

Laporan Kasus

Parotidektomi dengan Pendekatan Diseksi Ekstrakapsular pada Adenoma Pleomorfik Parotis

Fajar Dirgantara Edward¹, Sukri Rahman¹

1) Departemen THT-KL Fakultas Kedokteran Universitas Andalas/ RSUP. Dr. M. Djamil Padang.

ABSTRAK

Latar Belakang: Tumor parotis merupakan tumor kelenjar ludah yang paling sering terjadi. Sebagian besar dari tumor kelenjar parotis adalah jinak. Adenoma pleomorfik merupakan tumor jinak kelenjar ludah terbanyak sekitar 60-80% dari seluruh neoplasma di kelenjar ludah 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 nervus fasialis. **Laporan Kasus:** Dilaporkan satu kasus seorang wanita usia 24 tahun dengan adenoma pleomorfik parotis sinistra. Pada regio parotis sinistra tampak benjolan dengan ukuran 40x30x10 mm, berbatas tegas, warna sama dengan sekitar, konsistensi padat kenyal, terfiksir, nyeri tekan tidak ada. Dilakukan pemeriksaan BAJAH dengan hasil adenoma pleomorfik. Pemeriksaan *Computerized Tomography Scan* (CT scan) dengan kesan tumor parotis sinistra. Dilakukan tindakan parotidektomi dengan diseksi ekstrakapsular dan pemeriksaan histopatologi dengan kesan adenoma pleomorfik. **Kesimpulan:** Adenoma pleomorfik merupakan tumor jinak pada kelenjar ludah dan paling sering terjadi di kelenjar parotis yang ditandai dengan gejala pembengkakan di regio parotis, tanpa gejala, dan tanpa menimbulkan nyeri. Pemeriksaan BAJAH dan CT scan leher dapat dilakukan untuk membantu mendiagnosis adenoma pleomorfik. Teknik pembedahan parotidektomi dengan ekstrakapsular diseksi merupakan pilihan operasi pada kasus tertentu tanpa identifikasi nervus fasialis.

Kata kunci: Adenoma pleomorfik, Diseksi ekstrakapsular, Nervus fasialis, Tumor parotis

ABSTRACT

Background: Parotid tumors are the most common salivary gland tumors. Most of the parotid gland tumors are benign. Pleomorphic adenoma is the most common benign tumor of the salivary glands about 60-80% of all neoplasms in the salivary glands, and is most often found in the parotid glands as much as 85%. The diagnosis of pleomorphic adenoma is based on anamnesis, clinical picture, and supporting examination with fine needle aspiration biopsy, radiological examination, and histopathology of the tumor mass. Management of parotid benign tumors is by complete excision of the tumor, namely by parotidectomy and preservation of the facial nerve. **Case Report:** A case of a 24-year-old woman with pleomorphic adenoma of the sinistra parotid is reported. In the sinistra parotid region, there was a lump with a size of 40x30x10 mm, firmly circumscribed, the same color as the surrounding, spongy solid consistency, fixed, no tenderness. Fine needle aspiration biopsy (FNAB) examination was performed with the results of pleomorphic adenoma. Computerized Tomography Scan (CT scan) examination with the impression of a sinistra parotid tumor. Parotidectomy with extracapsular dissection and histopathologic examination with pleomorphic adenoma impression. **Conclusion:** Pleomorphic adenoma is a benign tumor of the salivary glands and most commonly occurs in the parotid gland characterized by symptoms of swelling in the parotid region, without symptoms, and without causing pain. Fine needle aspiration biopsy (FNAB) examination and CT scan of the neck can be done to help diagnose pleomorphic adenoma. The surgical technique of parotidectomy with extracapsular dissection is an operative option in selected cases without identification of the fascial nerve.

Keywords: Pleomorphic adenoma, Extracapsular dissection, Facial nerve, Parotid tumor

Korespondensi

Sukri Rahman, Departemen THT-KL Fakultas Kedokteran Universitas Andalas/ RSUP. Dr. M. Djamil Padang. Email: sukrirahman@med.unand.ac.id

Article Information

Received: November 14, 2025

Available online: December 20, 2025

PENDAHULUAN

Tumor kelenjar ludah jarang terjadi, hanya sekitar 2-4% dari semua neoplasma kepala dan leher. Dari jumlah tersebut, 80% terjadi di kelenjar parotis, dengan mayoritas (80%) bersifat jinak.¹ Tumor parotis merupakan 3-4% dari tumor kepala dan leher.² Mayoritas tumor ini jinak dan jenis histopatologi yang paling umum adalah adenoma pleomorfik, yang menyumbang sekitar 70% dari semua tumor parotis jinak, diikuti oleh tumor Warthin sekitar 25%.²⁻⁴

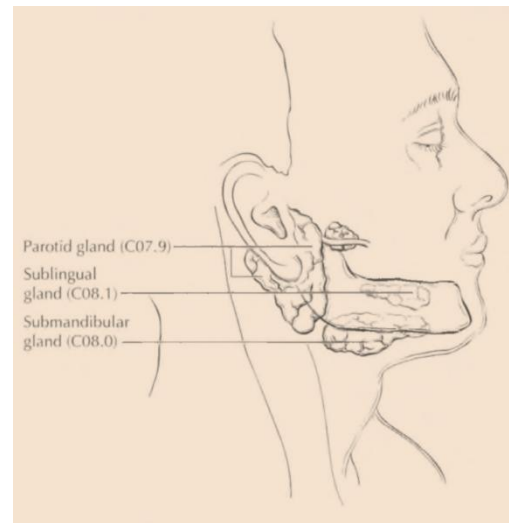
Adenoma pleomorfik merupakan 36-70% dari neoplasma jinak keseluruhan, dan lebih dari 85% terjadi di dalam kelenjar parotis. Sekitar 33,5-36,4% dari semua neoplasma jinak kelenjar ludah merupakan adenoma pleomorfik parotis.⁵ Adenoma pleomorfik adalah tumor kelenjar ludah jinak yang paling sering terjadi. Tumor ini muncul dari kelenjar ludah mayor, tetapi juga dapat muncul dari kelenjar ludah minor. Sebagian besar terletak di kelenjar parotis (85%), diikuti oleh kelenjar ludah minor (10%) dan kelenjar submandibular (5%).⁶ Diketahui bahwa kejadian adenoma pleomorfik meningkat dari 15 hingga 20 tahun setelah paparan radiasi. Namun, etiologi pastinya tidak diketahui, dan penyebab adenoma pleomorfik masih belum jelas.^{7,8}

Adenoma pleomorfik biasanya muncul sebagai massa yang tumbuh lambat dan tanpa gejala di daerah pra-aurikularis atau leher bagian atas.¹ Terapi pilihan untuk neoplasma kelenjar ludah adalah eksisi bedah.⁷ Sebagian besar tumor parotis terjadi di daerah kaudal kelenjar dan superfisial terhadap nervus fasialis, parotidektomi dengan identifikasi dan preservasi nervus fasialis adalah diagnostik dan kuratif dalam banyak kasus.⁹

Anatomi Kelenjar Parotis

Kelenjar ludah dibagi menjadi kelenjar ludah mayor (parotis, submandibula, dan sublingual) dan kelenjar ludah minor (Gambar 1).^{9,10} Kelenjar ludah mayor merupakan struktur yang berpasangan dan kelenjar minor terdapat di submukosa di seluruh saluran aerodigestif bagian atas, mulai dari rongga hidung dan bibir sampai ke esofagus dan trakea.^{9,11} Kelenjar parotis berbentuk baji pada bagian koronal dan meluas secara lateral dari arkus

zigomatikus ke bagian atas leher, kelenjar parotis melapisi bagian otot digastrikus venter posterior dan batas anterior dari otot sternokleidomastoid.¹²



Gambar 1. Anatomi kelenjar parotis¹⁰

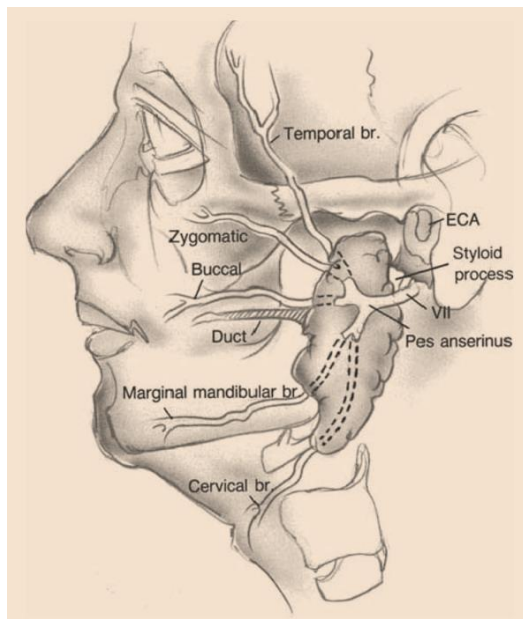
Bagian anterior kelenjar parotis menutupi otot masseter, dan pada bagian posterior, kelenjar ini meluas di bawah kanalis akustikus eksternus dan menuju prosesus mastoid, menutupi prosesus lateral C1. Pada bagian medial kelenjar ini mengisi celah antara mandibula di anterior mastoid dan prosesus styloid. Kelenjar ini terletak dekat dengan dinding lateral orofaring, sehingga pemeriksaan orofaring diperlukan saat mengevaluasi kelenjar parotis.¹²

Duktus parotis utama (duktus Stensen) berasal dari batas anterior kelenjar dan berjalan sejajar dengan lengkung zigomatik. Terletak sekitar 1,5 cm di bawah arkus zigomatikus. Duktus ini berjalan di superfisial ke otot masseter, kemudian berbelok 90° dan menembus otot buccinator untuk masuk ke dalam rongga mulut setinggi gigi molar rahang atas kedua. Cabang bukal dari nervus fasialis biasanya berjalan bersama dengan duktus parotis. Duktus parotis memiliki panjang sekitar 4 sampai 6 cm. Diameter duktus kira-kira 0,5 sampai 1,4 mm dan bagian tersempit terletak di ostium.¹³ Suplai darah arteri ke kelenjar parotis berasal dari arteri karotis eksterna. Arteri karotis eksterna bercabang menjadi dua cabang (arteri temporal maksilaris dan superfisial) di bagian dalam kelenjar parotis di belakang mandibula. Arteri fasialis transversal, cabang dari arteri

temporal superfisialis, memasok kelenjar parotis, duktus Stensen, dan otot masseter. Arteri ini berjalan ke arah anterior antara lengkung zigomatikus dan duktus Stensen yang diikuti oleh vena fasialis transversal.^{12,13}

Nervus fasialis

Bagian superfisial kelenjar parotis berisi struktur saraf termasuk nervus fasialis (nervus kranial VII), nervus aurikularis magnus, dan nervus aurikulotemporal. Nervus fasialis berhubungan erat dengan kelenjar parotis, membagi kelenjar parotis menjadi dua menjadi zona pembedahan (lobus superfisial dan dalam). Nervus fasialis keluar dari dasar tengkorak melalui foramen stilomastoid. Nervus fasialis mengeluarkan tiga cabang motorik, yaitu nervus ke otot stilohioid, nervus ke otot postaurikularis, dan nervus ke otot digastrikus venter posterior. Setelah cabang-cabang ini keluar, saraf berbelok ke lateral untuk memasuki bagian posterior kelenjar parotis, sekitar 8,56 sampai 10,20 mm dari foramen stilomastoid. Nervus fasialis terbagi di pes anserinus menjadi cabang temporofasial yang mengarah ke superior dan cabang servikofasial yang mengarah ke inferior. Nervus fasialis menjadi lima cabang, yaitu cabang temporal, zigomatik, bukal, mandibula marginal, dan servikal (Gambar 2).¹³



Gambar 2. Anatomi nervus fasialis¹³

Nervus fasialis muncul dari foramen stilomastoid tepat di dalam pertemuan kartilago dan tulang meatus auditorius eksternus. Cabang utama terletak sekitar 1 cm di atas musculus digastrikus venter posterior dan berjalan ke bawah dan ke depan di atas proses stiloid dan otot-otot yang melekat sebelum memasuki substansi kelenjar.¹²

Adenoma Plemorfik

Adenoma pleomorfik adalah tumor kelenjar ludah yang paling sering. Pertama kali disebut sebagai adenoma pleomorfik oleh Willis, adenoma pleomorfik juga disebut sebagai brankioma, enklavoma, enkondroma, endotelioma, dan tumor campuran.⁷ Adenoma pleomorfik menyumbang sekitar 65% dari semua tumor kelenjar ludah. Tumor ini paling sering ditemukan pada kelenjar parotis, diikuti oleh kelenjar submandibularis dan kelenjar ludah minor.^{9,11} Adenoma pleomorfik paling sering ditemukan di kelenjar parotis, tetapi juga dapat ditemukan di kelenjar ludah di bibir atas, pipi, lidah, dan dasar mulut, serta di palatum durum dan palatum mole.⁷

Adenoma pleomorfik sebagian besar berasal dari lobus superfisial tetapi juga dapat menginvasi jaringan yang lebih dalam dari kelenjar dan ruang parafaring. Adenoma pleomorfik umumnya muncul sebagai pembengkakan yang berkembang secara perlahan, tanpa gejala.⁸ Identifikasi mikroskopis diperlukan untuk diagnosis pasti adenoma pleomorfik. Adenoma pleomorfik kadang dapat bermetastasis namun tetap jinak secara histologis. Lokasi metastasis yang dilaporkan meliputi tulang, daerah kepala dan leher, paru-paru, dan kulit.⁹

Adenoma pleomorfik memiliki tiga komponen, yaitu: komponen epitel, komponen sel mioepitel, dan komponen mesenkim. Identifikasi adenoma pleomorfik berdasarkan ketiga komponen ini. Gambaran histologis adenoma pleomorfik menunjukkan pola epitel yang bervariasi dalam stroma fibrosa longgar tipe mikroid, kondroid, atau mukoid. Sel-sel mioepitel berbentuk poligonal dengan sitoplasma eosinofilik pucat. Diagnosis pasti adenoma pleomorfik dengan cara identifikasi mikroskopis.⁸

Diagnosis

Pemeriksaan tumor kelenjar ludah primer meliputi riwayat terkait (nyeri, trismus, dan lain-lain) inspeksi, palpasi, dan evaluasi saraf kranial. Pemeriksaan terutama didasarkan pada inspeksi, palpasi kelenjar ludah dan kulit, serta kelenjar leher. Biopsi biasanya dilakukan dengan aspirasi jarum halus atau dengan bedah reseksi tumor. Hasil biopsi dapat dimasukkan sebagai bagian dari klasifikasi klinis. Adanya fiksasi dan trismus harus diperhatikan. Evaluasi neurologis semua saraf kranial diperlukan, khususnya nervus fasialis.¹⁰

Biopsi Aspirasi Jarum Halus (BAJAH) direkomendasikan pada semua tumor parotis untuk memastikan diagnosis dan menyingkirkan keganasan.¹ Pemeriksaan pra operasi meliputi *Ultrasonography* (USG), *Computerized Tomography Scan* (CT Scan) atau *Magnetic Resonance Imaging* (MRI). Biopsi Aspirasi Jarum Halus (BAJAH) dilakukan pada pasien tumor parotis, untuk memastikan jinak atau tidaknya tumor.²

Ultrasonografi berguna untuk pemeriksaan tumor kelenjar parotis sebelum operasi. Dengan menggunakan patokan duktus Stensen, USG dapat menentukan tumor pada massa lobus superfisial atau dalam. *Ultrasonography* (USG) dengan kontras yang ditingkatkan dan teknik lainnya dapat memvisualisasikan kepadatan mikrovaskular. Ini adalah karakteristik pencitraan yang penting untuk membedakan lesi jinak dan ganas. Neoangiogenesis adalah proses di mana suplai darah yang langka dari tumor jinak meningkat, dan ini mengindikasikan kemungkinan transformasi ganas.¹⁴

Penatalaksanaan

Operasi pengangkatan tumor menjadi tatalaksana pilihan dikarenakan kemungkinan terjadinya transformasi ganas dan kekambuhan tumor adenoma pleomorfik, serta kepentingan estetika.^{1,2} Pengangkatan tumor jinak pada kelenjar parotis merupakan subjek kontroversi yang besar, karena nervus fasialis terkait erat dengan hampir semua tumor jinak pada kelenjar tersebut. Ada tiga prosedur pembedahan untuk menangani adenoma pleomorfik pada kelenjar parotis, yaitu

enukleasi, parotidektomi superfisial, dan parotidektomi total. Prosedur pertama terdiri dari pengangkatan tumor tanpa mengangkat jaringan kelenjar yang berdekatan. Prosedur kedua melibatkan pengangkatan tumor dengan bagian kelenjar yang melekat padanya. Prosedur ketiga melibatkan pengangkatan kelenjar parotis secara keseluruhan dan mempertahankan nervus fasialis.¹⁵

Enukleasi merupakan prosedur yang sering dilakukan dari akhir abad ke-18 hingga tahun 1950-an, tetapi karena tingkat kekambuhan yang tinggi (70%), pendekatan yang lebih radikal pun dicari.² Enukleasi saat ini sudah tidak digunakan lagi, tetapi memiliki dampak yang besar terhadap perkembangan pembedahan parotis. Teknik ini juga disebut diseksi intrakapsular, memerlukan sayatan kapsul tumor dan pengangkatan isi di dalam batas-batas tumor. Metode ini dikembangkan pada awal abad ke-20 pada saat tidak ada neuromonitoring, koagulasi bipolar, atau mikroskop, dan kekhawatiran akan melukai nervus fasialis menjadi perhatian utama para ahli bedah. Karena pengangkatan tumor dilakukan di dalam kapsul tumor, sisa-sisa kecil tumor biasanya tertinggal dan tingkat kekambuhan sangat tinggi, yaitu 30-50%.¹⁶ Berbagai teknik pembedahan telah digunakan untuk mengobati tumor parotis superfisial jinak selama satu abad terakhir. Awal abad ke-20, diseksi intrakapsular dilaporkan sebagai prosedur pembedahan yang paling populer, karena rendahnya tingkat kerusakan saraf wajah meskipun terjadi pengangkatan kapsul tumor secara subtotal. Namun, dengan teknik ini, tingkat kekambuhan mencapai 45%.²

Teknik parotidektomi diperkenalkan pada tahun 1957, komplikasi yang terkait dengan teknik ini, termasuk sindrom Frey dan kelumpuhan saraf wajah.¹ Parotidektomi superfisial menggantikan enukleasi, yang terdiri dari pengangkatan seluruh tumor, bersama dengan lobus superfisial kelenjar parotis di sekitarnya.^{2,17} Beberapa tahun kemudian, parotidektomi superfisial menjadi prosedur yang paling populer karena penurunan tingkat kekambuhan tumor (2%), meskipun terjadi peningkatan angka sindrom Frey, hilangnya sensasi wajah dan, kelumpuhan nervus fasialis.² Selama parotidektomi superfisial,

perhatian khusus diberikan untuk mengidentifikasi dan mempertahankan nervus fasialis untuk menghindari kerusakan atau cedera. Parotidektomi parsial hanya melibatkan pengangkatan bagian kelenjar yang mencakup tumor atau massa.¹⁷ Insisi lazy-S dilakukan dan flap servikofasial superfisial dinaikkan ke batas anterior massa parotis atau kelenjar parotis. Identifikasi dilakukan pada saraf aurikularis mayor dan skeletonisasi batas anterior otot sternokleidomastoid, serta bagian posterior otot digastrikus dan tulang rawan saluran pendengaran eksternal, hingga ke ujung pointer dan mastoid. Identifikasi dilakukan pada cabang umum nervus fasialis dan diseksi dilakukan pada tumor, mengendalikan fungsi saraf dengan menggunakan stimulasi saraf. Setelah parotidektomi parsial, hemostasis, pemasangan drainase vakum tinggi.²

Teknik lain yaitu diseksi ekstrakapsular, kemudian diperkenalkan.¹ Diseksi ekstrakapsular telah dilakukan selama 25 tahun terakhir sebagai prosedur pembedahan yang tidak memerlukan identifikasi saraf wajah dan hanya tumor yang diangkat, termasuk kapsulnya, tanpa jaringan kelenjar yang normal.² Saat ini, operasi yang paling sering dilakukan adalah diseksi ekstrakapsular di mana nervus fasialis tidak diidentifikasi secara menyeluruh.¹⁶ Cabang nervus fasialis utama tidak terpapar selama pembedahan pada teknik diseksi ekstrakapsular. Biasanya tumor diangkat tanpa membuang jaringan kelenjar di sekitarnya, namun pada kasus tertentu, tumor diangkat bersama dengan beberapa jaringan kelenjar parotis (reseksi lobus inferior parsial), yang menyerupai parotidektomi lateral.¹⁷ Sayatan yang identik dan flap servikofasial superfisial dibuat. Selanjutnya, dilakukan skeletonisasi pada batas anterior otot sternokleidomastoid. Kemudian tumor diangkat, dengan mempertahankan kapsul tumor, setelah identifikasi nervus aurikularis mayor. Identifikasi nervus fasialis tidak diperlukan selama teknik pembedahan ini.²

Perbedaan utama antara kedua prosedur ini adalah bahwa parotidektomi melibatkan pembedahan dan preservasi nervus fasialis sebelum pengangkatan lobus superfisial, dengan tumor parotis jinak yang

masih utuh, sedangkan diseksi ekstrakapsular, tidak melibatkan preservasi nervus fasialis, dan tumor parotis jinak secara langsung dieksisi dengan lapisan tipis jaringan parotis di sekelilingnya.¹

Komplikasi

Pembedahan parotis sangat kompleks bergantung pada jumlah struktur yang berhubungan dengan daerah parotis sangat banyak (nervus fasialis, nervus aurikulotemporal, arteri aurikularis mayor, arteri karotis eksterna, dan duktus Stensen). Komplikasi operasi parotis terutama terkait dengan struktur ini.³

Sebelum melakukan parotidektomi secara superfisial atau total pasien harus diberitahu tentang komplikasi serius atau komplikasi yang sering terjadi.¹⁸ Hasil utama yang perlu dipertimbangkan ketika melakukan analisis tersebut harus mencakup komplikasi dari tindakan ini bisa berupa tingkat kekambuhan, kelumpuhan saraf wajah, dan sindrom Frey.¹ Parotidektomi superfisial komplisit dikaitkan dengan risiko yang lebih tinggi terhadap kelumpuhan nervus fasialis, sindrom Frey, neuroma, seroma, hematoma, dan hilangnya sensasi wajah.^{2,3} Salah satu komplikasi yang mungkin terjadi dari operasi kelenjar parotis adalah sindrom Frey.¹⁴

LAPORAN KASUS

Seorang perempuan berusia 26 tahun datang ke poliklinik THT-KL RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 10 Oktober 2024 dengan keluhan utama benjolan di bawah telinga kiri yang semakin membesar sejak 6 bulan yang lalu. Awalnya pasien mengeluhkan ada benjolan di bawah telinga kiri sebesar kelereng sejak 1 tahun yang lalu, namun pasien belum pernah berobat. Benjolan dirasakan semakin membesar secara perlahan terutama dalam 6 bulan terakhir. Pasien sudah berobat ke rumah sakit swasta Padang dan dilakukan pemeriksaan BAJAH pada tanggal 4 September 2024 dengan hasil Pleomorphic Adenoma (Parotid Gland) dan kemudian pasien dirujuk RSUP Dr. M. Djamil Padang dengan diagnosis adenoma pleomorfik parotis sinistra. Nyeri pada benjolan maupun pada telinga kiri tidak ada. Penurunan pendengaran tidak ada, wajah

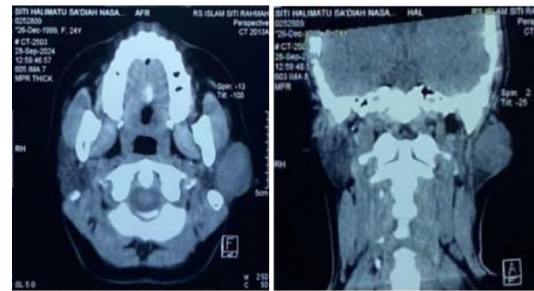
mencong tidak ada, sukar membuka mulut tidak ada. Penurunan berat badan tidak ada, benjolan dileher, ketiak, dan lipa paha tidak ada. Riwayat merokok tidak ada. Riwayat konsumsi minuman beralkohol tidak ada. Riwayat paparan radiasi tidak ada. Riwayat mempunyai penyakit yang sama pada anggota keluarga lainnya tidak ada. Pemeriksaan 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 tampak benjolan warna sama dengan sekitar, berbatas tegas, konsistensi padat kenyal, terfiksir, nyeri tekan tidak ada, dengan ukuran 40x30x10 mm, (Gambar 3). Tidak terdapat pembesaran kelenjar getah bening daerah leher. Pemeriksaan nervus fasialis dengan hasil fungsi nervus fasialis, House Brackmann I, kekuatan motorik 100%.



Gambar 3. Benjolan pada regio parotis sinistra

Pasien dilakukan pemeriksaan CT scan leher tanpa kontras pada tanggal 28 September 2024. Tampak massa hipodens (HU 30-45), batas relatif tegas, tepi regular di kelenjar parotis sinistra, ukuran $\pm 3 \times 4 \times 3,5$ cm dengan kesan massa padat di kelenjar parotis sinistra (Gambar 4). Pasien didiagnosis kerja dengan adenoma pleomorfik parotis sinistra. Pasien direncanakan untuk dilakukan tindakan eksisi tumor dengan parotidektomi parsial dalam anestesi umum. Pasien diberikan penjelasan mengenai prosedur operasi dan komplikasi, kemudian pasien menyatakan setuju dan menandatangani lembar *informed consent*. Pasien dikonsulkan ke Departemen Ilmu Penyakit Dalam dan

Anestesi untuk toleransi operasi. Dari Departemen Penyakit Dalam dan Anestesi tidak ditemukan kontra indikasi untuk dilakukan tindakan operasi.



Gambar 4. CT scan leher tanpa kontras

Tanggal 15 Oktober 2024 pasien dilakukan tindakan operasi parotidektomi. Pasien tidur terlentang diatas meja operasi dalam anestesi umum, kepala dielevasi 30 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. Teknik operasi ini menggunakan insisi berbentuk Lazy S (modified Blair's incision) pada daerah cervico-mastoid-facial. Dilakukan insisi 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. Dibuka mulai kulit, subkutis, lalu dilakukan diseksi secara tumpul dengan menggunakan klem untuk memisahkan kelenjar parotis dari jaringan sekitar, Massa tumor dibebaskan secara tajam, lalu massa tumor dikirim ke patologi anatomi untuk pemeriksaan histopatologi. perdarahan diatasi (Gambar 5).



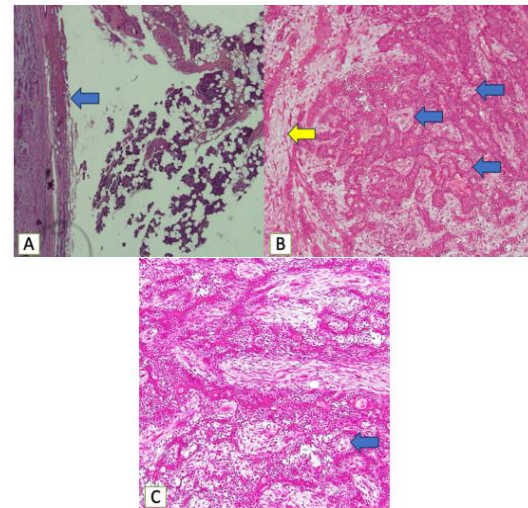
Gambar 5. Massa tumor parotis dengan ukuran 7x4,5x3 cm.

Dilakukan penjahitan subkutis dengan benang Kromik 3.0 dan pemasangan drain. Kulit dijahit dengan menggunakan benang Prolene 4.0. Operasi selesai.

Pasien didiagnosis post parotidektomi dengan diseksi ekstrakapsular ai adenoma plemorfik parotis sinistra. Setelah tindakan operasi, pasien diberikan infus Ringer Laktat (RL) 8 jam/kolf dan diberi terapi Ampisilin Sulbaktam 3x1500 mg intravena, Ketorolak 3x30 mg intravena, Deksametason 3x5 mg intravena. Satu hari setelah operasi, nyeri pada luka operasi berkurang, darah pada drain sebanyak 4 cc, darah merembes di sekitar luka operasi tidak ada, wajah mencong tidak ada. Hari kedua, nyeri pada luka operasi berkurang, darah pada drain sebanyak 1 cc, darah merembes di sekitar luka operasi tidak ada, wajah mencong tidak ada. Hari ke 3 setelah operasi, nyeri pada luka operasi berkurang, darah merembes di sekitar luka operasi tidak ada, wajah mencong tidak ada, tidak tampak hiperemis pada luka operasi, drain sudah kosong, drain dilepaskan. Pasien didiagnosis dengan post parotidektomi dengan diseksi ekstrakapsular ai adenoma pleomorfik parotis sinistra hari ke 3. Pasien diperbolehkan pulang dan diberi terapi Sefiksim tablet 2x200 mg, Ibuprofen tablet 3x400 mg dan dianjurkan kontrol ke poliklinik THT-KL.

Kontrol minggu 1 pasca operasi, keluhan wajah mencong tidak ada, nyeri pada bekas operasi tidak ada, kemerahan ataupun keringat pada regio parotis sinistra saat mengunyah tidak ada, luka operasi tidak ditemukan adanya fistula. Pada pemeriksaan regio parotis didapatkan luka operasi tenang dan dilakukan aff hecting secara keseluruhan. Pasien membawa hasil pemeriksaan patologi anatomi dengan gambaran pada makroskopik tampak sepotong jaringan putih kecoklatan kenyal padat berukuran 3,3x2,5x2 cm, penampang tampak 1 massa putih padat diameter 3,3 cm. Pada mikroskopik tampak potongan jaringan mengandung nodul berbatas tegas dengan kapsul jaringan ikat terdiri atas 3 komponen yaitu sel epitel, mioepitel dan stroma. Tampak proliferasi sel epitel yang membentuk pola tubular dan trabekula dibagian dalam dengan sel mioepitel

dilapisi luar dalam stroma kondromiksoid. Tampak fokus-fokus sel yang mengalami metaplasia skuamosa. Pada bagian luar kapsul tampak kelompokan kelenjar liur normal. Dengan diagnosis adenoma pleomorfik (Gambar 6).



Gambar 6. A. Kapsul jaringan ikat, B. Panah biru: kelenjar sel epitel, panah kuning: sel miksoid, C. Sel mioepitel.

Pasien didiagnosis dengan post parotidektomi dengan diseksi ekstrakapsular ai adenoma pleomorfik parotis sinistra hari ke 10.

Follow up 1 bulan pasca operasi didapatkan kondisi umum pasien baik, keluhan wajah mencong tidak ada, kemerahan ataupun keringat pada regio parotis sinistra saat mengunyah tidak ada, luka operasi baik, tidak ditemukan adanya fistula, nyeri pada bekas luka operasi tidak ada, luka operasi baik (Gambar 7). Pasien didiagnosis dengan post parotidektomi dengan diseksi ekstrakapsular ai adenoma pleomorfik parotis sinistra. Pasien dirujuk balik ke fasilitas kesehatan tingkat pertama, dan disarankan berobat bila ada keluhan.

DISKUSI

Dilaporkan satu kasus adenoma pleomorfik parotis sinistra yang telah dilakukan operasi parotidektomi dengan diseksi ekstrakapsular oleh subbagian Onkologi THT-KL pada perempuan berusia 26 tahun. Wanita dewasa pada dekade ketiga hingga kelima paling sering terkena adenoma pleomorfik.^{1,7,8} Adenoma pleomorfik dapat terjadi pada semua usia,

tetapi umumnya menyerang pasien pada dekade keempat, kelima, dan keenam. Sekitar 40% kasus terjadi pada pria, sementara 60% lainnya dialami oleh wanita. Tumor adenoma pleomorfik secara klinis tidak menimbulkan rasa sakit, berbatas tegas, dan ditutupi oleh selaput mukosa yang normal. Ulserasi kadang-kadang dapat terlihat. Terdapat benjolan tunggal dan nodul yang dapat digerakkan. Tidak seperti tumor kelenjar minor, tumor kelenjar mayor biasanya terbungkus.⁶

Adenoma pleomorfik muncul sebagai lesi nodular yang tidak teratur dengan konsistensi yang tegas. Jika adenoma pleomorfik di bagian superfisial dan tidak menunjukkan fiksasi, area kistik dapat teraba.⁷ Pasien dikonsulkan dengan keluhan utama benjolan di bawah telinga kiri yang semakin membesar sejak 6 bulan yang lalu, tidak nyeri, benjolan sewarna dengan kulit. Sebagian besar tumor kelenjar parotis dan submandibular tumbuh secara perlahan-lahan dalam jangka waktu yang lama tanpa menimbulkan gejala. Sebagian kecil menyebabkan ketidaknyamanan karena menghalangi aliran air liur. Sebagian besar tumor jinak akan terasa halus, relatif mudah bergerak dan tidak menimbulkan rasa sakit saat diraba.¹⁸ Sebagian besar tumor berasal dari lobus superfisial, tumor ini dapat melibatkan lobus dalam kelenjar parotis tetapi jarang, dan dapat tumbuh ke arah medial dan melibatkan ruang parafaring. Adenoma pleomorfik sering bermanifestasi sebagai benjolan yang tumbuh perlahan, tanpa gejala, dan tidak mengenai saraf wajah.⁶

Pasien sudah dilakukan pemeriksaan BAJAH dengan hasil adenoma pleomorfik (Parotid Gland). Teknik BAJAH digunakan untuk mendapatkan sampel jaringan. Prosedur ini memiliki tingkat penyemaian tumor yang relatif rendah. Metode yang lebih disukai untuk mendapatkan sampel histologi dan mengevaluasi subtype dan tingkat keparahan tumor adalah pemeriksaan BAJAH. Tumor kelenjar ludah dapat didiagnosis secara akurat sebelum pembedahan dengan menggunakan BAJAH untuk membuat keputusan terapeutik, BAJAH membantu membedakan tumor jinak dan ganas. Selain itu, BAJAH membantu mempertimbangkan perlunya

intervensi bedah, yang dapat menurunkan biaya pengobatan. Dengan BAJAH, dimungkinkan untuk mengidentifikasi keganasan tumor dengan sensitivitas sekitar 90%. Jenis histologis tumor lebih tepat ditentukan oleh biopsi jarum inti, yang lebih invasif tetapi memiliki akurasi diagnosis sekitar 97%.⁶

Pasien telah dilakukan *Computerized Tomography Scan* (CT Scan) dengan hasil tampak massa hipodens (HU 30-45), batas relatif tegas, tepi regular pada kelenjar parotis sinisra, ukuran $\pm 3 \times 4 \times 3,5$ cm. Meskipun bagian ekstrakranial dari nervus fasialis dalam beberapa kasus dapat divisualisasikan pada Magnetic Resonance Imaging (MRI) resolusi tinggi, vena retromandibularis merupakan penanda anatomis di antara kedua lobus pada CT scan pra operasi dan pemeriksaan MRI untuk neoplasma parotis.² Adenoma pleomorfik biasanya muncul sebagai massa bulat dengan kepadatan jaringan lunak homogen yang berbatas halus atau lobulasi pada CT scan. Massa yang lebih besar dapat menunjukkan nekrosis. Tidak banyak fokus kalsifikasi yang umum. Sementara tumor yang lebih besar menunjukkan peningkatan yang kurang jelas dan tertunda, tumor yang lebih kecil memiliki peningkatan signifikan yang homogen diawal. Metode pilihan untuk menganalisis kanker kelenjar ludah adalah MRI yang mana interpretasinya mirip dengan CT scan massa yang lebih kecil tampak berbatas tegas dan homogen, sedangkan tumor yang lebih besar tampak heterogen.⁶

Pasien dilakukan tindakan operasi parotidektomi dengan diseksi ekstrakapsular. Modalitas pembedahan pada kelenjar parotis didefinisikan sebagai berikut, diseksi ekstrasapsular didefinisikan sebagai pengangkatan tumor dengan mengangkat jaringan parotis tanpa mengekspos batang utama atau cabang nervus fasialis. Jika batang utama sengaja diekspos sebelum diseksi tumor dan hanya sebagian lobus superfisial yang diangkat bersama dengan tumor, maka prosedur ini disebut sebagai Parotidektomi Superfisial Parsial (PSP). Pengangkatan seluruh bagian kelenjar parotis di bagian lateral saraf wajah (lobus superfisial) didefinisikan sebagai parotidektomi lateral (superfisial), sedangkan pengangkatan seluruh parenkim

kelenjar dengan mempertahankan nervus fasialis dan semua cabangnya disebut sebagai parotidektomi kompli.¹⁹

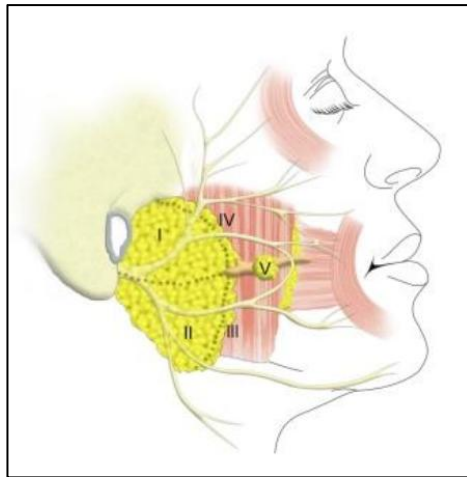
Tatalaksana yang dilakukan pada tumor adalah eksisi bedah dengan margin jaringan bebas tumor yang memadai. Ukuran, posisi tumor, serta vaskularisasi, keganasan, dan hubungannya dengan struktur penting termasuk saluran napas orofaring, leher, dan berkas pembuluh darah, harus diperhatikan sambil memutuskan pendekatan bedah terbaik. Sebelumnya, prosedur standar untuk mengobati tumor kelenjar parotis jinak adalah dengan mengangkat tumor secara keseluruhan dengan membiarkan kapsul tetap berada di tempatnya, yang memiliki tingkat kekambuhan yang sangat tinggi. Sebuah meta-analisis baru-baru ini menunjukkan bahwa selama tumor berdiameter kurang dari 4 cm dan tidak memengaruhi nervus fasialis, diseksi ekstrakapsular dapat menjadi tatalaksana yang baik pada tumor parotis jinak unilateral lobus superfisial. Kasus-kasus di mana adenoma pleomorfik mempengaruhi lobus superfisial kelenjar parotis, parotidektomi superfisial dengan preservasi nervus fasialis dilakukan. Hal ini tidak hanya mengurangi durasi pembedahan, tetapi juga mengurangi risiko kerusakan nervus fasialis karena lebih sedikit cabang yang dibedah.⁶

Pasien dilakukan tindakan parotidektomi dengan diseksi ekstrakapsular atas indikasi adenoma pleomorfik parotis sinistra. Saat ini, pendekatan invasif minimal telah menghasilkan teknik diseksi ekstrakapsular. Tumor, pseudokapsul dan lapisan jaringan sehat di sekitarnya (3-4 mm) diangkat secara blok, termasuk pembedahan yang mungkin dilakukan pada cabang-cabang nervus fasialis perifer, tetapi tidak pada batang utama. Jika batang utama nervus fasialis perlu dibedah, prosedur ini, menurut definisi, bukan diseksi ekstrakapsuler.⁵ Diseksi ekstrakapsular melibatkan pembedahan tumor di luar kapsul tumor, dan mempertahankan nervus fasialis.³ Sayatan yang identik dan flap servikofasial superfisial dibuat. lalu dilakukan skeletonisasi pada batas anterior otot sternokleidomastoid. kemudian tumor diangkat, dengan mempertahankan kapsul

tumor, setelah identifikasi saraf aurikularis mayor. Identifikasi nervus fasialis tidak diperlukan selama teknik diseksi ekstrakapsuler.²

Tampak potongan jaringan mengandung nodul berbatas tegas dengan kapsul jaringan ikat terdiri atas 3 komponen yaitu sel epitel, mioepitel dan stroma pada hasil histopatologi mikroskopik. Tampak proliferasi sel epitel yang membentuk pola tubular dan trabekula dibagian dalam dengan sel mioepitel dilapisan luar dalam stroma kondromiksoid. Tampak fokus-fokus sel yang mengalami metaplasia skuamosa. Pada bagian luar kapsul tampak kelompokan kelenjar liur normal. Adenoma pleomorfik merupakan sel tunggal yang berdiferensiasi menjadi sel epitel atau mioepitel yang berbeda dengan sel epitel dan mioepitel karsinogenik yang berkembang biak secara bersamaan. Identifikasi adenoma pleomorfik dilakukan dengan mengidentifikasi tiga komponen: epitel, mioepitel, dan mesenkim. Secara histologis, adenoma pleomorfik muncul sebagai pola epitel yang bervariasi dalam stroma tipe miksoid, kondroid atau stroma tipe mukoid. Sel-sel mioepitel memiliki bentuk poligonal dengan sitoplasma eosinofilik pucat.⁷ Tumor terdiri dari tiga jenis sel yang berbeda: epitel, mioepitel, dan mesenkim. Secara konseptual, pengenalan adenoma pleomorfik didasarkan pada pengenalan ketiga elemen ini. Epitel dalam stroma fibrosa longgar dari jenis miksoid, kondroid, atau mukoid menunjukkan berbagai pola dalam presentasi histologis adenoma pleomorfik. Sel-sel mioepitel memiliki bentuk poligonal dan sitoplasma eosinofilik yang ringan. Identifikasi mikroskopis diperlukan untuk diagnosis pasti adenoma pleomorfik.⁶

Tindakan parotidektomi diklasifikasikan menjadi lima level menurut *European Salivary Gland Society* (EGSG), level I (lateral superior), level II (lateral inferior), level III (inferior dalam), level IV (superior dalam), dan level V (aksesori). Daerah superior berhubungan dengan cabang saraf temporofasial, sedangkan daerah inferior berhubungan dengan cabang saraf servikofasial. (gambar 8).^{20,21}



Gambar 8. Klasifikasi ESGS dalam lima level²⁰

KESIMPULAN

Adenoma pleomorfik merupakan tumor jinak pada kelenjar ludah dan paling sering terjadi di kelenjar parotis yang ditandai dengan gejala pembengkakan di regio parotis, tanpa gejala, dan tanpa menimbulkan nyeri. Pemeriksaan BAJAH dan CT scan leher dapat dilakukan untuk membantu mendiagnosis adenoma pleomorfik. Teknik pembedahan parotidektomi dengan ekstrakapsular diseksi merupakan pilihan operasi pada kasus tertentu tanpa identifikasi nervus fasialis.

DAFTAR PUSTAKA

1. Martin H, Jayasinghe J, Lowe T. Superficial parotidectomy versus extracapsular dissection: literature review and search for a gold standard technique. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2020;49(2):192–199.
2. Laskaris S, Chrysikos D, Koutrafouris I, Piagkou M, Protogerou V, Karampelias V, et al. Partial Superficial Parotidectomy Versus Extracapsular Anatomical Dissection for the Treatment of Benign Parotid Tumors. *Acta Med Acad.* 2022;51(2):85–91.
3. Allevi F, Borzi P, Valsecchi F, Cucurullo M, Bolognesi F, Rabbiosi D, et al. The extracapsular dissection technique in the management of benign tumours of the parotid gland: Our experience in 194 patients. *J Laryngol Otol.* 2024;138(5):565–569.
4. Bonavolontà P, Dell'Aversana Orabona G, Maglito F, Abbate V, Committeri U, Salzano G, et al. Postoperative complications after removal of pleomorphic adenoma from the parotid gland: A long-term follow up of 297 patients from 2002 to 2016 and a review of publications. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2019;57(10):998–1002.
5. Schapher M, Koch M, Goncalves M, Mantsopoulos K, Iro H. Extracapsular Dissection in Pleomorphic Adenomas of the Parotid Gland: Results After 13 Years of Follow-up. *Laryngoscope.* 2021;131(2):E445–E451.
6. Kalwaniya DS, Meena R, Kumar D, Tolat A, Arya S V. A Review of the Current Literature on Pleomorphic Adenoma. *Cureus.* 2023;15(7).
7. Matsumiya-Matsumoto Y, Morita Y, Uzawa N. Pleomorphic Adenoma of the Salivary Glands and Epithelial–Mesenchymal Transition. *J Clin Med.* 2022;11(14).
8. Almeslet AS. Pleomorphic adenoma: A systematic review. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2020;13(3):284–287.
9. Oh Y, Russel M, Eisele D. Salivary Gland Neoplasms. In: Bailey's Head and Neck Surgery- Otolaryngology. 2014. p. 1760–1775.
10. M. Lydiatt W, K. Mukherji S, O'Sullivan B, G. Patel S, P. Shah J. AJCC (American Joint Committee on Cancer). Cancer Staging Manual. In: AJCC Cancer Staging Manual. 2017. p. 95–101.
11. P Shah J, G Patel S, Singh B, J Wong R. Jatin Shah Head and Neck Surgery- 5th Edition. In: Jatin Shah Head and Neck Surgery and Oncology. 2020. p. 557–608.
12. Winter S, Fish B. Salivary Gland Anatomy. In: Scott-Brown's Otorhinolaryngology Head & Neck Surgery Volume 3. 2019. p. 677–682.
13. R. Walvelkar R, C. Loehn B, N. Wilson M. Anatomy and Physiology of the Salivary Glands. In: Bailey's Head and Neck Surgery- Otolaryngology. 2014. p. 691–701.
14. Vranceanu D, Dumitru M, Bratiloveanu M, Marinescu A, Serboiu C, Manole F, et al. Parotid Gland

- Tumors: Molecular Diagnostic Approaches. *Int J Mol Sci*. 2024;25(13).
15. Pereira R dos S, Ribeiro J da S, Guerra RC. Enucleação como alternativa de tratamento cirúrgico para o adenoma pleomórfico: relato de caso. *Arch Heal Investig*. 2020;10(1):55–58.
 16. Psychogios G, Bohr C, Constantinidis J, Canis M, Vander Poorten V, Plzak J, et al. Review of surgical techniques and guide for decision making in the treatment of benign parotid tumors. *Eur Arch Oto-Rhino-Laryngology*. 2021;278(1):15–29.
 17. Sadok N, Bastian T, Voss N, Stähr K, Arweiler-Harbeck D, Lang S, et al. Comparative Analysis of Fistula Development After Parotid Gland Surgery: Lateral Parotidectomy Versus Extracapsular Dissection Technique. *Clin Otolaryngol*. 2024;793–800.
 18. Homer J, Robson A. Benign Salivary Gland Tumours. In: Scott-Brown's Otorhinolaryngology Head & Neck Surgery Volume 3. 2019. p. 115–129.
 19. Mantsopoulos K, Iro AK, Sievert M, Müller SK, Agaimy A, Schapher M, et al. Is extracapsular dissection for pleomorphic adenoma rather a euphemism for enucleation that jeopardises the intactness of the capsule? *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2021;59(10):1204–1208.
 20. Wulandari SP, Rahman S, Setiawati Y. Parotidectomy Superfisial pada Adenoma Pleomorfik. 2022;45(3):467–477.
 21. Olejniczak I, Leduchowska A, Kozłowski Z, Pietruszewska W. Evaluation of benign tumors of large salivary glands according to the new classification of the European Salivary Gland Society. *Otolaryngol Pol*. 2021;75(4):1–5.