengan lebih sering melakukan penyuluhan dan sosialisasi tentang deteksi dini tumor payudara.

Kata kunci : pengetahuan, deteksi dini, tumor payudara.

Abstract

Breast tumors (fibroadenoma mammae) are tumors that often attack women of childbearing age because peak fertility occurs in this range and increases every year, so prevention needs to be done by early detection of breast tumors. This study aims to describe the level of knowledge of women of childbearing age regarding early detection of breast tumors at the Ganting Gedangan Health Center, Sidoarjo Regency. This research uses descriptive methods. The population is all women of childbearing age (20-25 years) with an average visit of 65 women of childbearing age, the sample is some women of childbearing age with a total of 56 respondents taken by purposive sampling. The variable in this study was the level of knowledge of women of childbearing age regarding early detection of breast tumors. Data was obtained using a questionnaire. Data were analyzed using descriptive analysis using percentages. The results showed that of the 56 respondents, most had poor knowledge (58.9%), almost half had sufficient knowledge (25%) and a small portion had good knowledge (16.1%). The conclusion of this research is that the majority of women of childbearing age at the Ganting Community Health Center have a poor level of knowledge about early detection of breast tumors. It is hoped that women will increase their knowledge about early detection of breast tumors, and health workers are expected to improve services by providing more frequent counseling and outreach about early detection of breast tumors.

Keywords: knowledge, early detection, breast tumors

I. PENDAHULUAN

Tumor adalah pembengkakan di dalam atau pada tubuh akibat pertumbuhan sel yang abnormal. Tumor dapat bersifat maligna atau benigna. Tumor merupakan gangguan patologis pertumbuhan sel yang ditandai dengan proliferasi sel yang berlebihan, tidak terkontrol, dan tidak normal yang dapat bersifat padat maupun berisi cairan. Ketika pertumbuhan sel tumor terbatas pada tempat asal dan fisik normal maka merupakan tumor jinak, namun jika sel-sel abnormal terus tumbuh dan tidak terkendali, maka disebut sebagai tumor ganas atau kanker. Salah satu jenis tumor diantaranya tumor mammae yang merupakan kelainan payudara yang sering ditemukan terutama pada wanita.

Menurut World Health Organization (WHO) menyebutkan 13% wanita mengalami tumor payudara. Hal ini menjadikan tumor payudara sebagai jenis tumor yang paling banyak ditemui pada wanita. Setiap tahun lebih dari 260.000 kasus baru tumor payudara terdiagnosa di Eropa dan kurang lebih 180.000 di Amerika Serikat. Masih menurut WHO, tahun 2013 diperkirakan 1,4 juta wanita terdiagnosa tumor payudara di Asia (Kemenkes RI, 2014). Sedangkan data persentase prevalensi dan estimasi jumlah penderita penyakit payudara pada perempuan di Indonesia menunjukkan adanya peningkatan dari 1,4% 1000 penduduk di tahun 2013 menjadi 1,79% 1000 penduduk pada tahun 2018. Prevelansi tumor/kanker di Provinsi Jawa Barat dengan jumlah penduduk terbanyak di Indonesia : yaitu 40.737.594 orang, wanita: 49,5%, angka kejadian tumor/kanker 0,5%. estimasi kejadian 26/100.000 wanita atau prevalensi di Jawa Barat sekitar 5200 kasus (Risesdas, 2018).

Berdasarkan gambaran klinis, tumor payudara dapat diklasifikasikan menjadi tumor mammae jinak (benigna) dan ganas (maligna). Kanker payudara adalah tumor

maligna payudara yang dapat menjadi kanker yang berasal dari jaringan payudara (duktus, lobulus, dan jaringan penunjang lainnya), yang membedakan dari keduanya yaitu bentuk, konsistensi, permukaan, mobile atau tidaknya dan sifat nyeri (Heuther SE et al., 2019).

Tumor payudara terdiri dari fibroadenoma mammae (FAM), kistosarkoma phyloides, kista mammae, kelainan fibrokistik, dan karsinoma mammae. Pemeriksaan payudara dapat dilakukan secara rutin dan mandiri yaitu dengan cara Periksa Payudara Sendiri (SADARI). SADARI adalah deteksi dini untuk mengetahui adanya benjolan atau perubahan yang abnormal pada payudara yang dapat dilakukan sendiri dengan cara periksa payudara sendiri. SADARI hendaknya dilakukan setiap bulan 7-10 hari setelah hari pertama menstruasi (saat payudara kemungkinan tidak mengeras dan nyeri) (Permenkes RI, 2015). Suryo (2009, p. 59) juga mengatakan bahwa sebaiknya SADARI dilakukan pada waktu yang sama setiap bulan dan bagi wanita yang masih mengalami menstruasi, waktu yang paling tepat untuk melakukan SADARI adalah 7-10 hari setelah hari pertama menstruasi.

Penegakan diagnosis bisa dilakukan pemeriksaan USG, Magnetic Resonance Imaging (MRI) mammography dan biopsi. Biopsi merupakan baku standar pemeriksaan kanker payudara untuk memastikan adanya malignansi atau tidak. Pengambilan sampel biopsi bisa dilakukan dengan cara (fine-needle aspiration biopsy, core biopsy, dan biopsi terbuka) (Bonacho, Rodrigues, & Liberal, 2019). Tata laksana kanker payudara yaitu dengan kemoterapi, operasi, pengobatan hormon, radioterapi, targeting therapy dan rehabilitasi medik (Brunicardi FC, 2019).

II. FAKTOR RISIKO

Saat ini, penyebab kanker payudara belum diketahui secara pasti, namun berbagai penelitian dan pengumpulan bukti-bukti epidemiologi telah dilakukan untuk mencari tahu faktor-faktor yang meningkatkan risiko terkena kanker payudara. Berbagai faktor risiko itu antara lain :

1. Usia

Puncak insiden tumor jinak payudara pada wanita adalah usia 30-an. Kanker payudara jarang dijumpai pada usia di bawah 30 tahun, tetapi insidennya meningkat tajam hingga usia sekitar 50 tahun (30,35%). Setelah usia 50 tahun, frekuensinya tetap meningkat tetapi perlahan. Perbedaan insiden berdasarkan usia ini diinterpretasikan sebagai efek dari hormon ovarium pada perkembangan penyakit. Sekitar 1 hingga 8 kejadian kanker payudara yang invasif ditemukan pada wanita yang lebih muda dari usia 45 tahun, sedangkan 2 hingga 3 kejadian ditemukan pada wanita berusia 55 tahun ke atas.

2. Geografis

Insiden kanker payudara sangat bervariasi di antara negara-negara di seluruh dunia. Wanita asian-hispanic memiliki risiko kejadian kanker payudara yang lebih rendah daripada wanita african-american. Angka kejadian kanker payudara di Amerika Utara sekitar lima kali lebih tinggi daripada di Jepang. Variasi geografis ini lebih disebabkan oleh faktor lingkungan daripada genetik karena penduduk yang bermigrasi dari negara berisiko rendah ke negara berisiko tinggi mengalami peningkatan frekuensi kanker payudara.

3. Jenis kelamin

Kanker payudara 100 kali lebih sering terjadi pada perempuan daripada laki-laki. Hal ini disebabkan karena pada perempuan sel-sel payudara lebih sering

terpapar oleh hormon estrogen dan progesteron yang mempengaruhi pertumbuhan sel-sel pada payudara. Angkakejadian kanker payudara pada laki-laki hanya sekitar 1%.

4. Menstruasi

Menarche pada usia dini dan menopause yang terlambat dapat meningkatkan risiko kanker payudara. Menarche sebelum usia 12 tahun mempunyai risiko kanker payudara 20% lebih besar dari menarche setelah usia 15 tahun. Risiko kanker payudara berkurang sekitar setengahnya jika menopause terjadi sebelum usia 45 tahun dibandingkan jika menopause terjadi setelah usia 55 tahun.⁷ Hal ini mungkin disebabkan karena paparan hormon estrogen dan progesteron yang berkepanjangan yang mempengaruhi pertumbuhan sel-sel payudara.

5. Reproduksi

Status reproduksi juga mempengaruhi risiko terkena kanker payudara. Perempuan yang tidak pernah melahirkan (nullipara) atau yang pertama kali melahirkan anak usia lebih dari 31 tahun mempunyai risiko tiga hingga empat kali lebih besar dibandingkan perempuan yang melahirkan anak pertamanya setelah berusia 18 tahun. Perempuan yang memiliki banyak anak (multipara) diasosiasikan dengan berkurangnya risiko kanker payudara, tentunya setelah memperhatikan usia saat melahirkan anak pertama. Menyusui lebih lama juga dianggap dapat menurunkan risiko kanker payudara.

6. Diet

Perbedaan insiden kanker payudara di berbagai belahan dunia menunjukkan bahwa diet mungkin memegang peranan penting dalam perkembangan kanker payudara. Bukti-bukti yang ada menyebutkan bahwa tingginya konsumsi kalori, lemak, daging dan alkohol dapat meningkatkan risiko, sedangkan tingginya

konsumsi serat, sayur, buah, vitamin dan fitoestrogen dapat menurunkan risiko kanker payudara. Diet di negara barat biasanya mengandung lemak dan gula yang tinggi sedangkan di Asia dan negara yang belum berkembang, dietnya lebih banyak mengandung vitamin dan serat. Perempuan dari negara barat memiliki risiko kanker payudara enam kali lebih tinggi dibandingkan perempuan Asia dan negara berkembang lainnya.

7. Ukuran tubuh

Ukuran tubuh mencerminkan status gizi dan pola makan dapat mempengaruhi risiko terkena kanker payudara. Usia menarche sangat dipengaruhi oleh ukuran tubuh, dengan demikian gizi pada masa anak-anak akan mempengaruhi pada usia berapa menarche terjadi. Pada usia dewasa, tubuh yang kurus dapat meningkatkan risiko kanker payudara sebelum menopause sedangkan obesitas dapat meningkatkan risiko setelah menopause. Lemak tubuh merupakan situs konversi *androstenedione* menjadi *oestradiol*, satu-satunya sumber endogenik estrogen setelah menopause. Mungkin inilah yang memediasi efek berat badan terhadap risiko kanker payudara pada perempuan post-menopause.

8. Riwayat keluarga

Insiden orang-orang dalam satu keluarga besar terkena kanker payudara terjadi pada sekitar 18% kasus, 5% diantaranya benar-benar diwarisi secara familial berdasarkan nilai analisis *pedigree*. Dengan demikian, individu yang memiliki riwayat keluarga kanker payudara berisiko tinggi untuk terkena kanker payudara. Risiko kanker payudara meningkat kira-kira dua kali lipat pada anak perempuan yang ibunya mengidap kanker dan pada wanita yang saudara perempuannya menderita kanker. Kanker familial ini cenderung terjadi pada usia muda dan bilateral. Peningkatan risiko sebagian

besar disebabkan karena pewarisan gen-gen yang mempredisposisi kanker payudara. Pada keluarga yang berisiko tinggi dengan empat atau lebih anggota keluarga yang terkena kanker payudara, 33% diantaranya mengalami mutasi gen BRCA-1. Kanker payudara familial juga sering berhubungan dengan keganasan pada organ lain seperti kolon, ovarium, dan uterus.

9. Hormon

Faktor menstruasi dan reproduksi menunjukkan peran hormon seksual dalam perkembangan kanker payudara. Hormon seks mempengaruhi proliferasi sel-sel dan jaringan payudara serta meningkatkan sifat karsinogenesis payudara pada hewan percobaan. Sebuah studi populasi pada perempuan post menopause yang berasal dari negara berisiko tinggi menunjukkan level serum *estradiol* rata-rata sekitar 20% lebih tinggi daripada perempuan yang berasal dari negara berisiko rendah. Studi *case control* lainnya menunjukkan perempuan dengan kanker payudara memiliki level progesteron yang lebih tinggi daripada kelompok kontrol pada analisis yang terbatas saat ovulasi. Prolactin adalah mitogen dalam jaringan payudara dan merupakan hormon yang penting untuk perkembangan tumor payudara pada hewan percobaan.

Selain hormon seks endogen, hormon seks eksogen seperti terapi pengganti hormon dan kontrasepsi oral juga dianggap berpengaruh terhadap risiko kanker payudara. Terapi pengganti hormon meningkatkan risiko kanker payudara pada orang yang baru atau sedang menggunakan (dalam jangka waktu lima tahun). Risiko meningkat sekitar 2% untuk setiap satu tahun penggunaan. Kontrasepsi oral juga dapat meningkatkan risiko jika digunakan dalam jangka waktu yang lama. Pada penelitian terbukti, kontrasepsi oral meningkatkan risiko kanker sekitar 1,24% pada orang yang

sedang menggunakan dan sebesar 1,16% pada orang yang telah berhenti menggunakan 1-4 tahun sebelumnya.

10. Radiasi

Pada hewan percobaan terbukti adanya peranan sinar radiasi sebagai faktor penyebab kanker payudara. Pada penelitian epidemiologi setelah terjadinya ledakan bom atom ataupun penelitian pada orang setelah pajanan sinar rontgen, peran sinar ionisasi sebagai faktor penyebab pada manusia lebih jelas.

III. MANIFESTASI KLINIS

Manifestasi awal berupa munculnya benjolan pada jaringan payudara, penebalan yang berbeda dari jaringan payudara lainnya, ukuran satu payudara menjadi lebih besar atau lebih rendah dari payudara lainnya, perubahan posisi atau bentuk puting susu, lekukan pada kulit payudara, perubahan pada puting (seperti adanya retraksi, sekresi cairan yang tidak biasa, ruam di sekitar area puting), rasa sakit yang konstan di bagian payudara atau ketiak, dan pembengkakan di bawah ketiak, (Rosida, 2020).

Terkadang *ca mammae* dapat muncul sebagai penyakit metastasis. Tipe *ca mammae* metastasis memiliki gejala yang berbeda-beda, tergantung pada organ yang terkena metastasis tersebut. Organ-organ yang umumnya terkena metastasis *ca mammae* ialah tulang, hati, paru-paru dan otak. Gejalanya tergantung pada lokasi metastasis, selain itu disertai dengan penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan, demam, menggigil, nyeri tulang, sakit kuning atau gejala neurologis, (Putri, 2020).

IV. KLASIFIKASI

Klasifikasi *ca mammae* antara lain:

- 1 Karsinoma Duktal In Situ (DCIS) merupakan tipe paling sering dari noninvasive breast cancer, berkisar 15%

dari semua kasus baru *ca mammae* di USA, In situ berarti ditempat, sehingga duktal karsinoma in situ berarti pertumbuhan sel tak terkontrol yang masih dalam duktus. Oleh karena itu beberapa pakar meyakini DCIS merupakan lesi precancer. Umumnya lesi tunggal, terjadi dalam satu payudara tapi pasien dengan DCIS resiko juga lebih tinggi untuk menderita kanker payudara kontra lateral. Sangat sedikit kasus DCIS muncul sebagai massa yang teraba, umumnya didiagnosis dengan mamografi gambaran yang sering berupa mikrokalsifikasi yang berkelompok (clustered microcalcifications). DCIS terkadang muncul sebagai pathologic nipple discharge dengan atau tanpa massa. Dengan terapi tepat dan segera, rata-rata survival lima tahun (five-year survival) untuk DCIS mencapai 100%.

- 2 Karsinoma lobular in situ (LCIS), ditandai oleh adanya perubahan sel dalam lobulus atau lobus. Insiden tidak sering (4200 kasus pertahun di USA) dan resiko untuk menderita kanker payudara invasif sedikit lebih kecil dibanding DCIS. Disebut juga lobular intraepithelial neoplasia, saat ini kebanyakan pakar meyakini LCIS bukan lesi premaligna, tapi merupakan marker untuk peningkatan resiko kanker payudara. Yang khas pada LCIS adalah lesi multipel dan sering bilateral, sering ditemukan insidental dari biopsi payudara. Jarang ditemukan secara klinis ataupun mamografi (tidak ada tanda khas).
- 3 Karsinoma invasif. Karsinoma payudara invasif merupakan tumor yang secara histologik heterogen. Mayoritas tumor ini adalah adenokarsinoma yang tumbuh dari terminal duktus. Terdapat lima varian histologik yang sering dari adenokarsinoma payudara.
 - a. Karsinoma duktal invasive, merupakan 75% dari keseluruhan kanker payudara. Lesi ini ditandai oleh tidak adanya gambaran histologik yang khusus. Tumor ini konsistensinya keras dan terasa

berpasir ketika dipotong. Sering terdapat komponen ductal carcinoma insitu (DCIS) di dalam specimen. Umumnya metastasis ke kelenjar getah bening aksila, metastasis jauh sering ditemukan di tulang, paru, liver dan otak. Prognosis lebih buruk dibanding subtype histologik yang lain (mucinous, colloid, tubular, dan medullar).

- b. Karsinoma lobular invasive merupakan 5%-10% dari keseluruhan kanker payudara. Secara klinis lesi sering memiliki area abnormal yang menebal (ill-defined thickening) di dalam payudara. Secara mikroskopis gambaran yang khas adalah sel kecil tunggal atau Indian file pattern. Karsinoma lobular invasif cenderung untuk tumbuh di sekitar duktus dan lobulus. Multisentris dan bilateral lebih sering terlihat pada karsinoma lobular dibanding karsinoma duktal. Juga metastasis ke kelenjar getah bening aksila, lebih sering metastasis jauh ke tempat yang tidak umum (mening dan permukaan serosa). Prognosis serupa dengan karsinoma duktal invasif.
- c. Karsinoma tubular, hanya merupakan 2% dari kanker payudara. Diagnosis ditegakkan bila lebih dari 75% tumor menunjukkan formasi tubule. Jarang metastasis ke kelenjar getah bening aksila. Prognosis sangat lebih bagus dibanding tipe lain.
- d. Karsinoma medullar, merupakan 5%-7% dari kanker payudara. Secara histologik lesi ditandai oleh inti dengan differensiasi buruk, a syncytial growth pattern, batas tegas, banyak infiltrasi limfosit dan plasma sel, dan sedikit atau tanpa DCIS. Prognosis untuk pasien yang murni karsinoma medullar adalah baik, tapi bila bercampur dengan komponen duktal invasif prognosinya sama dengan karsinoma duktal.

- e. Karsinoma mucinous atau kolloid, merupakan 3% dari kanker payudara. Ditandai oleh akumulasi yang menonjol dari mucin ekstraseluler melingkupi kelompok sel tumor. Karsinoma kolloid tumbuh lambat dan cenderung untuk besar ukurannya (bulky). Bila terdapat predominan musinous, prognosis baik.

V. DIAGNOSIS

- a. Anamnesi
- b. Keluhan Utama
 - Benjolan di payudara
 - Kecepatan tumbuh dengan/tanpa rasa sakit
 - Nipple discharge, retraksi puting susu, dan krusta
 - Kelainan kulit, dimpling, peau d'orange, ulserasi, venektasi
 - Benjolan ketiak dan edema lengan
- c. Keluhan Tambahan
 - Nyeri tulang
 - Sesak dan lainnya



Multi-duct Discharge:

Nipple discharge



Paget disease



Peau d'orange



Skin dimpling

b. Pemeriksaan fisik

Status generalis (Karnofsky Performance Score) Status lokalis :

- Payudara kanan atau kiri atau bilateral

Massa tumor :

- Lokasi
- Ukuran
- Konsistensi
- Bentuk dan batas tumor
- Terfiksasi atau tidak ke kulit, m.pectoral atau dinding dada
- Perubahan kulit
 - Kemerahan, dimpling, edema/nodul satelit Peau de orange, ulserasi
 - Perubahan puting susu/nipple
 - Tertarik
 - Erosi
 - Krusta
 - Discharge
- Status kelenjar getah bening
 - Kgb aksila: Jumlah, ukuran, konsistensi, terfiksir terhadap sesama atau jaringan sekitar
 - Kgb infraklavikula: idem
 - Kgb supraklavikula: idem

- Pemeriksaan pada daerah metastasis
- Lokasi : tulang, hati, paru, otak
- Bentuk
- Keluhan

Periksa Payudara Sendiri (SADARI)

SADARI dilakukan oleh masing-masing wanita, mulai dari usia 20 tahun. SADARI dilakukan setiap bulan, 7-10 hari setelah hari pertama haid terakhir.

Cara melakukan Sadari yang benar dapat dilakukan dalam 5 langkah yaitu :

- 1 Dimulai dengan memandang kedua payudara didepan cermin dengan posisi lengan terjantai kebawah dan selanjutnya tangan berkacak pinggang.
 - Lihat dan bandingkan kedua payudara dalam bentuk, ukuran dan warnakulitnya.
 - Perhatikan kemungkinan kemungkinan dibawah ini :
 - Dimpling, pembengkakan kulit.
 - Posisi dan bentuk dari puting susu (apakah masuk kedalam atau bengkak)
 - Kulit kemerahan, keriput atau borok dan bengkak.
- 2 Tetap didepan cermin kemudian mengangkat kedua lengan dan melihat kkelainan seperti pada langkah 1
- 3 Pada waktu masih ada didepan cermin, lihat dan perhatikan tanda tanda adanya pengeluaran cairan dari puting susu.
- 4 Berikutnya dengan posisi berbaring, rabalah kedua payudara, payudara kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya, gunakan bagian dalam (volar/telapak) dari jari ke 2-4 Raba seluruh payudara dengan cara melingkar dari luar kedalam atau dapat juga vertikal dari atas kebawah.
- 5 Langkah berikutnya adalah meraba payudara dalam keadaan basah dan licinkarena sabun dikamar mandi; rabalah dalam posisi berdiri dan lakukan seperti langkah-4.



a. Pemeriksaan penunjang
a. Mamografi

Mamografi dapat digunakan sebagai metode pilihan deteksi dini kanker payudara pada tumor yang tidak teraba saat palpasi. Hasil dari mamografi dikonfirmasi dengan *Fine Needle Aspiration Biopsy* (FNAB), *core biopsy*, atau biopsi bedah.²

b. Ultrasonografi

Ultrasonografi dapat membedakan lesi solid dan kistik serta menentukan ukuran lesi.

1. Biopsi

Setiap ada kecurigaan dari hasil pemeriksaan fisik dan mammografi, biopsi harus dilakukan.

a. *Fine Needle Aspiration Biopsy* (FNAB)

Jaringan tumor diaspirasi dengan jarum halus lalu diperiksa dibawah mikroskop. Kekurangan dari FNAB ini kadang tidak dapat menentukan *grade* tumor dan kadang tidak memberikan diagnosis yang jelas sehingga dibutuhkan biopsi lainnya.²

b. *Core Biopsy*

Dengan menggunakan jarum yang ukurannya cukup besar, lalu diambil spesimen silinder jaringan tumor. Kelebihan dari *core biopsy* adalah dapat membedakan tumor yang noninvasif dan invasif serta *grade* tumor.²

c. Biopsi Terbuka

Indikasi dilakukan biopsi terbuka jika pada mamografi terlihat adanya kelainan yang mengarah ke keganasan, hasil FNAB atau *core biopsy* yang meragukan.²

Biopsi eksisional adalah mengangkat seluruh massa tumor dan menyertakan sedikit jaringan sehat disekitar massa tumor ini digunakan untuk kasus yang masih operabel atau stadium dini dan biopsi insisional hanya mengambil sebagian massa tumor yang sudah inoperabel yang selanjutnya akan dilakukan pemeriksaan patologi anatomi.²

d. *Sentinel Node Biopsy*

Biopsi ini dilakukan untuk menentukan keterlibatan dari kelenjar limf aksila dan parasternal.²

2. Pemeriksaan Histopatologi (*Gold Standard Diagnostic*)

Pemeriksaan histopatologi dilakukan dengan potong beku dan/atau parafin.²³

Bahan pemeriksaan histopatologi diambil melalui:

- Core biopsy
- Biopsi eksisional untuk tumor ukuran <3 cm
- Biopsi insisional untuk tumor operabel ukuran >3 cm sebelum operasi definitif dan inoperable
- Spesimen mastektomi disertai dengan pemeriksaan kelenjar getah bening
- Pemeriksaan imunohistokimia

VI. PENATALAKSANAAN

Penatalaksanaan fibroadenoma mammae atau FAM bisa berupa observasi atau bedah eksisi tergantung pada kondisi lesi dan keinginan masing-masing pasien. Intervensi bedah dapat memberikan perlakuan iatrogenik pada

payudara atau menyebabkan deformitas, sehingga keuntungan dan risikonya perlu dipertimbangkan dengan matang sebelum tindakan.

Pada kasus FAM yang bersifat asimtomatik, tidak membesar dengan cepat, dan tidak menyebabkan deformitas secara kosmetik, penanganan konservatif dengan observasi payudara secara berkala dapat menjadi pilihan.

Pasien harus diedukasi mengenai keamanan observasi FAM dan diberitahukan bahwa sekitar 10–40% kasus FAM akan mengalami regresi spontan. Bila pasien merasa tidak nyaman dan khawatir lesi FAM akan berubah menjadi keganasan, maka perlu dilakukan pembedahan.

a. Pembedahan minimal invasif

Vacuum-Assisted Percutaneous Excisional Biopsy

Prosedur ini dapat digunakan untuk mengangkat FAM berdiameter ≤ 3 cm dan berjarak minimal 0,5 cm dari permukaan kulit atau otot pektoralis mayor. Dengan menggunakan anestesi lokal, jarum vakum (dengan bantuan USG atau *stereotactic*) mengaspirasi jaringan tumor secara berulang.

Prosedur ini dinyatakan selesai bila hasil radiologi tidak menemukan kembali massa tumor. Prosedur ini dilaporkan dapat menimbulkan rekurensi pada 3,4% pasien setelah 6 bulan, terutama pada tumor yang berukuran >2 cm.[3,15]

Cryotherapy

Cryotherapy juga dapat digunakan pada FAM dengan menggunakan anestesi lokal. Mula-mula, lakukan penempatan *probe* secara perkutan sepanjang aksis FAM hingga bagian tengah tumor dengan bantuan USG. *Probe* kemudian didinginkan oleh gas argon

hingga -160°C . Umumnya, pasien memerlukan 2 kali siklus beku-cair.[3,15]

Saat terjadi pembekuan, sel yang dekat dengan *probe* akan membentuk kristal es intrasel yang merusak sel secara permanen. Sel yang jauh dari *probe* akan membeku lebih lambat, sehingga

menghasilkan pembentukan kristal es ekstraselular dan daerah hipertonik. Gradien osmotik ini menyebabkan kerusakan sel hingga akhirnya lisis.[3,15]

Anoksia yang terjadi akibat kerusakan pembuluh darah akan berlangsung beberapa hari setelah prosedur dan mengakibatkan kerusakan sel lebih lanjut. Sel yang mati lalu berangsur-angsur diserap oleh tubuh dan umumnya menghilang setelah 12 bulan.[3,15]

Destruksi secara *in situ* ini mencegah distorsi bentuk payudara dan memberikan hasil yang lebih baik secara kosmetik. Efek samping yang mungkin timbul adalah ekimosis dan pembengkakan yang akan menghilang setelah 3 minggu.[3,15]

MRI-Guided Focused Ultrasound

Prosedur ini menggunakan *ultrasound* yang difokuskan untuk menembus jaringan dan memberikan temperatur tinggi secara lokal. Daerah ablasi ditentukan batas-batasnya dengan menghindari daerah sehat seminimal mungkin. Kombinasi dengan MRI akan memberikan gambaran pembeda anatomis yang baik antara target tumor dan jaringan sehat di sekitarnya.

b. Pembedahan eksisi

Prosedur ini merupakan pilihan utama pada FAM, termasuk pada *giant fibroadenoma* yang menyebabkan distorsi jaringan payudara. Tujuan utama bedah eksisi adalah enukleasi secara total dari FAM serta

jaringan sehat sekitar tanpa menyebabkan deformitas iatrogenik pada payudara.

Pada FAM berukuran besar, dokter biasanya perlu melakukan rekonstruksi payudara karena deformitas hampir selalu terjadi. Rekonstruksi sebaiknya disarankan 1 tahun setelahnya. Bedah eksisi dapat dilakukan secara endoskopik maupun *open* sesuai ukuran tumor. Penggunaan endoskopi dapat mengurangi terjadinya jaringan parut.

Setelah bedah, pasien sebaiknya disarankan untuk menghindari aktivitas berlebihan selama 6–8 minggu dan menggunakan pakaian yang memiliki efek kompresi selama 4–6 minggu untuk mengurangi nyeri dan pembengkakan.

Pasien diminta kontrol kembali setelah 4–8 minggu pascaoperasi, setiap 3 bulan pada tahun pertama, setiap 6 bulan pada tahun kedua, dan setiap tahun pada tahun ketiga. Pada saat kontrol, observasi ada tidaknya komplikasi dan rekurensi.

VII. KOMPLIKASI

Meski jarang terjadi, tumor payudara jinak dalam kondisi tertentu dapat menyebabkan komplikasi berupa:

- Penurunan rasa percaya diri terhadap perubahan payudara
- Peningkatan risiko terjadinya kanker payudara, misalnya pada papiloma intraduktal
- Nyeri akibat penekanan tumor pada saraf
- Kerusakan jaringan akibat penekanan tumor pada pembuluh darah di sekitarnya

Sementara itu, kanker payudara dapat menyebar ke berbagai organ tubuh lain. Komplikasi yang muncul akibat penyebaran kanker ini tergantung pada organ tubuh yang diserang, misalnya:

- Otak, dengan gejala sakit kepala, mual dan muntah, pandangan kabur, atau kejang

- Tulang, yang bisa menyebabkan nyeri atau patah tulang
- Hati, yang keluhannya bisa berupa mual dan muntah, pembengkakan pada perut, berat badan turun, atau penyakit kuning
- Paru-paru, dengan gejala batuk terus-menerus, sesak napas, nyeri dada, batuk darah, suara serak

Pengobatan kanker payudara itu sendiri juga dapat menyebabkan komplikasi, seperti:

- Kelelahan
- Mual muntah
- Rambut rontok
- Pembengkakan pada lengan, dada, dan perut
- Nyeri tulang dan sendi

VIII. PROGNOSIS

Data studi *Surveillance, Epidemiology, and End Results Program (SEER)* yang dilakukan oleh *National Cancer Institute* di Amerika Serikat menunjukkan bahwa kesintasan relatif pasien kanker payudara pada 5 tahun pertama mencapai 91,2%. Berdasarkan derajat penyakit, kesintasan 5 tahun untuk pasien dengan kanker payudara lokal (61% dari total pasien) mencapai 99,6%, kanker payudara regional (32% total pasien) mencapai 86,7%; dan pasien dengan kanker payudara metastatik (5% total pasien) hanya 31,9%.

Secara keseluruhan, kanker payudara dengan stadium IIB dan IIIA memiliki prognosis yang lebih baik daripada kanker payudara terlokalisasi stadium lebih lanjut (stadium IIIB dan III C) dan kanker payudara invasif (III B dan T4d). Prognosis kanker payudara juga dipengaruhi sub tipe molekularnya:

- Luminal A: prognosis baik dengan tingkat rekurensi terendah
- Luminal B: prognosis cukup baik dengan tingkat rekurensi lebih sering dibandingkan sub tipe Luminal A. Meskipun begitu, rekurensi tipe ini dapat muncul bahkan setelah 10 tahun.

- HER-2 *positive*: prognosis umumnya buruk dan memiliki risiko tinggi rekurensi lokal dan regional. Tak hanya kurang responsif terhadap terapi antibodi monoklonal anti-HER2, resistensi juga muncul pada kebanyakan pasien
- Tripel negatif (basal): prognosis buruk dengan tingkat rekurensi lokal dan regional yang tinggi. Subtipe ini tidak responsif terhadap terapi hormon atau HER-2.

IX. KESIMPULAN

Tumor jinak mammae ialah lesi jinak yang disebabkan pertumbuhan sel abnormal yang dapat terjadi pada payudara. Puncak insiden tumor jinak payudara pada wanita adalah usia 30-an. penyebab kanker payudara belum diketahui secara pasti namun terdapat beberapa faktor resiko seperti usia, geografis, jenis kelamin, menstruasi, reproduksi, diet, ukuran tubuh, riwayat keluarga, hormon dan radiasi. Tumor jinak di klasifikasikan menjadi fibroadenoma mammae (FAM), Tumor filoides, papilloma intraduktal, kista, galaktokel, dan adenoma tubular mammae. Diagnosis dapat ditegakkan dari anamnesis dengan keluhan utama adanya benjolan di payudara dan sekitar ketiak, retraksi puting susu, dan dari pemeriksaan fisik dengan Karnofsky performance score dan SADARI. Pemeriksaan penunjang juga dapat dilakukan dengan mamografi dan ultrasonografi dan hasil mamografi dapat dilakukan biopsi dan pemeriksaan histopatologi. Tumor mammae dapat ditatalaksana dengan pembedahan dan eksisi bila pasien sudah tidak nyaman dan khawatir lesi FAM menjadi ganas.

DAFTAR PUSTAKA

- [1]. Sjamsuhidajat R, Karnadhardja W, Prasetyono TOH, Rudiman R. Payudara. In: Haryono SJ, Chaula S, editor. Buku ajar ilmu bedah sjamsuhidayat-de jong. Ed 3. Jakarta: EGC; 2010. h.176-77,471-97.
- [2]. Kumar V, Abbas KA, Fausto N, Aster JC. The female breast. In: Schmitt W, editor. Robbins and cotran pathologic basis of disease. 7th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2005. p.270-80, 1120-140.
- [3]. Kumar V, Abbas KA, Fausto N, Aster JC. The female breast. In: Schmitt W, editor. Robbins and cotran pathologic basis of disease. 7th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2005. p.270-80, 1120-140.
- [4]. Kumar V, Abbas KA, Fausto N, Aster JC. The female breast. In: Schmitt W, editor. Robbins and cotran pathologic basis of disease. 7th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2005. p.270-80, 1120-140.
- [5]. Kementerian Kesehatan RI. Panduan memperingati hari kanker sedunia di Indonesia tahun 2013. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2013. h.1-8.
- [6]. Zebua, JI. Gambaran histopatologi tumor payudara di instalasi patologi anatomiRSUP Haji Adam Malik Medan tahun 2009-2010. Repository USU 2010;1: 1-45.
- [7]. Drake RL, Vogl W, Mitchel AWM. Gray's anatomy for student. Spain: Churcill Livingstone Elsevier; 2007. p.115-16.
- [8]. Indrati R. Faktor-faktor resiko yang berpengaruh terhadap kejadian kanker payudara wanita. eprints Universitas Dipenogoro 2005;1: 1-8.
- [9]. Kujiper A, Mommers ECM, Elskan, van Diest PJ. Histopathology of fibroadenoma of the breast. Am J Clin Pathol 2001;115: 736-42.
- [10]. Mishra SP, Tiwary SK, Mishra M, Khanna AK. Phylloides tumor of breast: a review article. Hindawi Publishing Corporation 2013;1: 1-11.
- [11]. Sahu SK, Singh PK, Singh BS, Bhushan S, Aeron K, Sinha M, et al. Breast intraductal papilloma. Jurnalul de Chirurgie (Iasi) 2012;8(2): 189- 92.
- [12]. Salemis NS, Gemenetzi G, Karagkiouzi G, Seretis C, Sapounas K, et al. Tubular adenoma of the breast: a rare presentation and review of the literature. J Clin Med Res 2011;4(1) : 64-67.
- [13]. Persatuan Ahli Bedah Onkologi Indonesia (PERABOI). Protokol PERABOI. Jakarta: PERABOI; 2003. h.2-15.
- [14]. John Hopkins Medicine. Breast cancer & breast pathology [Internet]. United States: John Hopkins University; 2012 [cited 2014 Jul 9]. Available from: <http://pathology.jhu.edu/breast/grade.php/>
- [15]. Yanhua C, Geater, You J, Li L, Shaoqiang Z, Chongsuivatwong S, et al. Reproductive variables and risk of breast malignant and benign tumours in Yunnan Province China. Asian Pacific J Cancer Perv 2012;13(5): 2179- 84.
- [16]. Goehring C, Morabia A. Epidemiology of benign breast disease with special attention histologic types. Epidemiol Rev 2011;19(2): 310-27.
- [17]. Santen JR, Mansel R. Benign breast disorders. N Engl J med 2005;353: 275-85.
- [18]. Oktaviana DN, Damayanthi E, Kardinah. Faktor

risiko kanker payudara pada pasien wanita di rumah sakit kanker “Dharmais” Jakarta. Indonesian J Cancer 2012;6(3): 105- 11.

- [19]. Celaya MO, Berke EM, Onega TL, Gui J, Riddle BL, Cherala SS. Breast cancer stage at diagnosis and geographic access to mammography screening (New hampshire, 1998-2004). International J RRHm 2010;10: 1361