

TERATOMA KISTIK

DEFINISI TERATOMA KISTIK

Teratoma ovarium merupakan neoplasia sel germinal yang berasal dari sel germinal primordial dan tersusun dari tiga lapisan embrional, yaitu ektoderm, endoderm, dan mesoderm. Teratoma timbul dari suatu ovum setelah pembelahan meiosis dan berasal dari sel-sel totipotent.

Menurut klasifikasi WHO teratoma ovarium dibagi atas tiga kelompok: teratoma imatur, matur, dan monodermal. Di antara ketiga jenis teratoma ovarium ini, kista dermoid mempunyai insiden tertinggi (26%-44%) dari semua tumor ovarium; dan 85% penderita berusia antara 20-56 tahun. Jenis lain sangat jarang ditemukan. Aspek klinikopatologik teratoma tergolong unik karena secara patogenesis teratoma berkembang dari sel-sel germinal totipotensial. Bila sel-sel germinal berdiferensiasi sepanjang garis embrionik, maka tumor biasanya terdiri atas tiga komponen, yaitu ektoderm, endoderm, dan mesoderm, dengan morfologi yang berbeda-beda. Teratoma monodermal (struma ovarium dan tumor karsinoid) terdiri dari satu komponen jaringan saja. Secara klinis teratoma ovarium ditandai oleh adanya massa pada ovarium, disertai nyeri, distensi abdomen, atau emesis. Walaupun demikian, umumnya jarang teraba massa dan gejala klinis timbul lambat

Teratoma berasal dari bahasa Yunani terato yang berarti “suatu monster” dan onkoma yang menunjukkan “suatu pembengkakan atau massa”

ETIOLOGI TERATOMA KISTIK

Secara garis besar teratoma kistik belum diketahui penyebabnya, akan tetapi beberapa penelitian telah mengidentifikasi beberapa faktor risiko yang telah dikaitkan dengan teratoma kistik dewasa. Mereka termasuk yang berikut: terlambat dan ketidakteraturan menstruasi, penyalahgunaan alkohol, riwayat teratoma kistik di masa lalu, kehamilan lebih sedikit, infertilitas, olahraga selama masa remaja (terkait dengan siklus menstruasi anovulasi).

PERSEBARAN TERATOMA KISTIK

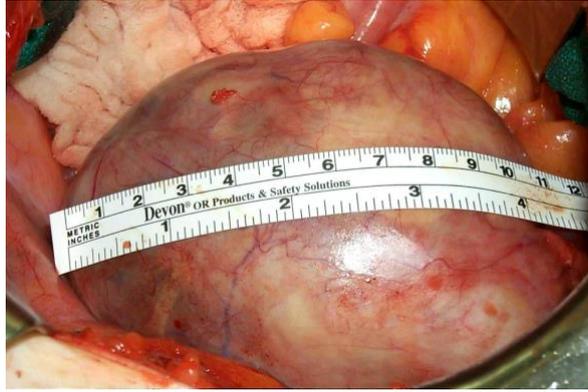
Teratoma kistik adalah tumor sel germinal ovarium yang paling umum yang terdiri dari 20% dari semua tumor ovarium pada orang dewasa dan setengah dari semua neoplasma ovarium pada anak-anak dan biasanya jinak. Sebaliknya, keganasan merupakan kejadian langka yang berjumlah sekitar 1%. Mereka paling dominan pada wanita dalam dekade kedua dan ketiga kehidupan mereka sebagai tumor jinak yang paling umum kurang dari 45 tahun. Menurut salah satu penelitian terbesar yang melibatkan 460.000 wanita, diamati bahwa tingkat kejadian tahunan CT adalah 1,2 hingga 14,2 kasus per 100.000.

Selama beberapa dekade, beberapa penelitian multisenter telah mengamati tingkat insiden teratoma kistik jinak yang berbeda seperti Marchetti mengamati terjadinya 20% dari semua tumor ovarium, sementara penelitian besar oleh Blackwell et al. melaporkan kejadian menjadi 5%. Karena kelangkaan tumor ini, literatur miring oleh laporan kasus yang terisolasi atau kelompok kasus multicenter kecil. Sehingga mengarah ke jangkauan yang lebih luas dari insiden.

TANDA SESEORANG DENGAN TERATOMA KISTIK

Teratoma kistik biasanya asimtomatik atau dapat memiliki gejala minimal. Berbagai penelitian telah melaporkan tingkat tumor asimtomatik menjadi 6-65% pada saat diagnosis. Mereka sering ditemukan sebagai temuan insidental pada studi radiografi, selama pemeriksaan fisik atau operasi panggul / perut untuk patologi lainnya. Gejala paling umum berikutnya yang dilaporkan pada saat presentasi adalah nyeri perut bagian bawah dengan tingkat yang dilaporkan 44 hingga 47%, diikuti oleh massa perut atau panggul yang teraba.

Teratoma kistik matur ovarium sering ditemukan sebagai temuan insidental pada pemeriksaan fisik, selama studi radiografi, atau selama operasi perut yang dilakukan untuk indikasi lain. Ketika gejala muncul, mereka mungkin termasuk sakit perut, massa atau pembengkakan, dan pendarahan rahim yang tidak normal. Gejala kandung kemih, gangguan gastrointestinal, dan nyeri punggung lebih jarang terjadi. Ketika sakit perut hadir, biasanya konstan dan berkisar dari intensitas ringan hingga sedang. Torsi dan ruptur akut biasanya berhubungan dengan nyeri hebat. Produksi hormonal diperkirakan menjadi penyebab kasus perdarahan uterus abnormal, tetapi pemeriksaan histologis belum memberikan bukti untuk mendukung teori ini.

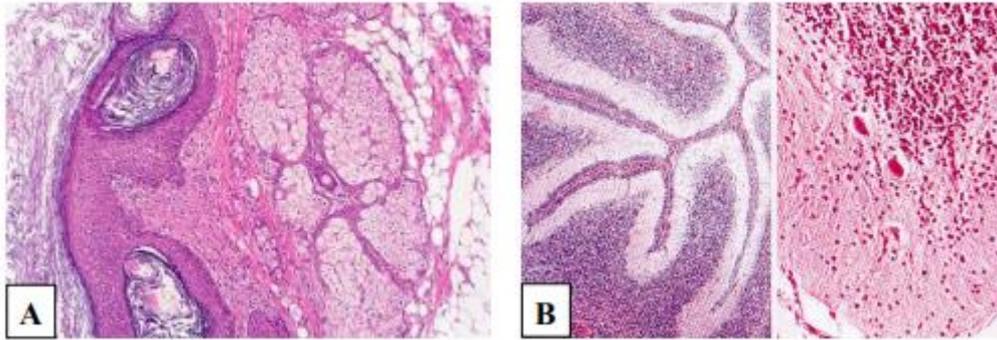


Gambar 1. Gambaran Klinis Teratoma Kistik

GAMBARAN SEL TERATOMA KISTIK DI BAWAH MIKROSKOP

Pemeriksaan mikroskopik kista dermoid menunjukkan adanya jaringan jenis dewasa, biasanya berasal dari semua lapisan germinal, dan kadang-kadang tersusun dalam suatu gambaran organoid. Fokusfokus jaringan imatur fetal dapat ditemukan pada jenis kista dermoid tipikal yang lain, namun tidak mempunyai makna prognostik merugikan. Pada studi mikroskopik klasik Blackwell et al menemukan tumor mengandung turunan ektodermal 100%, mesodermal 93%, dan endodermal 71%. Turunan ektodermal sangat menonjol pada hampir semua kasus, yang mencakup keratinisasi epidermis, kelenjar sebaceous dan keringat, folikelfolikel rambut, dan komponen neuroektodermal (jaringan saraf perifer dan glial, otak besar, otak kecil, dan pleksus koroid) (Gambar 2).

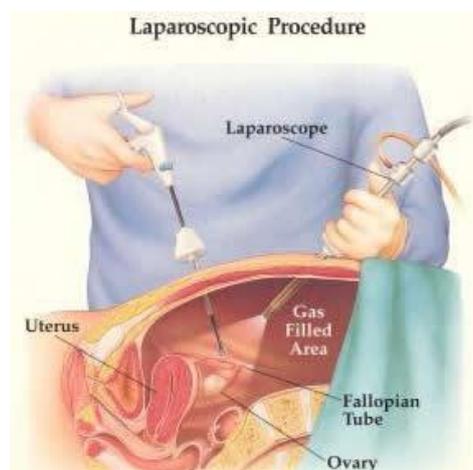
Turunan mesodermal meliputi otot polos, tulang, gigi, atau lemak. Turunan endodermal mencakup epitel saluran cerna dan pernapasan, jaringan tiroid dan kelenjar liur. Jaringan lain yang lebih jarang adalah retina, pankreas, timus, adrenal, hipofisis, ginjal, paru-paru, payudara, dan prostat. Komponen neuroektodermal mencakup proliferasi pembuluh darah seperti terlihat pada teratoma imatur. Kandungan atau isi kista yang terlepas dapat menimbulkan reaksi lipogranulomatosa pada dinding kista atau jaringan ovarium sekitarnya. Kista dermoid dapat juga bersama-sama dengan kistadenoma musinosum, tumor Brenner, dan fibrothecoma.



Gambar 2. Gambaran mikroskopik kista dermoid. A. Turunan ektodermal. B. Komponen jaringan otak.

TERAPI PADA PASIEN DENGAN TERATOMA KISTIK

Penatalaksanaan yang dapat diberikan secara definitif saat ini adalah terapi pembedahan. Pendekatan dengan menggunakan laparaskopi dianggap merupakan *golden treatment* dari pasien dengan teratoma kistik, namun tidak berlaku pada kista yang sudah sangat besar. Laparaskopi dinilai merupakan metode pilihan dalam penatalaksanaan karena risiko yang kecil untuk terjadi perdarahan saat dilakukan operasi, selain itu juga nyeri pasca operasi yang rendah, dan morbiditas yang rendah. Namun, laparaskopi diperlukan durasi waktu yang lama. Untuk wanita pasca dan perimenopause pendekatan secara ooforektomi yang merupakan prosedur operasi yang bertujuan untuk mengangkat ovarium, entah hanya satu atau keduanya dapat menjadi pilihan.



KOMPLIKASI DAN PROGNOSIS PADA PASIEN TERATOMA KISTIK

Teratoma kistik ovarium dapat dikaitkan dengan komplikasi yang luas. Diagnosis yang tepat waktu dan akurat secara signifikan mengurangi morbiditas dan mortalitas pasien. Komplikasi umum teratoma kistik tercantum di bawah ini;

1. Torsi: Salah satu komplikasi tumor ovarium adalah rotasinya di sekitar pedikel (ligamen pendukung), mengganggu aliran darahnya sendiri yang menyebabkan infark gangren atau hemoragik. Insiden torsi berkisar antara 3 hingga 21%, paling sering terjadi di kelompok berukuran 5 sampai 15 cm.[2][26] Teratoma berukuran sedang lebih rentan terhadap torsi dibandingkan dengan teratoma kecil atau besar. Putaran ringan di sepanjang pedikel juga dapat mempengaruhi drainase vena yang mengakibatkan kongesti dan akhirnya perdarahan di dalam kista itu sendiri.
2. Ruptur: Meskipun bukan kejadian yang sangat umum, risiko ruptur adalah 1 hingga 4% pada teratoma ovarium. Kebocoran isi cairan sebaceous seperti kista, sel epitel deskuamasi, tulang, atau gigi ke dalam rongga peritoneum dapat menyebabkan peritonitis akut atau kronis. Pecahnya kista ke dalam struktur yang berdekatan seperti usus.
3. Infeksi: Risiko infeksi pada teratoma kistik adalah sekitar 1 hingga 4%. Rute infeksi dapat hematogen, limfomatous, atau dengan perluasan langsung dari struktur yang berdekatan seperti usus. Infeksi juga dapat mempengaruhi kista untuk membentuk perlengketan atau bahkan pecah pada kasus yang parah.
4. Adhesi: Kadang-kadang, kista dapat menjadi tergantung pada suplai darah omentum atau struktur sekitarnya dengan membentuk sirkulasi kontralateral dan benar-benar terlepas dari pedikelnya, maka disebut "dermoid parasit." Peradangan kronis dapat menyebabkan perlengketan yang memburuk, meningkatkan risiko obstruksi usus.
5. Transformasi ganas: Transformasi ganas telah dilaporkan terjadi pada 1 sampai 3% dari semua kasus teratoma kistik antara 30 dan 70 tahun, dengan insiden yang lebih tinggi pada pasien antara 40 sampai 60 tahun. Dari mereka, karsinoma sel skuamosa adalah yang paling umum (50%). 50% lainnya melibatkan karsinoma sel transisional, melanoma maligna, koriokarsinoma, karsinoid, sarkoma, dan adenokarsinoma. Pasien dengan ukuran tumor >10mm terlihat memiliki risiko lebih tinggi mengalami transformasi maligna.[24][28] Keganasan kapsuler terbatas memiliki prognosis yang lebih baik.

Prognosis sangat tergantung pada luasnya penyakit dan komplikasinya. Kistik jinak teratoma umumnya memiliki prognosis yang sangat baik setelah manajemen bedah dengan beberapa risiko kekambuhan dalam 2 sampai 10 tahun. Sebaliknya teratoma kistik dengan transformasi ganas memiliki hasil yang bervariasi tergantung pada stadium, pola pertumbuhan, dan invasi vaskular tumor. Menurut satu studi oleh Peterson et al. 75%, tingkat kelangsungan hidup 5 tahun terlihat pada tumor stadium I yang tidak pecah.[1] Data yang dikumpulkan oleh Kashimura et al. menunjukkan tingkat kelangsungan hidup 5 tahun pada tahap I: 50%, tingkat kelangsungan hidup 5 tahun pada tahap II: 25%, tingkat kelangsungan hidup 5 tahun pada tahap III: 12%, dan tidak ada yang selamat pada tahap IV.

REFERENSI

- Fabelita Anggia, Wresningdyatsih, dan Novaliani Amirah. Hubungan Karakteristik Klinis dengan Gambaran Histopatologi Teratoma Ovarium di Bagian Patologi Anatomi RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang Tahun 2013-2015. *Majalah Kedokteran Sriwijaya*: Palembang. 2017. No.3
- Westhoff C, Pike M, Vessey M. Benign ovarian teratomas: a population-based case-control study. *Br J Cancer*. 1988 Jul;58(1):93-8
- Gadducci A, Guerrieri ME, Cosio S. Squamous cell carcinoma arising from mature cystic teratoma of the ovary: A challenging question for gynecologic oncologists. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2019 Jan;133:92-98.
- Saba L, Guerriero S, Sulcis R, Virgilio B, Melis G, Mallarini G. Mature and immature ovarian teratomas: CT, US and MR imaging characteristics. *Eur J Radiol*. 2009 Dec;72(3):454-63.
- Hosokawa T, Sato Y, Seki T, Maebara M, Ito K, Kuribayashi S. Malignant transformation of a mature cystic teratoma of the ovary with rupture. *Jpn J Radiol*. 2010 Jun. 28(5);372-5
- Rathore R, Sharma S, Arora D. Clinicopathological Evaluation of 223 Cases of Mature Cystic Teratoma, Ovary: 25-Year Experience in a Single Tertiary Care Centre in India. *J Clin Diagn Res*. 2017 Apr;11(4):EC11-EC14.