



KEMENTERIAN KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

PANDUAN PELAYANAN KLINIS

Kanker Serviks

Komite Nasional
Penanggulangan Kanker
(KPKN)

2015



KEMENTERIAN KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

PANDUAN PELAYANAN KLINIS KANKER SERVIKS

Disetujui oleh:

Himpunan Ginekologi Onkologi Medik Indonesia (HOGI)

Perhimpunan Hematologi Onkologi Medik

Penyakit Dalam Indonesia (PERHOMPEDIN)

Perhimpunan Dokter Spesialis Onkologi Radiasi Indonesia (PORI)

Ikatan Ahli Patologi Anatomi Indonesia (IAPI)

Perhimpunan Dokter Spesialis Radiologi Indonesia (PDSRI)

DAFTAR ISI

Daftar isi.....	ii
Penyangkalan/ <i>Disclaimer</i>	iii
Klasifikasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan Berdasarkan Tingkat Pelayanan	iv
Pendahuluan.....	1
Faktor Risiko	1
Skrining dan Prevensi	1
Manifestasi Klinis	2
Diagnostik.....	2
Klasifikasi Stadium.....	3
Klasifikasi Histologik	4
Tata Laksana.....	4
Prinsip Kemoterapi	11
Prinsip Radioterapi	12
Algoritma.....	13
Diagram Alur Untuk Pencegahan Kanker Leher Rahim.....	14
Referensi.....	15

DISCLAIMER

Panduan Praktik Klinis (PPK) ini merupakan panduan praktis yang dibuat berdasarkan data dan konsensus para kontributor terhadap tata laksana saat ini yang dapat diterima. PPK ini secara spesifik dapat digunakan sebagai panduan pada pasien dengan keadaan pada umumnya, dengan asumsi penyakit tunggal (tanpa disertai adanya penyakit lainnya / penyulit) dan sebaiknya mempertimbangkan adanya variasi respon individual. Oleh karena itu PPK ini bukan merupakan standar pelayanan medis yang baku. Para klinisi diharapkan tetap harus mengutamakan kondisi dan pilihan pasien dan keluarga dalam mengaplikasikan PPK ini.

Penyusun tidak bertanggung jawab terhadap hasil apapun akibat penggunaan PPK ini. Apabila terdapat keraguan, para klinisi diharapkan tetap menggunakan penilaian klinis independen dalam kondisi keadaan klinis individual yang bervariasi dan bila diperlukan dapat melakukan konsultasi sebelum melakukan suatu tindakan perawatan terhadap pasien.

PPK ini dibuat oleh Komisi Penanggulangan Kanker Nasional (KPKN). Segala bentuk tindakan dalam rangka memperbanyak dan atau mempublikasikan kembali PPK ini dalam bentuk lain tidak diperkenankan tanpa izin tertulis dari KPKN.

KLASIFIKASI FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN BERDASAR TINGKAT PELAYANAN



Keterangan: Pada PPK ini setiap pelayanan/tindakan diberikan **kode dalam kurung kurawal { }**, yang menunjukkan bahwa tindakan tersebut dapat dilakukan sesuai dengan tingkat pelayanan **primer {I}**, **sekunder {II}**, atau **tersier {III}**.

Tingkat Pelayanan Primer {I}

Yang dimaksud dengan fasilitas pelayanan kesehatan dalam tingkatan pelayanan dasar (Primer) adalah:

- Dokter Praktik Mandiri,
- KlinikPratama (DokterUmum) dan
- Puskesmas.

Tingkat PelayananSekunder {II}

Yang dimaksud dengan fasilitas pelayanan kesehatan dalam tingkatan pelayanan sekunder adalah:

- Klinik Utama (Spesialistik),
- RS Tipe B, C, dan D.

Tingkat PelayananTersier {III}

Yang dimaksud dengan fasilitas pelayanan kesehatan dalam tingkatan pelayanan tersieradalah: RS Tipe A.

Segala tindak tatalaksana diagnosis dan terapi pada Panduan Praktik Klinis ini ditujukan untuk panduan penanganan di Tingkat PelayananTersier {III}. Namun demikian, tidak menutup kemungkinan bahwa hal tersebut dapat dilakukan di Tingkat Pelayanan Sekunder {II} bila kompetensi SDM dan fasilitas yang tersedia memenuhi persyaratan.

Tindakan promotif dan preventif dapat dilakukan mulai dari Tingkat Pelayanan Primer {1}.

PENDAHULUAN

Kanker serviks adalah neoplasma ganas primer yang berada di daerah serviks uteri.

Anatomi

Serviks merupakan bagian 1/3 bawah dari uterus, berbentuk silindris, menonjol ke arah vagina depan atas dan berhubungan dengan vagina melalui ostium uteri eksternal. Kanker dapat timbul dari permukaan vaginal (porsio) atau kanalis servikalis. Aliran limfe dari serviks pre dan post ureteral dan ligamentum sakrouterina ke arah kelenjar stasion pertama yaitu parametrium, iliaka interna, iliaka eksterna, presdakral dan iliaka komunis. Kelenjar paraaorta merupakan stasion kedua.

Epidemiologi

Kanker serviks menduduki urutan tertinggi di negara berkembang, dan urutan ke 10 di negara maju atau urutan ke-5 secara global. Di Indonesia ia menduduki urutan kedua dari 10 kanker terbanyak berdasar data dari Patologi Anatomi tahun 2010 dengan insidens sebesar 20%. Menurut perkiraan Departemen Kesehatan RI saat ini, jumlah wanita penderita baru kanker serviks berkisar 90-100 kasus per 100.000 penduduk dan setiap tahun terjadi 40 ribu kasus kanker serviks.

FAKTOR RISIKO

Adapun faktor risiko kanker serviks umumnya terkait dengan aktivitas seksual. Faktor risiko terutama adalah: hubungan seksual dini, multipel mitra seksual, sosial ekonomi rendah, merokok, pemakaian pil KB, penyakit ditularkan secara seksual, dan gangguan imunitas. Penyebab utama adalah virus HPV. Proses dimulai dengan lesi prakanker dan setelah bertahun-tahun baru menjadi invasif.

Angka kematian berkaitan dengan stadium penyakit. Pengobatan tergantung dari stadium penyakit yaitu operasi, radiasi, atau kemoterapi baik sendiri sendiri atau gabungan.

SKRINING DAN PREVENSI

Pemeriksaan Dini Lesi Pra Kanker

Lesi pra kanker adalah kondisi serviks yang berpotensi menjadi kanker. Kondisi serviks berupa displasia ringan sel-sel epitelial mukosa serviks yang kemudian berkembang menjadi displasia sedang-berat, karsinoma in-situ dan akhirnya kanker invasif. Penyebab utama lesi pra kanker serviks adalah infeksi virus HPV (*human papilloma virus*) group onkogenik resiko tinggi; terutama HPV16 dan 18 serta papilogeni.

Deteksi lesi pra kanker terdiri atas metode pemeriksaan sitologi Pap tes (konvensional {I} dan *liquid-base cytology* /LBC){II}, inspeksi visual asam asetat (IVA) {I}, inspeksi visual lugoliodin (VILI), dan test DNA HPV {III}. Metode IVA dan VILI adalah metode yang sederhana, murah, non-invasif, akurasi memadai dan diterima, serta tidak memerlukan fasilitas laboratorium. Metode ini dapat dijadikan pilihan di pelayanan primer dan secara massal. Sedangkan untuk masyarakat kota dan daerah-daerah dengan akses pelayanan kesehatan (sekunder dan tersier), metode skrining dengan pemeriksaan sitologi akan lebih tepat.

MANIFESTASI KLINIS

Pada lesi prakanker 92% tidak mempunyai gejala kalau ada hanya berupa rasa kering di vagina.

Bila telah menjadi kanker serviks, umumnya gejala yang timbul berupa perdarahan pervaginam (kontak atau diluar masa haid), dan cairan keluar dari liang vagina. Kalau sudah lanjut, gejala dapat berupa keluar cairan yang berbau tidak sedap, nyeri panggul, lumbosakral, gluteus, gangguan berkemih (*urinary frequency*), nyeri di kandung kemih dan rektum. Kalau sudah bermetastasis maka akan timbul gejala sesuai dengan organ yang terkena. Penyakit residif menunjukkan gejala seperti edema tungkai unilateral, nyeri siatika, dan gejala obstruksi ureter.

Pemeriksaan fisik dengan spekulum vagina pada lesi prakanker tidak ditemukan kelainan nyata atau hanya lesi berwarna putih dengan asam asetat.

Lesi invasif yang masih terlokalisasi terlihat di serviks atau telah meluas ke fornix berwarna kemerahan, granular, atau eksofitik mudah berdarah tanpa atau dengan gambaran nekrotik disertai darah atau cairan yang berbau. Pemeriksaan dalam melalui vagina dapat meraba perluasan ke fornix, sedang pemeriksaan rektal dapat mengetahui besarnya uterus, perluasan ke parametrium, rektum. Kalau penyakit sudah meluas ke luar panggul maka dapat ditemukan gangguan sentral, pembesaran kelenjar getah bening, pembesaran hati, masa di abdomen, pelvis, hidronefrosis atau efusi pleura atau tanda penyebaran ke tulang, dll.

DIAGNOSTIK

Diagnosis ditegakkan atas dasar anamnesis, pemeriksaan klinik {I}. Pemeriksaan klinik ini meliputi palpasi, inspeksi, kolposkopi {II}, kuret endoserviks {II}, sistoskopi {II}, proktoskopi {III}, IVP {II}, foto toraks {II} dan tulang {II}. Kecurigaan metastasis ke kandung kemih atau rektum harus dikonfirmasi dengan biopsi dan histologik. Konisasi {II} dan amputasi serviks {II} dianggap sebagai

pemeriksaan klinik. Khusus pemeriksaan sistoskopi dan rektoskopi dilakukan hanya pada kasus dengan stadium IB2 atau lebih.

Stadium kanker serviks didasarkan atas pemeriksaan klinik oleh karena itu pemeriksaan harus cermat kalau perlu dilakukan dalam narkose. Stadium klinik ini tidak berubah bila kemudian ada penemuan baru. Kalau ada keraguan dalam penentuan maka dipilih stadium yang lebih rendah.

KLASIFIKASI STADIUM

0 Karsinoma in situ (karsinoma preinvasif)

Karsinoma serviks terbatas di uterus (ekstensi ke korpus uterus dapat diabaikan)

IA Karsinoma invasif didiagnosis hanya dengan mikroskop. Semua lesi yang terlihat secara makroskopik, meskipun invasi hanya superfisial, dimasukkan

IA1 Invasi stroma tidak lebih dari 3,0 mm kedalamannya dan 7,0 mm dan tidak lebih dari 5,0 mm atau kurang ukuran secara horizontal

IA2 Invasi stroma lebih dari 3,0 mm dan tidak lebih dari 5,0 mm dengan penyebaran 7,0 mm atau kurang

IB Lesi terlihat secara klinik dan terbatas di serviks atau secara

mikroskopik lesi lebih besar dari IA2

IB 1 Lesi terlihat secara klinik berukuran dengan diameter terbesar 4,0 cm atau kurang

IB2 Lesi terlihat secara klinik berukuran dengan diameter terbesar lebih dari 4,0 cm

II Invasi tumor keluar dari uterus tetapi tidak sampai kedinding panggul atau mencapai 1/3 bawah vagina

IIA Tanpa invasi ke parametrium

IIB Invasi ke parametrium

III Tumor meluas ke dinding panggul/ atau mencapai 1/3 bawah vagina dan/atau menimbulkan hidronefrosis atau afungsi ginjal

IIIA Tumor mengenai 1/3 bawah vagina tetapi tidak mencaipadinding panggul

IIIB Tumor meluas sampai ke dinding panggul dan/atau menimbulkan hidronefrosis atau fungsi ginjal

IVA Tumor menginvasi mukosa kandung kemih atau rektum dan/atau meluas keluar panggul kecil (true pelvis)

IVB Metastasis jauh

Penyebaran ke korpus uterus tidak mempengaruhi stadium. Penumbuhan ke dinding panggul pendek dan induratif, kalau tidak

nodular dimasukkan sebagai stadium IIB, bukan stadium IIIB. Induratif sulit dibedakan apakah proses kanker ataukah peradangan. Penemuan postoperasi dicatat tetapi tidak merubah stadium yangditetapkan praoperasi.

KLASIFIKASI HISTOLOGIK

1.Tipe histologik

- Neoplasia intraepitelial serviks, Derajat III
- Karsinoma sel skuamosa in situ
- Karsinoma sel skuamosa
- Keratin
- Nonkeratin
- Verrukosa
- Adenokarsinoma in situ
- Adenokarsinoma in situ, tipe endoserviks
- Adenokarsinoma endometroid
- Adenokarsinoma sel jernih
- Karsinoma adenoskuamosa
- Karsinoma adenoid kistik
- Karsinoma sel kecil
- Karsinoma undiferensiasi

2.Derajat Histologik

- Gx- Derajat tidak dapat ditentukan
- G1- Diferensiasi baik
- G2- Diferensiasi sedang
- G3- Diferensiasi buruk atau undiferensiasi

Pemeriksaan lain sebagai opsional seperti CT scan {II}, MRI {II},limfoangiografi {III}, arteriografi {III}, venografi {III} laparoscopi {III}, *fine needle aspiration* (FNA) {II} bermanfaat untuk rencana pengobatan tetapi tidak merubah stadium klinik. Persiapan pengobatan perlu pemeriksaan darah tepi lengkap {I}, kimia darah {II}. Pemeriksaan faktor pembekuan darah {II}diperlukan bila rencana pengobatan denganoperasi. Petanda tumor SCC (untuk skuamosa) atau CEA atau Ca-125 (untuk adenokarsinoma) merupakan pemeriksaan opsional {III}.

TATALAKSANA

Terapi lesi pra Kanker:

1. LSIL: - Observasi ulang test 3 bln:
 - Jika negatif →skrining 12 bln
 - Jika positif→LSIL/HSIL→ Kolposkopi
 - Test DNA HPV:
 - Jika negatif →skrining rutin
 - Jika positif→kolposkopi

-Kolposkopi

2. HSIL: -Kolposkopi memuaskan:

A. Jika negatif →observasi

B. NIS I :

Test DNA HPV negatif /tidak

dilakukan→observasi

Test DNA HPV positif→terapi ablasi

C. NIS II : Terapi ablasi

D. NIS III : bedah eksisi

-Kolposkopi tidak memuaskan → konisasi

4

Terdapat beberapa metode pengobatan lesi prakanker serviks:

1. Terapi NIS dengan Destruksi Lokal

Yang termasuk pada metode terapi ini adalah krioterapi {I}, elektrokauter {II}, elektrokoagulasi, dan CO2 laser. Penggunaan setiap metode ini bertujuan untuk memusnahkan daerah-daerah terpilih yang mengandung epitel abnormal, yang kelak akan digantikan dengan epitel skuamosa yang baru.

a. Krioterapi

Krioterapi ialah suatu usaha penyembuhan penyakit dengan cara mendinginkan bagian yang sakit sampai dengan suhu di bawah nol derajat Celcius. Pada suhu sekurang-kurangnya 25

derajat Celcius sel-sel jaringan termasuk NIS akan mengalami nekrosis. Sebagai akibat dari pembekuan tersebut, terjadi perubahan-perubahan tingkat seluler dan vaskuler, yaitu (1) sel-sel mengalami dehidrasi dan mengerut; (2) konsentrasi elektrolit dalam sel terganggu; (3) syok termal dan denaturasi kompleks lipid protein; (4) status umum sistem mikrovaskular. Pada awalnya digunakan cairan Nitrogen atau gas CO₂, tetapi pada saat ini hampir semua alat menggunakan N₂O.

b. Elektrokauter

Metode elektrokauter dapat dilakukan pada pasien rawat jalan. Penggunaan elektrokauter memungkinkan untuk pemusnahan jaringan dengan kedalaman 2 atau 3 mm. Lesi NIS I yang kecil di lokasi yang keseluruhannya terlihat pada umumnya dapat disembuhkan dengan efektif.

c. Diatermi Elektrokoagulasi Radikal

Diatermi elektrokoagulasi dapat memusnahkan jaringan lebih luas dan efektif jika dibandingkan dengan elektrokauter, tetapi harus dilakukan dengan anestesi umum. Tindakan ini memungkinkan untuk memusnahkan jaringan serviks sampai kedalaman 1 cm, tetapi fisiologi serviks dapat dipengaruhi, terutama jika lesi tersebut sangat luas. Dianjurkan penggunaannya hanya terbatas pada kasus NIS 1/2 dengan batas lesi yang dapat ditentukan.

d. CO2 Laser

Penggunaan sinar laser (*light amplication by stimulation emission of radiation*), suatu muatan listrik dilepaskan dalam suatu tabung yang berisi campuran gas helium, gas nitrogen, dan gas CO2 sehingga akan menimbulkan sinar laser yang mempunyai panjang gelombang 10,6u. Perubahan patologis yang terdapat pada serviks dapat dibedakan dalam dua bagian, yaitu penguapan dan nekrosis. Lapisan paling luar dari mukosa serviks menguap karena cairan intraselular mendidih, sedangkan jaringan yang mengalami nekrotik terletak di bawahnya. Volume jaringan yang menguap atau sebanding dengan kekuatan dan lama penyinaran.

2. Terapi NIS dengan Eksisi LEEP (*Loop Electrosurgical Excision Procedures*)

Ada beberapa istilah dipergunakan untuk LEEP ini. Cartier dengan menggunakan kawat loop kecil untuk biopsi pada saat kolposkopi yang menyebutnya dengan istilah diatermi loop. Prendeville et al. menyebutnya LLETZ (*Large Loop Excisional Tranformation Zone*).

Tatalaksana Kanker Serviks Sesuai Stadium

Stadium 0/CIS

Konisasi {II} (*Cold and hot knife*).

Bila margin free, konisasi sudah adekuat pada yang masih memerlukan fertilitas.

Bila tidak *free margin* re-konisasi.

Bila fertilitas tidak diperlukan histerektomi total

Bila hasil konisasi ternyata invasif, terapi sesuai tatalaksana kanker invasif.

Stadium IA1 (LVSI negatif)

Konisasi {II} (*Cold Knife*) bila free margin (terapi adekuat) apabila fertilitas dipertahankan. (**Tingkat evidens B**)

Bila tidak *free margin* dilakukan rekonisasi atau simple histerektomi. Histerektomi Total apabila fertilitas tidak dipertahankan

Stadium IA1 (LVSI positif)

Operatif.

Trakelektomi radikal dan limfadenektomi pelvik {II} apabila fertilitas dipertahankan.

Bila operasi tidak dapat dilakukan karena kontraindikasi medik dapat dilakukan **radioterapi {III}**

Stadium IA2,IB1,II A1

Pilihan :

1. Operatif.

**Histerektomi radikal dengan limfadenektomi pelvik {III}.
(Tingkat evidens 1 / Rekomendasi A)**

Radioterapi {III}(RT)/ Kemoradiasi {III} ajuvan kalau terdapat faktor risiko yaitu metastasis KGB, metastasis parametrium,batas sayatan tidak bebas tumor,*deep stromal invasion*, LVSI dan faktor risiko lainnya.

Apabila hanya metastasis KGB saja, radiasi ajuvan hanya EBRT.

Bila tepisayatan tidakbebastumor/*closed margin*, Pasca radiasi eksterna dilanjutkan dengan brakiterapi ovoid 2 x 10 Gy.

2. Non operatif

Radiasi (EBRT dan brakiterapi){III}

Kemoradiasi (Radiasi : EBRT plus kemoterapi konkuren dan brakiterapi)

Stadium IB2 dan IIA2

Pilihan :

1. Neoajuvan kemoterapi {II}

(tiga seri) dilanjutkan radikal histerektomi dan pelvik limfadenektomi.

IB2 dan IIA2 yang direncanakan operasi tanpa kontraindikasi dilakukan kemoterapi neoajuvan terlebih dahulu dan dilakukan nilai ulang paska kemoterapi neoajuvan untuk operabilitasnya

2. Operatif

Histerektomi radikal dan pelvik limfadenektomi{III}

Pemberian radioterapi (RT)/ Kemoradiasi ® ajuvan kalau terdapat faktor risiko yaitu metastasis KGB, metastasis parametrium,batas sayatan tidak bebas tumor,*deep stromal invasion*, LVSI dan faktor risiko lainnya.

Pasien yang menolak operasi radiasi/kemoradiasi ® definitif Radiasi, atau kemoradiasi ® dengan cisplatin mingguan atau kemoradiasi ® cisplatin-ifosfamide 3 mingguan.

Stadium IIB

Pilihan :

1. Neoajuvan kemoterapi {II}

(tiga seri) dilanjutkan radikal histerektomi dan pelviklimfadenektomi.

2. Radiasi atau Kemoradiasi {III}

Stadium III A → III B

Kemoradiasi {III}

Kemoterapi + radiasi

Catatan: Bila terdapat obstruksi ureter dilakukan pemasangan DJ stent/nefrostomi dan hemodialisa.

Stadium IV A

Radiasi dan atau kemoradiasi (II^x) mingguan/ 3 mingguan

Radiasi 4000 cGY.

Respon (+) : Radiasi Eksterna dilanjutkan sampai 50 Gy ditambah

BT 2x 850 cGy/ 3x700 cGy.

Respon (-) : Terapi dihentikan

Catatan :

Bila terdapat obstruksi ureter dilakukan pemasangan DJ stent/Nefrostomi dan hemodialisa

Stadium IV B

Terapi Paliatif (Radiasi {III}) pelvik / kemoterapi dapat dipertimbangkan) :

1. Tumor Primer dilakukan evaluasi keluhan dan gejala
2. Metastasis jauh
 - Terapi nyeri (analgetik *step ladder*, *neural block*)
 - Nutrisi
 - Spiritual

Pendidikan Keluarga.

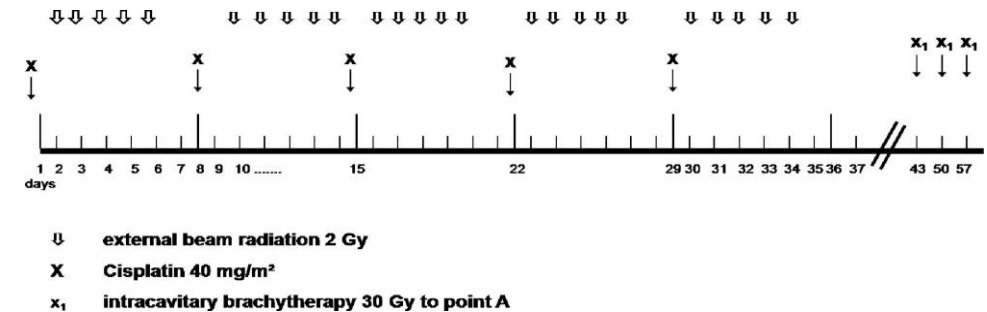
Catatan :

Bila terdapat obstruksi ureter dilakukan pemasangan DJ stent/Nefrostomi dan hemodialisa.

Bila terdapat efusi pleura dilakukan punksi atau pemasangan WSD Bila terdapat ascites dilakukan punksi ascites.

Pasien dengan stadium <4, dan usia muda (< 40 tahun) sebaiknya dilakukan transposisi ovarium.

Jadwal radiasi/ kemoradiasi {III}



Radiasi

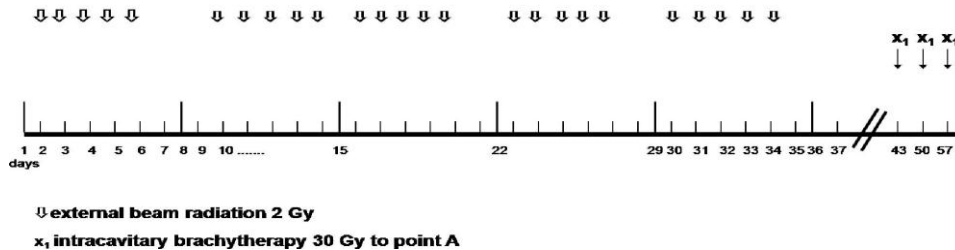
RE: 46-50 Gy.

BT: 2x850 cGy atau 3x700 cGy.

Brakiterapi diberikan setelah RE 25 Gy, sebanyak 3 kali dengan jarak 1 minggu diantaranya; RE diteruskan hingga 50 Gy.

Jika brakiterapi tidak dapat dilakukan, radiasi eksterna dilanjutkan dengan small field atau 3D Conformal RT.

Radiasi



Pengobatan kemoterapi dengan platinum based mingguan akan diberikan intravena selama satu kali seminggu dengan dosis 40 mg/m² yang diberikan 6-8 jam sebelum radiasi dan diberikan pada hari pertama, atau kedua, atau ketiga minggu I, II, III, IV dan V, minimal 3 kali pemberian.

Kemoradiasi 3 mingguan

Cisplatin-Ifosfamide, 5Fu-Cisplatin, Cisplatin Vincristin Bleomycin (PVB), Taxan-Carboplatin.

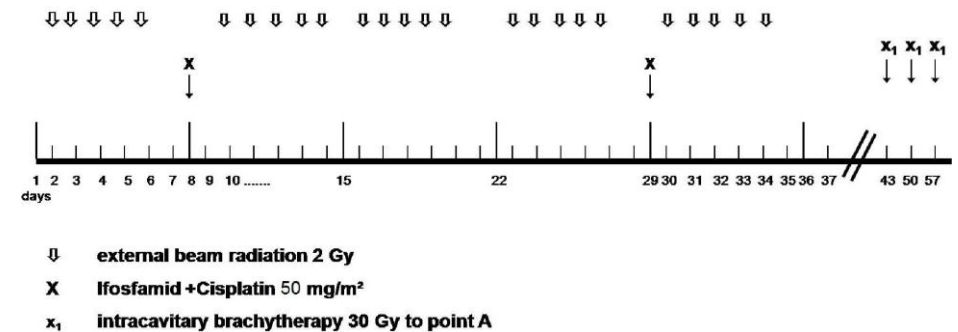
Untuk residif : Cisplatin-Ifosfamide -Taxan (TIP)

Contoh : Cisplatin-Ifosfamide.

Pengobatan kemoterapi dengan cisplatin yang diberikan intravena selamasetiap 3 minggu dengan dosis 50 mg/m² dan diberikan juga ifosfamide dengan dosis 2 gr/m² dan dibarengi

dengan pemberian uromitexan, dengan dosis 170% dari dosis ifosfamide. Pemberian uromitexan diberikan 50% pra ifosfamide, 100% saat pemberian ifosfamide, dan 20% sesudah pemberian ifosfamide.

Contoh jadwal kemoterapi 3 mingguan



Syarat

1. Kanker serviks secara histopatologis dan telah dilakukan staging menurut FIGO stadium IB₂→IIIB
2. Status penampilan (performance status) berdasarkan
3. Kriteria Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) dengan skor ≤ 2

Grade	Tingkat aktivitas
0	Aktivitas penuh, dapat melakukan aktivitas tanpa pertolongan
1	Aktivitas terbatas, dapat melakukan pekerjaan sehari-hari
2	Dapat mengurus diri sendiri, tetapi tidak menyelesaikan pekerjaan, 50% di tempat tidur
3	Dapat mengurus diri sendiri secara terbatas, lebih 50% berada di tempat tidur
4	Tidak berdaya secara penuh, tidak dapat mengurus diri sendiri, total di tempat tidur

Laboratorium darah tepi (Hb \geq 10g%, leukosit \geq 3.000/m³, trombosit \geq 100.000/mm³), fungsi hati (SGOT $<$ 27 U/L, SGPT $<$ 36 U/L) dan ginjal (Ureum $<$ 50 mg/d L, Kreatinin 0,60 \rightarrow 1.20 mg/d L, CCT $>$ 68mL/menit) CCTergantung regimen dan dapat dilakukan penyesuaian dosis pada gangguan hepar dan ginjal.

Perawatan

1. Perawatan perioperatif
2. Perawatan untuk perbaikan keadaan umum, baik pra radiasi atau dalam radiasi.
3. Perawatan dilakukan untuk pemberian kemoterapi/kemoradiasi

PRINSIP KEMOTERAPI

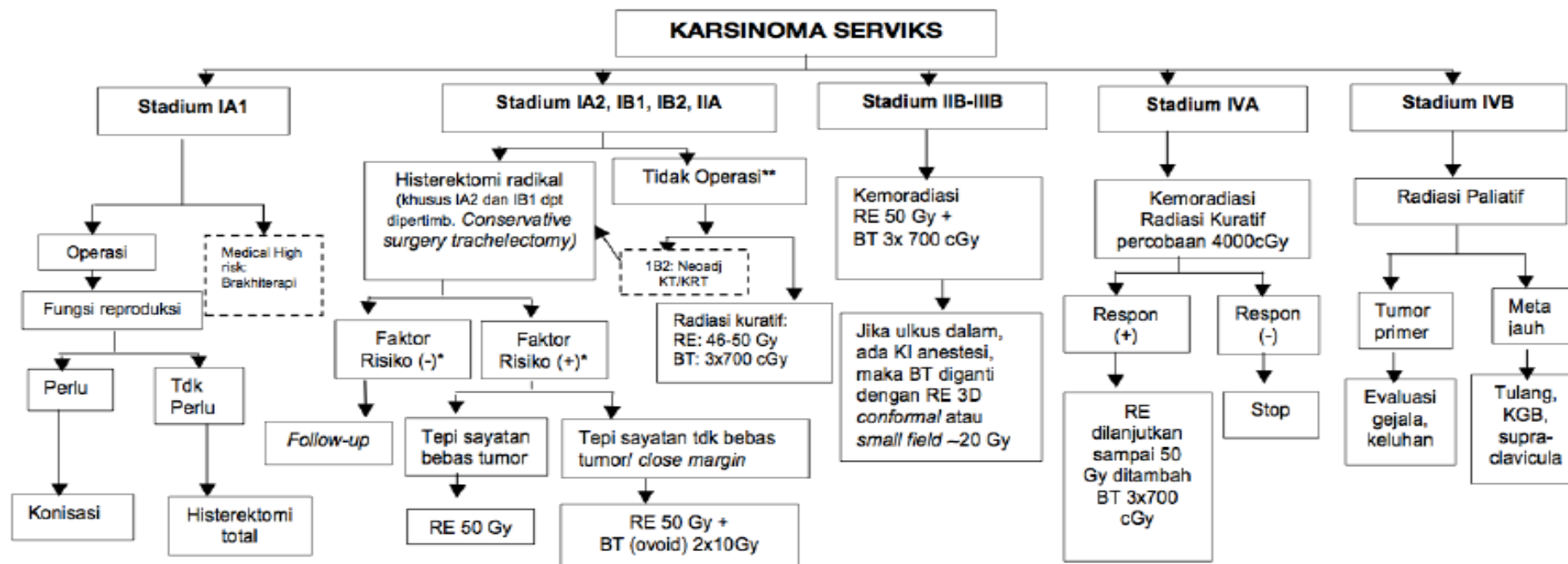
- Kemoradiasi pada karsinoma serviks : Pengobatan kemoterapi dengan *platinum based* mingguan akan diberikan intravena selama satu kali seminggu dengan dosis 40 mg/m² yang diberikan 6-8 jam sebelum radiasi dan diberikan pada hari pertama, atau kedua, atau ketiga minggu I, II, III, IV dan V, minimal 3 kali pemberian.
- Kemoradiasi 3 mingguan:
 - Cisplatin-Ifosfamide
 - 5Fu-Cisplatin
 - Cisplatin Vincristin Bleomycin (PVB)
 - Taxan-Carboplatin
- Pengobatan kemoterapi dengan cisplatin yang diberikan intravena selama setiap 3 minggu dengan dosis 50 mg/m² dan diberikan juga ifosfamide dengan dosis 2 gr/m² dan dibarengi dengan pemberian uromitexan, dengan dosis 170% dari dosis ifosfamide. Pemberian uromitexan diberikan 50% pra ifosfamide, 100% saat pemberian ifosfamide, dan 20% sesudah pemberian ifosfamide.
- Untuk residif :
 - Cisplatin-Ifosfamide -Taxan (TIP)
Contoh : Cisplatin-Ifosfamide.1

PRINSIP RADIOTERAPI

- Pada pasien non-operatif yang masih memiliki serviks intak, radiasi diberikan pada daerah tumor primer dan kelenjar getah bening regional yang memiliki risiko tinggi terhadap penyebaran tumor (whole pelvic radiotherapy/WPRT) dengan dosis 45-50 Gy, terbagi dalam fraksi sebesar 1.8 - 2 Gy per kali nya. Radiasi dilakukan 5 hari dalam seminggu. Daerah tumor primer kemudian ditambahkan booster dengan brakhiterapi, dengan besaran dosis tambahan 30-40 Gy pada Titik A, atau 3 x 7 Gy, atau 2 x 8.5 Gy. Bila brakhiterapi tidak dimungkinkan, maka radiasi dapat ditambahkan dengan teknik 3D conformal, atau Intensity Modulated Radiotherapy (IMRT) untuk mencapai total dosis 70-85 Gy.
- Pemberian brakhiterapi dapat dimulai pasca radiasi eksternal 30 Gy, 40 Gy, atau 50 Gy, secepatnya setelah hasil evaluasi status lokalis memungkinkan untuk dilakukan pemasangan aplikator brakhiterapi.
- Pada pasien yang telah dilakukan histerektomi, ditemukannya satu atau lebih faktor risiko buruk mengindikasinya perlu tambahan radiasi adjuvan. Pasien dapat diberikan radiasi pada tumor punctum vagina dan kelenjar getah bening regional sekitar dengan dosis 45-50 Gy. Bila terdapat batas sayatan yang tidak bebas tumor, maka diberikan tambahan dengan brakhiterapi ovoid dengan dosis 2 x 10 Gy, atau 3 x 7 Gy



Karsinoma Serviks



***Faktor Risiko:**

- Differensiasi buruk
- Ca Adenoskuamosa
- Adenokarsinoma
- KGB (+)/menembus kapsul
- Invasi vascular (+)/ Limfe (+)

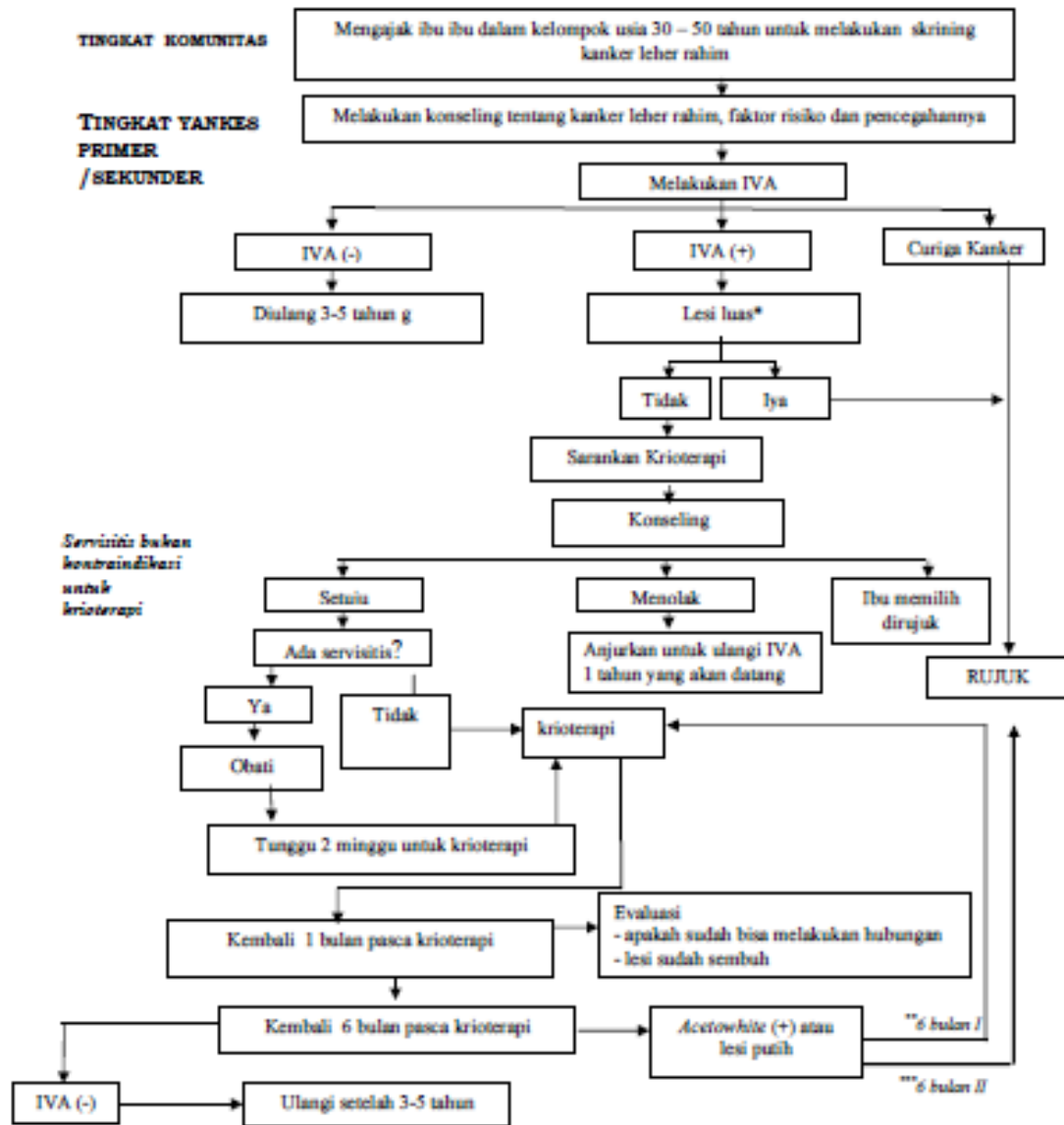
****Stad I-IIA tidak operasi apabila:**

- Stad IB2, IIA, tumor > 4 cm
- Indeks obesitas >70%
- Umur >65 tahun
- Pasien menolak operasi
- Kontraindikasi anestesi

Catatan :

- Pemberian BT dimulai pasca RE dosis 30 Gy atau 40 Gy atau 50 Gy secepatnya setelah hasil evaluasi status lokalis memungkinkan untuk dapat dilakukan pemasangan aplikator.
- Pemberian BT dilakukan dalam interval 1 minggu

Diagram Alur untuk Pencegahan Kanker Leher rahim



Ket :
 * lesi > 75% meluas ke dinding vagina atau lebih dari 2 mm dari diameter krioprobe atau ke dalam saluran diluar jangkauan krioprobe.
 **6 bulan I : 6 bulan pasca krio pertama
 ***6 bulan II : 6 bulan pasca krio kedua

REFERENSI

1. Crowder S, Lee Christine, Santoso T. Cancer servix. In: JTSantoso and RL Coleman, Handbook of Gyn Oncology, Mc Graw-Hill, New York, 2000, Pp 25-32
2. Benedet JL, Ngan HYS, Hacker NF. Staging classifications and clinical practice guidelines of gynaecologic cancer. FIGO and IGCS, 2nd edit, November 2003.
3. Clinical Practice Guidelines in Oncology V2.2003. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Guidelines: Cervical Cancer
4. Paskett ED, Wewers ME, Ruffin MT. Educational strategies for the prevention of cervical cancer. In: TE Rohan, KV Shah (eds), Cervical cancer: From etiology to prevention. Kluwer Academic Publishers, 2004, pp.237-51.
5. Pedoman Pelayanan Medik Kanker Ginekologi, Kanker Serviks, ed-2,2011, hal 19-- 28.
6. European Society Gynecology Oncology (ESGO), Algorithms for management of cervical cancer, 2011.
7. Bloss JD, Blessing JA, Behrens BC, Mannel RS, Rader JS, Sood AK, Markman M, Benda J. Randomized Trial of Cisplatin and Ifosfamide With or Without Bleomycin in Squamous Carcinoma of the Cervix: A Gynecologic Oncology Group Study. *J Clin Oncol* 20:1832→1837.
8. Delgado G, Bundy B, Zaino R, Sevin BU, Creasman WT, Major F. Prospective surgical-pathological study of disease-free Interval in patients with stage IB squamous cell carcinoma of the cervix: A Gynecologic Oncology Group Study. *Gynecologic Oncology* 1990;38:352-7. Landoni F, Maneo A, Colombo A, Placa F, Milani R, Perego P, Favini G, Ferri L, Mangioni C. Randomised study of radical surgery versus radiotherapy for stage IB--- IIA cervical cancer. *Lancet*. 1997;350:535--- 40.
9. Sedlis A, Bundy BN, Rotman M, Lentz S, Muderspach LI, Zaino R. A randomized trial of pelvic radiation versus no further therapy in selected patient with stage IB carcinoma of the cervix after radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy: a Gynecologic Oncology Group study.