

LAPORAN KASUS

Parotidektomi Superfisial pada Adenoma Pleomorfik

Shintia Putri Wulandari¹, Sukri Rahman¹, Yessy Setiawati²

1. Bagian THT-KL RSUP Dr M Djamil Padang; 2. Bagian Patologi Anatomi RSUP Dr M Djamil Padang

Korespondensi: Shintia Putri Wulandari; Email: shintiaputriwulandari@gmail.com; No. HP: +62 8117300689

Abstrak

Pendahuluan: Tumor parotis merupakan tumor kelenjar liur yang paling sering terjadi. Sebagian besar dari tumor kelenjar parotis adalah jinak. Adenoma pleomorfik merupakan tumor jinak kelenjar liur terbanyak sekitar 60-80% dari seluruh neoplasma di kelenjar liur, dan paling sering ditemukan pada kelenjar parotis sebanyak 85%. Diagnosis adenoma pleomorfik ditegakkan berdasarkan anamnesis, gambaran klinis, dan pemeriksaan penunjang dengan Biopsi Aspirasi Jarum Halus (BAJAH), pemeriksaan radiologis, dan histopatologi massa tumor. Penatalaksanaan tumor jinak parotis adalah dengan eksisi tumor secara lengkap yaitu dengan parotidektomi dan preservasi saraf fasialis. **Laporan Kasus:** Dilaporkan satu kasus pasien perempuan 30 tahun yang didiagnosis dengan adenoma pleomorfik parotis sinistra yang ditatalaksana dengan parotidektomi superfisial. **Kesimpulan:** Tumor jinak pada kelenjar liur yang paling sering terjadi di kelenjar parotis adalah adenoma pleomorfik. Parotidektomi superfisial merupakan standar operasi pada tumor jinak pada lobus superfisial kelenjar parotis dengan preservasi saraf fasialis.

Kata kunci: Tumor parotis; adenoma pleomorfik; parotidektomi superfisial; saraf fasialis

Abstract

Introduction: Parotid tumor is the most salivary gland tumor. Most of these tumors are benign. Pleomorphic adenoma is the most common benign salivary gland tumor, accounting for 60-80% of all neoplasms in the salivary glands, and most often found in the parotid gland as much as 85%. The diagnosis of pleomorphic adenoma was made based on anamnesis, clinical features, investigations with fine needle aspiration biopsy (BAJAH), radiologic studies, and histopathology of the tumor. The management of benign parotid tumor is by complete excision of the tumor by parotidectomy and preservation of the facial nerve. **Case Report:** We report a case of a 30-year-old female patient who was diagnosed with left parotid pleomorphic adenoma which was managed by superficial parotidectomy. **Conclusion:** Benign tumors of the salivary glands and the most common in the parotid gland are pleomorphic adenoma. Superficial parotidectomy is the standard operation for benign tumor of the superficial lobe of the parotid gland with preservation of the facial nerve.

Keywords: Parotid tumor; pleomorphic adenoma; superficial parotidectomy; facial nerve

PENDAHULUAN

Neoplasma kelenjar liur relatif jarang, berkisar 3-6% dari seluruh neoplasma di kepala-leher.¹ Pada orang dewasa, sebagian besar tumor kelenjar liur adalah jinak dan lebih sering terjadi.^{1,2} Tumor kelenjar liur mayor dan minor ini berasal dari jaringan epitel atau mesenkim. Insidensi neoplasma kelenjar liur berkisar 1/100.000.² Sekitar 70% tumor kelenjar liur berasal dari kelenjar parotis, dan sekitar 10% tumor dari kelenjar liur berasal dari kelenjar submandibular dan sekitar 20% berasal dari kelenjar liur minor.³

Tumor jinak yang paling umum terjadi pada kelenjar liur adalah kelenjar parotis dan terbanyak adalah adenoma pleomorfik. Angka kejadian dari adenoma pleomorfik berkisar 75-80% dari seluruh tumor jinak kelenjar parotis.² Sekitar 85% adenoma pleomorfik berasal dari lobus superfisial dan hanya 10% yang terletak pada lobus yang lebih dalam.⁴

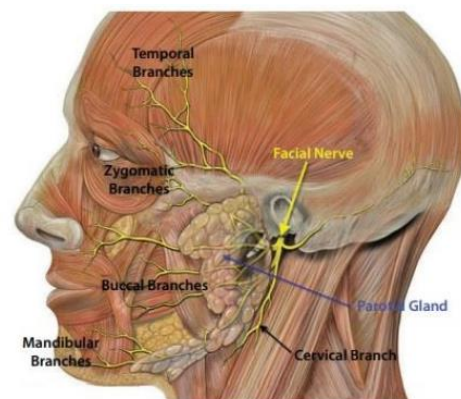
Adenoma pleomorfik adalah tumor jinak tanpa gejala dan tumbuh lambat dengan variasi ukuran dari 2 sampai 6 cm, dapat mencapai ukuran besar apabila tumor dibiarkan tidak di operasi bahkan beberapa kasus dapat berubah menjadi keganasan.^{5,6}

Prinsip penatalaksanaan tumor kelenjar parotis adalah dengan pengangkatan tumor. Pengangkatan tumor harus dilakukan secara lengkap dengan pencegahan dari cedera saraf fasialis dan menghindari kebocoran dari kapsul/ pseudokapsul tumor. Parotidektomi superfisial adalah penatalaksanaan untuk tumor jinak pada lobus superfisial kelenjar parotis.²

Anatomi Kelenjar Parotis

Kelenjar liur dibagi menjadi kelenjar liur mayor dan minor. Kelenjar liur mayor terdiri dari sepasang kelenjar parotis, submandibular dan sublingual. Kelenjar liur minor terdiri dari 600-1000 kelenjar yang tersebar sepanjang traktus aerodigestif atas. Peran utama dari kelenjar liur adalah produksi air liur yang membantu dalam pencernaan, melindungi mukosa dari kekeringan, melindungi terhadap karies gigi dan membantu proses homeostasis.^{1,2}

Kelenjar parotis merupakan kelenjar liur terbesar dan dibentuk pada minggu ke-6 sampai minggu ke-8 kehamilan. Setiap kelenjar memiliki berat rata-rata 25 gram dan bentuknya berlobus-lobus dan tidak beraturan, ditemukan menutupi ramus mandibula dan antero inferior telinga⁷(Gambar 1).



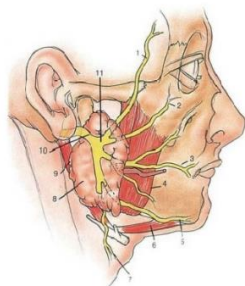
Gambar 1. Anatomi kelenjar parotis⁷

Pada bagian anterior, kelenjar parotis meluas superfisial ke otot maseter. Kelenjar parotis ini terdiri dari lapisan superfisial yang memanjang dari otot sternokleidomastoid dan maseter ke zygoma, dan lapisan dalam yang memanjang dari fascia belly posterior otot digastrik dan membentuk membran stilomandibular yang memisahkan kelenjar parotis dan submandibular.^{7,9}

Kelenjar parotis mengalirkan sekresinya ke dalam rongga mulut melalui duktus stensen, yang terletak dibawah arkus zigomatikus. Duktus stensen berjalan secara horizontal ke m. masseter dibawah zygoma. Pada tepi depan m. masseter, saluran ini membelok ke medial dan melewati ruang pipi masuk ke rongga mulut melalui papilla kecil di dekat gigi molar kedua atas.^{2,8}

Saraf Fasialis

Saraf fasial utama (trunkus) keluar dari dasar tengkorak melalui foramen stilomastoideus, saraf fasialis selanjutnya akan berjalan di lateral prosesus stiloideus dan segera ke superfisial sejajar otot digastrikus venter posterior. Saraf fasial berjalan di bagian lateral vena fasialis posterior (vena retromandibula) kemudian bercabang menjadi cabang temporozygomaticus dan cabang cervicofacial. Selanjutnya kedua cabang ini akan bercabang menjadi cabang temporal, zigomatikus, bukalis, marginal mandibula dan servikal^{2,8} (Gambar 2).



Gambar 2. Anatomi saraf fasialis⁸

Keterangan gambar: 1. Cabang temporal, 2. Cabang zigomatikus, 3. Cabang bukal, 4. Otot maseter, 5. Cabang marginal mandibula, 6. Otot digastrik anterior, 7. Cabang servikal, 8. Kelenjar parotis, 9. Otot digastrik posterior, 10. Nervus fasialis, 11. Pes anserinus. Landmarks saraf fasialis utama adalah : 1. Prosesus mastoideus termasuk insersi otot sternokleidomastoideus, 2. Otot digastrikus belli posterior, 3. Tragal pointer, 4. Prosesus styloid, 5. Fisura timpanomastoideus, 6. Fasia temporo-parotis.⁸

Adenoma Pleomorfik

Adenoma pleomorfik adalah tumor jinak kelenjar liur, atau yang dikenal juga dengan tumor campuran (*benign mixed tumor*) karena berasal dari elemen epitelial, mioepitel, dan stroma dengan pelomorfisme. Sebagian besar kasus, tumor ini berasal dari lobus superfisial. Selain itu, adenoma pleomorfik juga dapat ditemukan pada kelenjar liur minor yang paling umum di palatum keras dan palatum lunak kelenjar air liur, bibir atas, pipi, lidah, dan dasar mulut. Tempat yang jarang terjadi adalah di sinus, laring dan epiglottis.^{3,6,10,11}

Adenoma pleomorfik adalah tumor yang tumbuh lambat dan biasanya asimtomatik dengan gejala utamanya terdapat pembengkakan kelenjar parotis tanpa keterlibatan dari saraf fasialis. Etiologi dari Adenoma pleomorfik ini tidak diketahui, tetapi insidensinya meningkat dalam 15-20 tahun terakhir sehubungan dengan paparan radiasi. Secara mikroskopis, tumor ini terdiri dari campuran elemen epitel dan mesenkim. Komponen epitel membentuk pola trabekular dengan stroma mesenkim. Bagian mesenkim dapat berupa miksoid, kondroid, fibroid, atau osteoid. Dapat juga ditemukan stroma yang bervariasi dari tumor ke tumor dan memiliki kombinasi dari salah satu jaringan.^{2,3,12,13}

Diagnosis

Dalam mendiagnosis suatu tumor parotis harus diperoleh dari anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tumor, termasuk lokasi, ukuran, luas dan karakteristik dari tumor tersebut.^{1,14} pemeriksaan Biopsi Aspirasi Jarum Halus (BAJAH). Pemeriksaan BAJAH dapat digunakan untuk menentukan diagnosis awal dari tumor kelenjar liur. Pemeriksaan

BAJAH bertujuan untuk menyingkirkan metastasis, gangguan limforetikuler, proses infeksi, dan untuk memastikan sifat tumor kelenjar liur primer.^{15,16}

Pemeriksaan tomografi komputer (CT-Scan) dan MRI juga dapat dilakukan. Pemeriksaan CT-Scan sangat baik untuk mengevaluasi dari lokasi tumor, ukuran, perluasan ke struktur yang berdekatan dan kelenjar getah bening jika dicurigai suatu keganasan. Pemeriksaan ultrasonografi (USG) juga dapat dilakukan, efektif untuk membedakan kistik dengan massa padat.^{6,14,15}

Diagnosis banding dari adenoma pleomorfik seperti tumor warthin, limfoma, tumor ganas parotis seperti karsinoma adenokistik, karsinoma mucoepidermoid serta limfadenopati.⁹

Penatalaksanaan

Prinsip utama untuk penatalaksanaan tumor kelenjar liur adalah eksisi lengkap tanpa meninggalkan sisa, karena jika terdapat sisa tumor dapat mengakibatkan kekambuhan dan dapat berubah menjadi ganas.¹⁷ Penatalaksanaan tumor parotid dapat dilakukan melalui

1. Parotidektomi superfisial

Parotidektomi superfisial adalah pengangkatan tumor parotis dengan pengangkatan seluruh atau sebagian dari lobus superfisial kelenjar parotis dan mempertahankan saraf fasialis.^{17,18}

2. Parotidektomi superfisial parsial

Parotidektomi superfisial parsial adalah mendiseksi dari cabang utama saraf fasialis dan salah satu dari dua cabang utama yaitu temporofasialis dan cervicofasialis dan melakukan pengangkatan setidaknya satu tingkat kelenjar parotis. indikasi utama dari parsial

parotidektomi superfisial adalah tumor berukuran sedang (3-4 cm) di bagian kaudal kelenjar parotis dan adanya kontak dengan trunkus utama dari saraf fasialis dan tumor besar (>4 cm) dari bagian kaudal kelenjar parotis dengan adanya kontak ke trunkus utama saraf fasialis dan cabang cervicofacial dari saraf fasialis.^{17,19}

3. Diseksi ekstrakapsular

Diseksi ekstrakapsular adalah tindakan pengangkatan tumor disertai 2-3 mm jaringan sehat dengan preservasi saraf fasialis. Diseksi ekstrakapsuler ini dapat juga dilakukan untuk tumor lobus superfisial yang ukurannya kecil dan *mobile*.²⁰

4. Enuklasi

Enuklasi adalah tindakan diseksi sepanjang kapsul tumor. Teknik ini juga disebut diseksi intrakapsular. Saat ini tindakan enuklasi sudah ditinggalkan karena insidensi rekurensinya tinggi yaitu 30-50% terutama pada adenoma pleomorfik.^{4,17}

Komplikasi

Komplikasi yang dapat timbul karena tindakan parotidektomi superfisial adalah cedera saraf fasialis. Cedera saraf fasial dapat terjadi dan dapat bersifat sementara atau menetap. Saraf fasialis yang sering terkena saat operasi parotidektomi adalah cabang marginal mandibula.^{2,21}

Fistula saliva atau *sialocele* adalah komplikasi yang sering terjadi setelah tindakan parotidektomi. Biasanya terjadi karena terpotongnya tepi kelenjar liur yang tersisa sehingga air liur bocor dan kemudian tekumpul dibawahnya dan akan keluar melalui celah sehingga terbentuk fistula.²¹

Komplikasi yang sering terjadi juga adalah sindroma frey yang disebut juga *gustatory sweating* atau *auriculotemporal syndrome*. Sindroma frey ini terjadi akibat penyimpangan persarafan dari kelenjar keringat yang melapisi kelenjar parotis dengan saraf parasimpatis postganglionik kelenjar liur, sehingga mengakibatkan timbulnya keringat dan kemerahan di daerah parotis pada waktu mengunyah.^{21,22}

LAPORAN KASUS

Seorang perempuan usia 30 tahun datang ke poli THT-KL RSUP Dr. M. Djamil pada tanggal 20 Oktober 2020 dengan keluhan keluhan utama benjolan di bawah telinga kiri yang semakin membesar sejak 6 bulan yang lalu. Awalnya, benjolan di bawah telinga kiri sebesar kelereng sejak 1 tahun yang lalu, tidak nyeri dan tidak merah, tidak disertai demam, tidak ada keluhan sukar membuka mulut, tidak ada keluhan wajah mencong serta tidak disertai dengan penurunan berat badan. Pasien sudah berobat ke dokter THT-KL di Bukit Tinggi dan dilakukan pemeriksaan BAJAH pada benjolan di bawah telinga kiri dengan hasil Pleomorphic Adenoma (Parotid Gland) dan kemudian pasien dirujuk RSUP Dr. M. Djamil Padang dengan diagnosis tumor parotis sinistra.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum baik dengan tanda vital dalam batas normal. Pemeriksaan telinga, hidung dan tenggorok dalam batas normal. Pemeriksaan rongga mulut dan orofaring dalam batas normal. Pemeriksaan regio parotis sinistra didapatkan benjolan ukuran 4,5x2x1 cm, berbatas tegas, warna sama dengan sekitar, konsistensi padat kenyal, terfiksir, nyeri tekan tidak ada. Tidak terdapat pembesaran kelenjar getah bening pada daerah leher. Pemeriksaan saraf fasialis tidak ditemukan tanda paresis

N. fasialis. Pasien didiagnosis dengan adenoma pleomorfik parotis sinistra, dan direncanakan untuk pemeriksaan CT-Scan parotis.

Pada pemeriksaan CT-Scan parotis didapatkan hasil tampak massa berdensitas isodens inhomogen di parotis kiri berukuran 4,76x4,01x3,40 cm, batas tegas, tepi ireguler, tidak disertai kalsifikasi. Dengan kesan tumor parotis sinistra (Gambar 3).



Gambar 3. CT-Scan parotis potongan axial dan coronal

Pasien kemudian didiagnosis dengan adenoma pleomorfik parotis sinistra lalu direncanakan untuk dilakukan tindakan eksisi tumor dengan parotidektomi superfisial dalam anestesi umum. Pasien diberikan penjelasan mengenai prosedur operasi dan komplikasinya, kemudian pasien menyatakan setuju dan menandatangani lembar persetujuan *informed consent*. Pasien kemudian dilakukan pemeriksaan laboratorium lengkap untuk persiapan operasi didapatkan hasil dalam batas normal. Pasien kemudian dikonsulkan ke bagian anastesi untuk toleransi operasi dan didapatkan tidak ditemukan kontra indikasi untuk dilakukan Tindakan operasi.

Pasien dioperasi pada tanggal 18 Desember 2020. pasien dilakukan operasi parotidektomi superfisial dalam anestesi umum. Pasien berbaring posisi *supine*, kepala dan toraks dielevasi 30⁰ dengan kepala menoleh ke kanan, dilakukan prosedur aseptik dan antiseptik pada area

operasi. Dilakukan penandaan pada tempat yang akan dilakukan insisi (berbentuk S). Dilakukan infiltrasi epinefrin 1:200.000 pada daerah yang sudah ditandai. Dilakukan insisi berbentuk *Lazy S (modified Blair's incision)* pada daerah *cervico-mastoid-fascial*. Insisi dimulai pada daerah preaurikula sinistra mulai setinggi tragus dari kranial ke kaudal melingkari lobulus sampai tip mastoid dan dilanjutkan ke kaudal mengikuti kerutan kulit pada 2 jari di bawah margo mandibula. Dilakukan diseksi untuk memisahkan kelenjar parotis dari m. sternocleidomastoid dan kartilago kanalis auditorius eksternus. Selanjutnya, m. digastrikus venter posterior dipaparkan dengan mengangkat bagian tail dari parotis sampai trunkus utama n. fasialis tervisualisasi. Identifikasi dari cabang-cabang nervus fasialis dan cabang-cabang nervus fasialis dibebaskan dari kelenjar parotis dan tumor. Massa tumor dibebaskan secara tajam dari saraf fasialis, perdarahan diatasi (Gambar 4). Dilakukan pemasangan drain, luka operasi ditutup lapis demi lapis, operasi selesai.



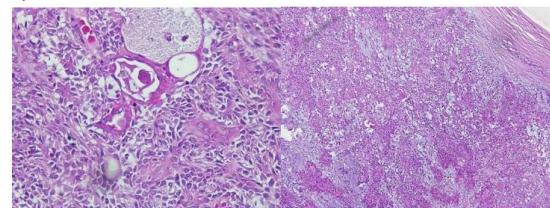
Gambar 4. Massa tumor parotis sinistra dengan ukuran 4x3x1 cm

Setelah operasi pasien dirawat dengan diagnosis paska parotidektomi superfisial ec adenoma pleomorfik parotis sinistra. Selama rawatan pasien diberikan terapi infus Ringer Laktat 8 jam/kolf, injeksi Seftriakson 2x1gr/IV, injeksi Deksametason 3x5mg IV dan injeksi Ketotolak 3x30mg IV. Drain dilepas pada hari ketiga perawatan dan pasien

dipulangkan dengan mendapat terapi Sefiksिम tablet 2x200mg dan Ibuprofen tablet 2x400mg. Pasien dianjurkan kontrol ke poliklinik THT-KL 3 hari paska rawatan.

Pada tanggal 23 Desember 2020 (hari ke-7 paska operasi). Pasien kontrol yang pertama paska operasi ke Poliklinik THT-KL. Keluhan wajah mencong tidak ada, nyeri pada bekas operasi tidak ada. Pada pemeriksaan regio parotis didapatkan luka operasi tenang, dan dilakukan pembukaan jahitan secara keseluruhan.

Pasien membawa hasil patologi anatomi dengan gambaran pada makroskopik tampak jaringan putih kecoklatan kenyal padat berukuran 4x3x1,5 cm, penampang putih padat dengan sedikit bagian kehitaman. Pada mikroskopik tampak potongan jaringan terdiri atas komponen epitelial, mioepitelial dan stromal. Komponen epitelial tersusun membentuk struktur glandular diantara kelompokan padat sel-sel mioepitelial dengan latar belakang stroma kondro mixoid. Pada bagian luar tampak kapsul jaringan ikat. Dengan diagnosis adenoma pleomorfik (Gambar 5).



Gambar 5. Hasil patologi anatomi

Pasien didiagnosis dengan paska parotidektomi superfisial ec adenoma pleomorfik parotis sinistra hari ke-7. Pada tanggal 30 Desember 2020 (hari ke-14 paska operasi), pasien datang untuk kontrol yang kedua. Keluhan demam tidak ada, kelumpuhan nervus fasialis tidak ada, keluhan kemerahan ataupun keringat pada regio parotis saat mengunyah tidak ada. Pada pemeriksaan luka operasi baik, tidak

ada keluhan dalam membuka mulut. Tidak ditemukan adanya fistula. Tidak ada muncul pembengkakan di regio parotis sinistra, nyeri pada bekas luka operasi tidak ada, luka operasi baik. Pasien didiagnosis dengan pasca parotidektomi superfisial ec adenoma pleomorfik parotis sinistra. Pasien dirujuk balik ke fasilitas kesehatan tingkat pertama, dan disarankan berobat bila ada keluhan.

PEMBAHASAN

Telah dilaporkan satu kasus adenoma pleomorfik parotis sinistra yang telah dilakukan operasi parotidektomi superfisial oleh subbagian Onkologi THT-KL pada perempuan berusia 30 tahun. Adenoma pleomorfik atau yang dikenal juga dengan tumor jinak campuran (*benign mixed tumor*), sebagian besar terjadi pada dewasa muda dan paruh baya, antara usia 30 dan 60 tahun, dan lebih sering terkena pada perempuan dibandingkan laki-laki.⁶ Pada kasus ini pasien berusia 30 tahun dan berjenis kelamin perempuan.

Adenoma pleomorfik dapat ditemukan pada pemeriksaan fisik, yaitu muncul berupa massa tanpa gejala yang berbatas tegas, mobile, unilateral yang tumbuh lambat dan tidak menyebabkan suatu ulserasi pada kulit di atasnya. Sebagian besar adenoma pleomorfik ini berukuran 2-6 cm namun adenoma pleomorfik dapat menjadi besar apabila tidak diobati dengan gambaran massa nodular tunggal yang tidak teratur yang dapat meregangkan kulit dan mukosa di atasnya.¹⁰ Adenoma pleomorfik jarang menyebabkan nyeri dan keterlibatan saraf fasialis.²⁰ Pada kasus ini pasien mengeluhkan benjolan di bawah telinga kiri dan tidak nyeri sejak 1 tahun yang lalu, benjolan dirasakan semakin membesar sejak 6 bulan yang lalu. Pada pemeriksaan

fisik didapatkan ukuran dari tumornya berkisar 4,5x2x1 cm.

Modalitas pencitraan yang paling umum digunakan dalam mengevaluasi tumor parotis adalah CT-Scan dan MRI. Pemeriksaan radiologi ini baik digunakan untuk mendiagnosis dari suatu tumor parotis. Pemeriksaan ini dapat memberikan informasi mengenai ukuran, lokasi tumor dan mengevaluasi kaitan massa dengan kelenjar liur utama atau struktur yang berdekatan termasuk jaringan lunak dan tulang. Pemeriksaan CT-dapat juga membantu membedakan dari tumor lain yang terdapat di ruang parafaring.^{1,14,23}

Pada CT-Scan adenoma pleomorfik akan didapatkan gambaran massa dengan batas yang tegas, dengan densitas yang homogen atau heterogen densitasnya lebih tinggi dari cairan serous normal dan jaringan lemak parotis.^{1,14} Pada pasien ini dilakukan pemeriksaan tomografi komputer tampak massa berdensitas isodens inhomogen di parotis kiri, batas tegas, tepi ireguler, tidak disertai kalsifikasi, tak tampak perluasan ke sisi medial maupun superior, dengan kesan tumor parotis sinistra.

Pemeriksaan MRI juga baik digunakan untuk mengevaluasi tumor parotis di lobus dalam, selain itu dapat digunakan untuk mengevaluasi perluasan ke jaringan lunak sekitar, perluasan ke tulang, dan penyebaran tumor perineural. Pemeriksaan MRI ini tidak terlalu bermanfaat untuk massa tumor yang secara histopatologi jinak dan mudah dipalpasi.^{1,6}

Pemeriksaan BAJAH dapat digunakan untuk menentukan diagnosis awal dari tumor kelenjar liur dan efektif untuk mendiagnosis dari adenoma

pleomorfik.¹¹ Pemeriksaan BAJAH ini diperlukan untuk menentukan jenis pembedahan sebelum dimulainya operasi.^{2,24} Pemeriksaan BAJAH untuk tumor parotis ini memiliki tingkat sensitivitas 94-96% dan spesifitas 95-98% serta akurasi yang bervariasi mulai dari 79%-97%.²⁵ Pada pasien ini awalnya dilakukan pemeriksaan BAJAH pada regio parotis sinistra dengan hasil adenoma pleomorfik.

Pemeriksaan histopatologi setelah tindakan eksisi tumor adalah modalitas utama dalam menegakkan diagnosis dari tumor parotis.⁴ Diagnosis pasti dari adenoma pleomorfik dapat diidentifikasi dari mikroskopis. Adenoma pleomorfik atau tumor jinak campuran berasal dari campuran kedua epitel dan komponen mesenkim yang secara mikroskopik ditunjukkan dengan pola struktur jaringan mesenkim dan epitel yang beragam dan bervariasi.⁶

Adenoma pleomorfik ini memiliki 3 komponen yaitu komponen epitel, komponen sel mioepitel dan komponen mesenkim. Komponen sel epitel pada adenoma pleomorfik ini memiliki jumlah yang bervariasi dan sering dari duktus dan dengan latar belakang stroma fibrosa longgar mixoid, kondroid atau tipe mukoid. Komponen sel mioepitel berbentuk polygonal dengan sitoplasma eosinofilik yang pucat. Komponen sel mesenkim yang tersering adalah mikroid dengan tampilan biru keabu-abuan.^{6,15} Pada kasus ini setelah dilakukan tindakan operasi massa tumor dikirim ke bagian patologi anatomi dengan hasil secara mikroskopik tampak potongan jaringan terdiri atas komponen epithelial, mioepitelial dan stromal. Komponen epithelial tersusun membentuk struktur glandular diantara kelompokan padat sel-sel myoepitelial dengan latar

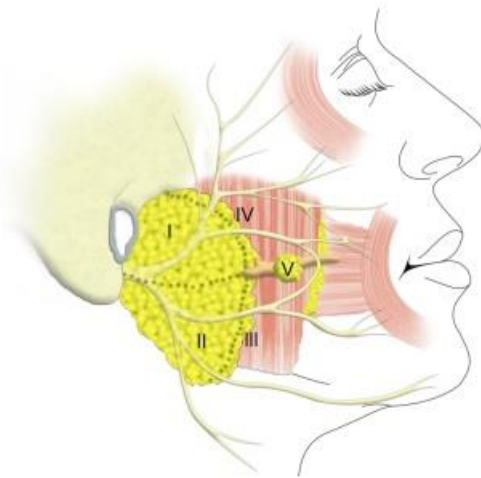
belakang stroma kondro mixoid. Pada bagian luar tampak kapsul jaringan ikat. Sesuai dengan ciri khas dari adenoma pleomorfik.

Pada pasien ini dilakukan tindakan parotidektomi superfisial, dimana parotidektomi superfisial adalah standar operasi untuk pengangkatan tumor jinak pada lobus superfisial kelenjar parotis. Teknik dari parotidektomi superfisial adalah dengan menghilangkan seluruh permukaan lobus superfisial, mendiseksi dan tetap menjaga cabang-cabang, dan cabang utama dari saraf fasialis dan juga dapat dilakukan pengangkatan parotis secara keseluruhan pada neoplasma.²⁶

Langkah pertama dalam melakukan parotidektomi superfisial ini adalah mengidentifikasi trunkus utama dari saraf fasialis dari bagian proksimal ketika keluar dari foramen stilomastoid yaitu dengan mengidentifikasi semua cabang saraf fasialis dan mengangkat bagian superfisial dari kelenjar parotis dengan tumor. Teknik ini lebih sering digunakan untuk preservasi dari saraf fasialis sehingga hasil yang didapatkan lebih optimal.^{2,17} Pada pasien ini dilakukan preservasi saraf fasialis dengan mengidentifikasi nervus fasialis.

The European Salivary Gland Society (EGSG) menerbitkan sebuah klasifikasi yang menggunakan beberapa level untuk tindakan parotidektomi dengan klasifikasinya level I (lateral superior), level II (lateral inferior), level III (inferior dalam), level IV (superior dalam), dan level V (aksesori). Level superior adalah area yang sesuai dengan cabang saraf temporofacial, dan level inferior adalah area cabang dari cervicofasial.^{18,27} Pada parotidektomi superfisial dapat dilakukan pembedahan dari setiap tumor jinak parotis dari bagian superfisial kelenjar

parotis dengan ESGS level I dan II, tetapi dapat juga ketika tumor berada di level III. Indikasi lebih lanjut adalah tumor besar pada bagian kranial kelenjar parotis (ESGS level 1) dengan kontak ke cabang temporal dan meluas hingga trunkus utama dari saraf fasialis dan tumor besar dengan kontak ke beberapa cabang saraf fasialis, tetapi tanpa perluasan ke lobus dalam kelenjar parotis.^{17,18}



Gambar 6. Klasifikasi ESGS dalam lima level²⁷

Komplikasi yang dapat timbul pada saat pembedahan di daerah parotis adalah paralisis saraf fasialis, dimana tindakan parotidektomi superfisial ini dapat menyebabkan terjadinya cedera saraf fasialis yang bersifat sementara sebesar 32% dan insiden untuk terjadinya paralisis saraf fasialis bersifat permanen sebesar 1,3%. Komplikasi lainnya dapat berupa sindroma frey dan sialoceles/fistula saliva. Komplikasi pada luka operasi dapat berupa infeksi, perdarahan, hematoma, seroma dan nekrosis flap kulit.^{21,28} Pada kasus ini dilakukan evaluasi setelah operasi dan pada saat kontrol ke poliklinik THT-KL tidak ditemukan adanya suatu komplikasi.

Menurut literatur, prognosis dari adenoma pleomorfik umumnya baik. Diperlukan follow up jangka panjang untuk mengevaluasi adanya suatu rekurensi. Waktu yang diperlukan untuk mengevaluasi antara pembedahan dengan timbulnya rekurensi pada adenoma pleomorfik bisa berkisar antara 2 sampai 4 tahun.^{1,29}

SIMPULAN

Adenoma pleomorfik atau yang dikenal juga dengan tumor jinak campuran (*benign mixed tumor*) ditandai dengan campuran dari elemen epitel, mioepitel, dan stroma dengan pleomorfisme. Adenoma pleomorfik ini merupakan tumor jinak pada kelenjar liur dan paling sering terjadi di kelenjar parotis. Pemeriksaan BAJAH dapat digunakan untuk menentukan diagnosis awal dari tumor kelenjar liur dan efektif untuk mendiagnosis dari adenoma pleomorfik. Parotidektomi superfisial merupakan standar operasi pada tumor jinak pada lobus superfisial kelenjar parotis dengan preservasi saraf fasialis sehingga komplikasi pasca parotidektomi dapat dicegah.

DUKUNGAN FINANSIAL

Tidak Ada.

UCAPAN TERIMA KASIH

Tidak Ada.

KONFLIK KEPENTINGAN

Tidak Ada.

DAFTAR PUSTAKA

1. Shah JP, Patel SG, Singh B WR. Salivary Glands. In: Shah's J Head and Neck Surgery and Oncology, 5th ed. New York; 2020. p. 557–608.
2. Oh YS, Russel MS ED. Salivary Glands Neoplasms. In: Johnson JT RC, editor. Bailey's Head & Neck Surgery otolaryngology Vol2. 5 th ed. philadephia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014. p. 1760–85.
3. Dhingra P. Neoplasms of Salivary Glands. In: Dhingra S DD, editor. Diseases of Ear, Nose and Throat & Head and Neck Surgery. 7th ed. New Delhi: Elsevier; 2018. p. 263–5.
4. Barca I, Cristofaro MG. Surgical approach to parotid pleomorphic adenoma : a 15-year retrospective cohort study. Br J Oral Maxillofac Surg [Internet]. 2020;58(6):659–62.
5. Alnofaie H, Alshammeri T, Alturkistany Y, Aljabab A, Alweteid A. Giant Pleomorphic Adenoma of Parotid Gland in Saudi Arabia : a Rare Case Report. Springer Nature Journal.2020.
6. Almeslet AS. Pleomorphic Adenoma : A Systematic Review. International Journal of Clinical Pediatric.2020;13(3):1–4.
7. Winter S Fish B. Salivary Gland Anatomy. In: Watkinson JC & Clarke RW, editor. scott-brown's otorhinolaryngology head and neck surgery. 8th ed. 2018. p. 667–82.
8. Walveltar, R. Loehn, B. Wilson M. Anatomy and Physiology of The Salivary Glands. In: Jhonson J, editor. Bailey's Head and Neck Surgery Otolaryngology. 2014. p. 691–701.
9. Wang JR, Bell DM HE. Benign Neoplasms of the Salivary Glands. In: Flint FW, editor. Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery. 7th ed. Philadelphia:Lippincott; 2020. p. 1171–88.
10. Jain S, Hasan S, Vyas N, Shah N, Dalal S. Case Report Pleomorphic Adenoma of The Parotid Gland : Report Of A Case With Review Of Literature. Ethiop J Health Sci; 2016;25(2)(Figure 1):189–94.
11. Tsegga TM, Britt JD, Ellwanger AR. Pleomorphic Adenoma of the Accessory Parotid Gland : Case Report and Reappraisal of Intraoral Extracapsular Dissection for Management. J Oral Maxillofac Surg [Internet]. 2015;73(3):564–70.
12. Bokhari, MR.Greene J. Pleomorphic Adenoma. NCBI. 2021;
13. Hernandez-Prera JC, Skálová A, Franchi A, Rinaldo A, Vander Poorten V, Zbären P, et al. Pleomorphic adenoma: the great mimicker of malignancy. Histopathology. 2021;79(3):279–90.
14. Moon SY. Surgical Management of the Palatal Pleomorphic Adenoma. J Craniofac Surg. 2019;30(6):e580–2.
15. Zhan KY, Khaja SF, Flack AB, Day TA. Benign Parotid Tumors. Otolaryngol Clin North Am [Internet]. 2016;49(2):327–42.
16. Gudmundsson JK, Ajan A, Abtahi J. The Accuracy of Fine Needle Aspiration Cytology for diagnosis of parotid gland masses : a clinicopathological study of 114

- patients. *J. Appl Oral Sci.*2016;24(6):561–7.
17. Psychogios G, Bohr C, Constantinidis J, Canis M, Vander V. Review of surgical techniques and guide for decision making in the treatment of benign parotid tumors. *Eur Arch Oto-Rhino-Laryngology* [Internet]. 2020
 18. Quer M, Vander Poorten V, Takes RP, Silver CE, Boedeker CC, de Bree R, et al. Surgical options in benign parotid tumors: a proposal for classification. *Eur Arch Oto-Rhino-Laryngology*. 2017;274(11):3825–36.
 19. Huang G, Yan G, Wei X, He XIN. Superficial parotidectomy versus partial superficial parotidectomy in treating benign parotid tumors. 2015;887–90.
 20. Stathopoulos P, Igoumenakis D, Smith WP, Bs MB. superficial, superficial and total parotidectomy in the management of benign parotid gland tumours: A 10 year prospective study of 205 patients. *Surg St James Mater Hosp SC J Oral Maxillofac Surg* [Internet]. 2017;1–21.
 21. Infante-Cossio P, Gonzalez-Cardero E, Garcia-Perla-Garcia A, Montes-Latorre E, Gutierrez-Perez JL, Prats-Golczer VE. Complications after superficial parotidectomy for pleomorphic adenoma. *Med Oral Patol Oral y Cir Bucal*. 2018;23(4):e485–92.
 22. Lee CC, Chan RCL, Chan JYW. Predictors for frey syndrome development after parotidectomy. *Ann Plast Surg*. 2017;79(1):39–41.
 23. Abdel A, Abdel K, Mukherji SK. State-of-the-Art Imaging of salivary gland tumors. *Neuroimaging Clin NA* [Internet]. 2018;28(2):303–17.
 24. Bugra A, Hasan C, Tansuker D, Gul R, Emre F, Demirbas T. Comparison of preoperative diagnostic accuracy of fine needle aspiration and core needle biopsy in parotid gland neoplasms. *Eur Arch Oto-Rhino-Laryngology* [Internet]. 2021.
 25. Tretiakow D, Mikaszewski B, Skorek A. The role of fine - needle aspiration biopsy (FNAB) in the diagnostic management of parotid gland masses with emphasis on potential pitfalls. *Eur Arch Oto-Rhino-Laryngology* [Internet]. 2020;43(2018):10–1.
 26. Xie S, Wang K, Xu H, Hua R. META-ANALYSIS PRISMA — Extracapsular Dissection Versus Superficial Parotidectomy in Treatment of Benign Parotid Tumors. *Md-Journal*.2015;94(34):1–9.
 27. Otorhinolaryngol EA, Marchal MQOGF, Poorten V Vander. Classification of parotidectomies : a proposal of the European Salivary Gland Society. *Eur Arch Otorhinolaryngol*.2016;1–6.
 28. Lambiel S, Dulguerov N, Courvoisier DS, Dulguerov P. Minor Parotidectomy Complications : A Systematic Review. 2020;1–9.
 29. Nourwali I, Dar-odeh N. Pleomorphic Adenoma in the Lower Lip : A Case Report and a Review. *Dent Investig Soc*. 2019;1–5.