

Ca Mammae (Kanker Payudara)

PENDAHULUAN

LATAR BELAKANG

Karsinoma mammae merupakan salah satu tumor ganas paling sering ditemukan pada wanita. Kebanyakan pada usia setengah baya dan lansia. Jarang terjadi pada usia kurang dari 30 tahun, sedangkan yang kurang dari 20 tahun sangat jarang. Belakangan ini insiden karsinoma mammae cenderung meningkat, sedangkan mortalitas cenderung menurun.



Penyebab pasti meningkatnya insiden belum jelas, ada yang berpendapat berkaitan dengan meningkatnya taraf hidup dan perubahan pola hidup. Penyebab utama menurunnya mortalitas karsinoma mammae mencakup intervensi terhadap faktor risiko karsinoma mammae, meluasnya penapisan masal dengan foto mammae serta kemajuan terapi karsinoma mammae.¹

TINJAUAN PUSTAKA

DEFINISI

Kanker adalah suatu kondisi dimana sel telah kehilangan pengendalian dan mekanisme normalnya, sehingga mengalami pertumbuhan yang tidak normal, cepat dan tidak terkendali. Kanker payudara adalah kanker pada jaringan payudara. Kanker ini adalah jenis kanker paling umum yang diderita kaum wanita. Kaum pria juga dapat terserang kanker payudara, walaupun kemungkinannya lebih kecil dari 1 di antara 1000. Selain itu, kanker payudara (*Carcinoma mammae*) didefinisikan sebagai suatu penyakit neoplasma ganas yang berasal dari parenchyma. Penyakit ini oleh WHO (*World Health Organization*) dimasukkan ke dalam ICD (*International Classification of Diseases*) dengan kode nomor 17.²

FREKUENSI

Karsinoma payudara pada wanita menduduki tempat nomor dua setelah karsinoma serviks uterus. Di Amerika Serikat, karsinoma payudara merupakan 28% kanker pada wanita kulit putih, dan 25% pada wanita kulit hitam. Kurva insidens usia bergerak naik terus sejak usia 30 tahun. Kanker ini jarang sekali ditemukan pada wanita usia di bawah 20 tahun. Angka tertinggi terdapat pada usia 45-66 tahun. Insidens karsinoma mammae pada lelaki hanya 1% dari kejadian pada perempuan.³

KLASIFIKASI

Berdasarkan WHO *Histological Classification of breast tumor*, kanker payudara diklasifikasikan sebagai berikut:

I. Non-invasif karsinoma

Non-invasif karsinoma adalah kanker yang masih berada pada tempatnya, merupakan kanker dini yang belum menyebar atau menyusup keluar dari tempat asalnya. Non-invasif karsinoma dibedakan menjadi menjadi dua, yaitu :

- Non-invasif duktal karsinoma
- Lobular karsinoma in situ

II. Invasif karsinoma

Invasif karsinoma adalah kanker yang telah menyebar dan merusak jaringan lainnya, bisa terlokalisir (terbatas pada payudara) maupun metastatik (menyebar ke bagian tubuh lainnya). Sekitar 80% kanker payudara invasif adalah kanker duktal dan 10% adalah kanker lobuler. Invasif karsinoma terdapat beberapa jenis, antara lain :

- Invasif duktal karsinoma
 - § Papilobular karsinoma
 - § Solid-tubular karsinoma
 - § Scirrhous karsinoma
 - § *Special types*
 - § Mucinous karsinoma
 - § Medulare karsinoma
- Invasif lobular karsinoma
 - § Adenoid cystic karsinoma
 - § karsinoma sel squamos
 - § karsinoma sel spindel
 - § Apocrin karsinoma

- § Karsinoma dengan metaplasia kartilago atau osseus metaplasia
- § Tubular karsinoma
- § Sekretori karsinoma
- § Lainnya

III. Paget's Disease

Paget's disease adalah suatu kanker kulit yang jarang terjadi yang menyerupai dermatitis (peradangan kulit berupa bercak kemerahan dan berasal dari kelenjar di dalam atau di bawah kulit). Biasanya berasal dari kanker pada saluran susu di payudara, sehingga kanker ini biasanya ditemukan di sekitar puting susu.²

PATOFISIOLOGI

Sel-sel kanker dibentuk dari sel-sel normal dalam suatu proses rumit yang disebut transformasi, yang terdiri dari tahap inisiasi dan promosi.

1. Fase inisiasi.

Pada tahap inisiasi terjadi suatu perubahan dalam bahan genetik sel yang memancing sel menjadi ganas. Perubahan dalam bahan genetik sel ini disebabkan oleh suatu agen yang disebut karsinogen, yang bisa berupa bahan kimia, virus, radiasi (penyinaran) atau sinar matahari. Tetapi tidak semua sel memiliki kepekaan yang sama terhadap suatu karsinogen. Kelainan genetik dalam sel atau bahan lainnya yang disebut promotor, menyebabkan sel lebih rentan terhadap suatu karsinogen. Bahkan gangguan fisik menahun pun bisa membuat sel menjadi lebih peka untuk mengalami suatu keganasan.

2. Fase promosi.

Pada tahap promosi, suatu sel yang telah mengalami inisiasi akan berubah menjadi ganas. Sel yang belum melewati tahap inisiasi tidak akan terpengaruh oleh promosi. Karena itu diperlukan beberapa faktor untuk terjadinya keganasan (gabungan dari sel yang peka dan suatu karsinogen).²

FAKTOR RISIKO

Penyebab spesifik kanker payudara masih belum diketahui, tetapi terdapat banyak faktor yang diperkirakan mempunyai pengaruh terhadap terjadinya kanker payudara antara lain:

1. Faktor reproduksi.

Karakteristik reproduktif yang berhubungan dengan risiko terjadinya kanker payudara adalah nuliparitas, menarche pada umur muda, menopause pada umur lebih tua, dan kehamilan pertama pada umur tua. Risiko utama kanker payudara adalah bertambahnya umur. Diperkirakan, periode antara terjadinya haid pertama dengan umur saat kehamilan pertama merupakan *window of initiation* perkembangan kanker payudara. Secara anatomi dan fungsional, payudara akan mengalami atrofi dengan bertambahnya umur. Kurang dari 25% kanker payudara terjadi pada masa sebelum menopause sehingga diperkirakan awal terjadinya tumor terjadi jauh sebelum terjadinya perubahan klinis.

2. Penggunaan hormon.

Hormon **estrogen** berhubungan dengan terjadinya kanker payudara. Laporan dari *Harvard School of Public Health* menyatakan bahwa terdapat peningkatan kanker payudara yang signifikan pada para pengguna terapi *estrogen replacement*. Suatu metaanalisis menyatakan bahwa walaupun tidak terdapat risiko kanker payudara pada pengguna kontrasepsi **oral**, wanita yang menggunakan obat ini untuk waktu yang lama mempunyai risiko tinggi untuk mengalami kanker payudara sebelum menopause.

3. **Penyakit fibrokistik.**

Pada wanita dengan adenosis, fibroadenoma, dan fibrosis, tidak ada peningkatan risiko terjadinya kanker payudara. Pada hiperplasis dan papiloma, risiko sedikit meningkat 1,5 sampai 2 kali. Sedangkan pada hiperplasia atipik, risiko meningkat hingga 5 kali.

4. **Obesitas.**

Obesitas sebagai faktor risiko kanker payudara masih diperdebatkan. Beberapa penelitian menyebutkan obesitas sebagai faktor risiko kanker payudara kemungkinan karena tingginya kadar estrogen pada wanita obes.

5. **Konsumsi lemak.**

Konsumsi lemak diperkirakan sebagai suatu faktor risiko terjadinya kanker payudara. Willett dkk. melakukan studi prospektif selama 8 tahun tentang konsumsi lemak dan serat dalam hubungannya dengan risiko kanker payudara pada wanita umur 34 sampai 59 tahun.

6. Radiasi.

Eksposur dengan radiasi **ionisasi** selama atau sesudah pubertas meningkatkan terjadinya risiko kanker payudara. Dari beberapa penelitian yang dilakukan disimpulkan bahwa risiko kanker radiasi berhubungan secara linier dengan **dosis** dan umur saat terjadinya eksposur.

7. Riwayat **keluarga** dan faktor genetik.

Riwayat keluarga merupakan komponen yang penting dalam riwayat penderita yang akan dilaksanakan skrining untuk kanker payudara. Terdapat peningkatan risiko keganasan pada wanita yang keluarganya menderita kanker payudara. Pada studi genetik ditemukan bahwa kanker payudara berhubungan dengan **gen** tertentu. Apabila terdapat *BRCA 1*, yaitu suatu **gen** kerentanan terhadap kanker payudara, **probabilitas** untuk terjadi kanker payudara sebesar 60% pada umur 50 tahun dan sebesar 85% pada umur 70 tahun.²

GAMBARAN KLINIS

Umumnya berupa benjolan yang tidak **nyeri** pada payudara. Benjolan itu mula-mula kecil, semakin lama akan semakin besar, lalu melekat pada **kulit** atau menimbulkan perubahan pada kulit payudara atau pada puting **susu**. Kulit atau puting susu tadi menjadi tertarik ke dalam (retraksi), berwarna **merah** muda atau **kecoklat-coklatan** sampai menjadi *oedema* hingga kulit kelihatan seperti kulit **jeruk** (*peau d'orange*), mengkerut, atau timbul **borok** (*ulkus*) pada payudara. Borok itu semakin lama

akan semakin besar dan mendalam sehingga dapat menghancurkan seluruh payudara, sering berbau busuk, dan mudah berdarah.

Ciri-ciri lainnya antara lain:

§ Pendarahan pada puting susu.

§ Rasa sakit atau nyeri pada umumnya baru timbul apabila tumor sudah besar, sudah timbul borok, atau bila sudah muncul metastase ke [tulang-tulang](#).

§ Kemudian timbul pembesaran kelenjar getah bening di [ketiak](#), bengkak (*edema*) pada lengan, dan penyebaran kanker ke seluruh tubuh.

§ Kanker payudara lanjut sangat mudah dikenali dengan mengetahui kriteria operabilitas Heagensen sebagai berikut:

§ Terdapat *edema* luas pada kulit payudara (lebih 1/3 luas kulit payudara)

§ Adanya nodul satelit pada kulit payudara

§ Kanker payudara jenis *mastitis karsinimatos*

§ Terdapat model *parasternal*

§ Terdapat nodul *supraklavikula*

§ Adanya edema lengan

§ Adanya metastase jauh

§ Serta terdapat dua dari tanda-tanda *locally advanced*, yaitu ulserasi kulit, *edema* kulit, kulit terfiksasi pada dinding toraks, kelenjar getah bening aksila berdiameter lebih 2,5 cm, dan kelenjar getah bening aksila melekat satu sama lain.²

STADIUM

Stadium penyakit kanker adalah suatu keadaan dari hasil penilaian_dokter saat mendiagnosis suatu penyakit kanker yang diderita pasiennya, sudah sejauh manakah tingkat penyebaran kanker tersebut baik ke organ atau jaringan sekitar maupun penyebaran ketempat lain. Stadium hanya dikenal pada tumor ganas atau kanker dan tidak ada pada tumor jinak. Untuk menentukan suatu stadium, harus dilakukan pemeriksaan klinis dan ditunjang dengan pemeriksaan penunjang lainnya yaitu histopatologi atau PA, *rontgen*, *USG*, dan bila memungkinkan dengan *CT scan*, *scintigrafi*, dll. Banyak sekali cara untuk menentukan stadium, namun yang paling banyak dianut saat ini adalah stadium kanker berdasarkan klasifikasi sistem TNM yang direkomendasikan oleh UICC (*International Union Against Cancer* dari *World Health Organization*)/AJCC (*American Joint Committee On cancer* yang disponsori oleh *American Cancer Society* dan *American College of Surgeons*). TNM merupakan singkatan dari "T" yaitu *tumor size* atau ukuran tumor, "N" yaitu *node* atau kelenjar getah bening regional dan "M" yaitu *metastasis* atau penyebaran jauh. Ketiga faktor T, N, dan M dinilai baik secara klinis sebelum dilakukan operasi, juga sesudah operasi dan dilakukan pemeriksaan histopatologi (PA).¹

Pada kanker payudara, penilaian TNM sebagai berikut:

T (*tumor size*), ukuran tumor:

- § T 0: tidak ditemukan tumor primer
- § T 1: ukuran tumor diameter 2 cm atau kurang
- § T 2: ukuran tumor diameter antara 2-5 cm
- § T 3: ukuran tumor diameter > 5 cm

§ T 4: ukuran tumor berapa saja, tetapi sudah ada penyebaran ke kulit atau dinding dada atau pada keduanya, dapat berupa borok, edema atau bengkak, kulit payudara kemerahan atau ada benjolan kecil di kulit di luar tumor utama

N (node), kelenjar getah bening regional:

- § N 0: tidak terdapat metastasis pada kgb regional di ketiak/aksilla
- § N 1: ada metastasis ke kgb aksilla yang masih dapat digerakkan
- § N 2: ada metastasis ke kgb aksilla yang sulit digerakkan
- § N 3: ada metastasis ke kgb di atas tulang selangka (*supraclavícula*) atau pada kgb di *mammary interna* di dekat tulang *sternum*

M (metastasis), penyebaran jauh:

- § M x: metastasis jauh belum dapat dinilai
- § M 0: tidak terdapat metastasis jauh
- § M 1: terdapat metastasis jauh

Setelah masing-masing faktor T, N, dan M didapatkan, ketiga faktor tersebut kemudian digabung dan akan diperoleh stadium kanker sebagai berikut:

§ Stadium 0: Tis N0 M0

§ Stadium 1: T1 N0 M0

§ Stadium II A: T0 N1 M0/T1 N1 M0/T2 N0 M0

§ Stadium II B: T2 N1 M0 / T3 N0 M0

§ Stadium III A: T0 N2 M0/T1 N2 M0/T2 N2 M0/T3 N1 M0/T2 N2 M0

§ Stadium III B: T4 N0 M0/T4 N1 M0/T4 N2 M0

§ Stadium III C: Tiap T N3 M0

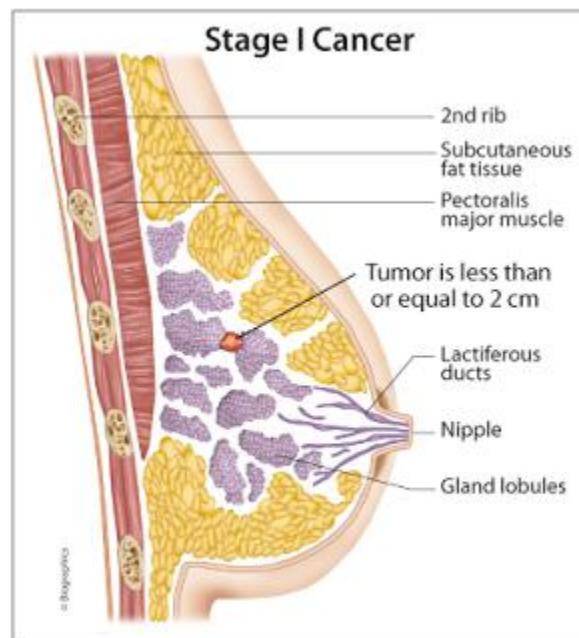
§ Stadium IV: Tiap T-Tiap N-M1

STADIUM 0

Disebut Ductal Carcinoma In Situ atau Non-invasive Cancer, yaitu kanker tidak menyebar keluar dari pembuluh / saluran payudara dan kelenjar-kelenjar (lobules) susu pada payudara.⁴

STADIUM I

Tumor masih sangat kecil, diameter tumor terbesar kurang dari atau sama dengan 2 cm dan tidak ada metastasis ke kelenjar limfe regional.⁴

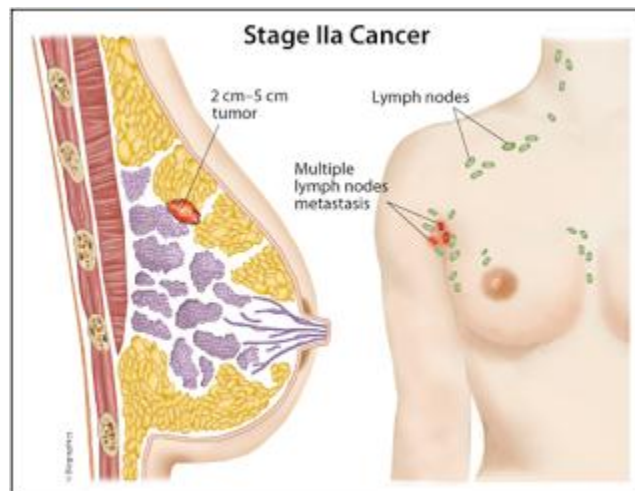


STADIUM II A

§ Tidak ada tanda-tanda tumor pada payudara, tetapi terdapat metastasis kelenjar limfe mobil di fosa aksilar ipsilateral.

§ Diameter tumor lebih kecil atau sama dengan 2 cm dan telah ditemukan metastasis kelenjar limfe mobil di fosa aksilar ipsilateral.

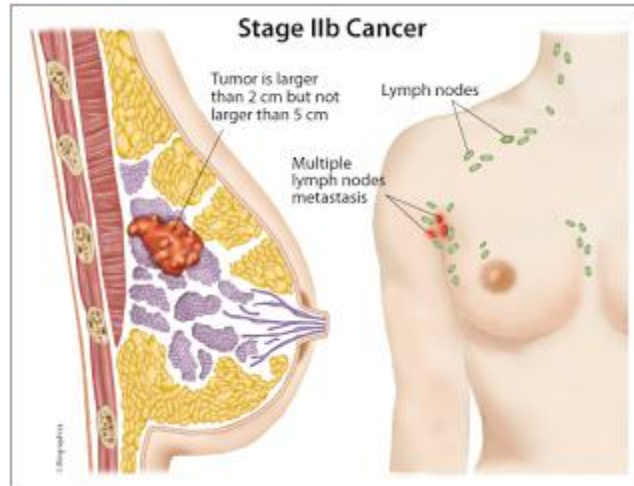
§ Diameter tumor lebih lebar dari 2 cm tapi tidak lebih dari 5 cm dan tidak ada metastasis ke kelenjar limfe regional.¹



STADIUM II B

§ Diameter tumor lebih dari 2 cm tapi tidak lebih dari 5 cm dan terdapat metastasis kelenjar limfe mobil di fosa aksilar ipsilateral.

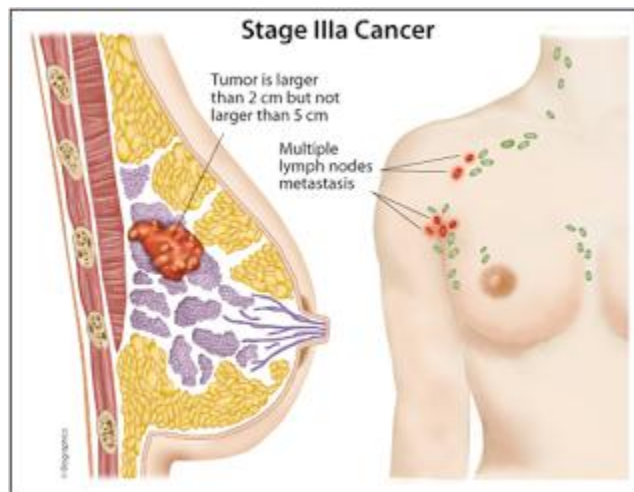
§ Diameter tumor lebih dari 5 cm, tetapi tidak terdapat metastasis kelenjar limfe regional.¹



STADIUM III A

§ Diameter tumor lebih kecil dari 5 cm dan terdapat metastasis kelenjar limfe di fosa aksilar ipsilateral yang terfiksasi dengan jaringan lain.

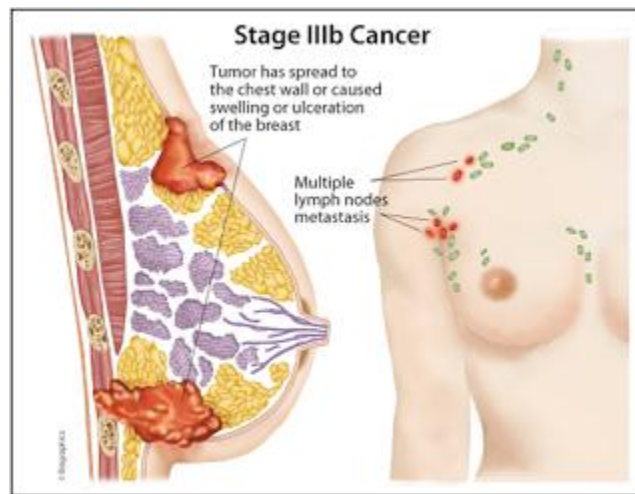
§ Diameter tumor lebih dari 5 cm dan terdapat metastasis kelenjar limfe di fosa aksilar ipsilateral yang terfiksasi dengan jaringan lain.¹



STADIUM III B

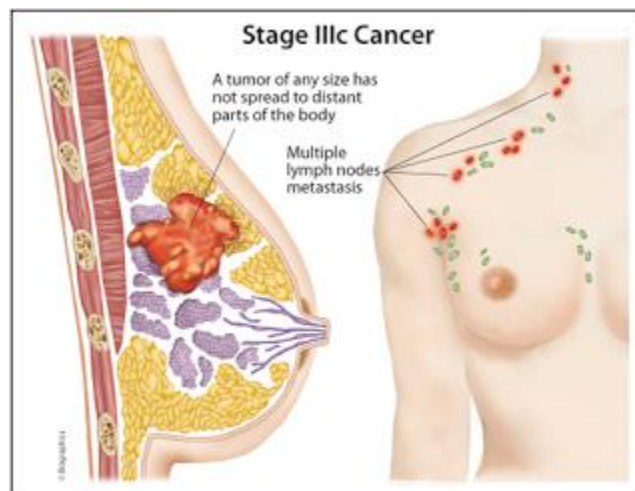
Tumor telah menyebar ke dinding dada atau menyebabkan pembengkakan bisa juga luka bernanah di payudara. Didiagnosis sebagai *Inflammatory Breast Cancer*. Bisa

sudah atau bisa juga belum menyebar ke pembuluh getah bening di ketiak dan lengan atas, tapi tidak menyebar ke bagian lain dari organ tubuh.¹



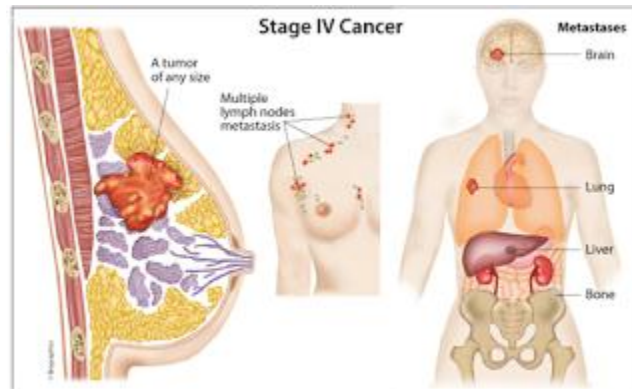
STADIUM III C

Ukuran tumor bisa berapa saja dan terdapat metastasis kelenjar limfe infraklavikular ipsilateral, atau bukti klinis menunjukkan terdapat metastasis kelenjar limfe mammae interna dan metastase kelenjar limfe aksilar, atau metastasis kelenjar limfe supraklavikular ipsilateral.¹



STADIUM IV

Ukuran tumor bisa berapa saja, tetapi telah menyebar ke lokasi yang jauh, yaitu : tulang, paru-paru, liver atau tulang rusuk.⁴



PEMERIKSAAN DAN PENEGAKAN DIAGNOSIS

§ Anamnesis

Anamnesis harus mencakup status haid, perkawinan, partus, laktasi, dan riwayat kelainan mammae sebelumnya, riwayat keluarga yang menderita kanker, fungsi kelenjar tiroid, penyakit ginekologik, dan lain-lain. Dalam riwayat penyakit sekarang terutama harus perhatikan waktu timbulnya massa, kecepatan pertumbuhan, dan hubungan dengan haid.

§ Pemeriksaan fisik

Mencakup pemeriksaan fisik menyeluruh (sesuai pemeriksaan rutin) dan pemeriksaan kelenjar mammae. Dari inspeksi, amati ukuran, simetri kedua mammae, perhatikan apakah ada benjolan tumor atau perubahan patologik kulit (misal cekungan, kemerahan, udem, erosi, nodul satelit, dll). Perhatikan kedua papila mammae apakah

simetri, ada retraksi, distorsi, erosi, dan kelainan lain. Palpasi umumnya dalam posisi berbaring, juga dapat kombinasi duduk dan baring. Waktu periksa rapatkan keempat jari, gunakan ujung dan perut jari berlawanan arah jarum jam atau searah jarum jam. Kemudian dengan lembut pijat areola mammae. Papila mammae, lihat apakah keluar sekret. Jika terdapat tumor, harus secara rinci periksa dan catat lokasi, ukuran, konsistensi, kondisi batas, permukaan mobilitas, nyeri tekan. Ketika memeriksa apakah tumor melekat ke dasarnya, harus meminta lengan pasien sisi lesi bertolak pinggang, agar m. Pektoralis mayor berkerut. Jika tumor dan kulit atau dasar melekat, mobilitas terkekang, kemungkinan kanker sangat besar. Jika terdapat sekret papila mammae, harus buat sediaan apus untuk pemeriksaan sitologi. Pemeriksaan kelenjar limfe regional paling baik posisi duduk. Ketika memeriksa aksila kanan, dengan tangan kiri topang siku kanan pasien, dengan ujung jari kiri palpasi seluruh fosa aksila secara berurutan. Waktu memeriksa fosa aksila kiri sebaliknya, dan terakhir periksa kelenjar supraklavikular.¹

§ Pemeriksaan penunjang

1. Mammografi

Kelebihan mamografi adalah dapat menampilkan nodul yang sulit dipalpasi atau terpalpasi atipikal menjadi gambar, dapat menemukan lesi mammae yang tanpa nodul namun terdapat bercak mikrokalsifikasi, dapat digunakan untuk analisis diagnostik dan rujukan tindak lanjut. Ketepatan diagnostik sekitar 80%.⁵

2. USG

Transduser frekuensi tinggi dan pemeriksaan dopler tidak hanya dapat membedakan dengan sangat baik tumor kistik atau padat, tapi juga dapat mengetahui pasokan darahnya serta kondisi jaringan sekitarnya, menjadi dasar diagnosis yang sangat baik.⁵

3. MRI mammae

Karena tumor mammae mengandung densitas mikrovaskular abnormal, MRI mammae dengan kontras memiliki sensitivitas dan spesifisitas tinggi dalam diagnosis karsinoma mammae stadium dini.⁵

4. Pemeriksaan biopsi

Cara biopsi dapat berupa biopsi eksisi atau insisi, tapi umumnya dengan biopsi eksisi. Di RS yang menyediakan dapat dilakukan pemeriksaan potong beku saat operasi. Bila tak ada perlengkapan itu, untuk karsinoma mammae yang dapat dioperasi tidak sesuai dilakukan insisi tumor, untuk menghindari penyebaran iatrogenik tumor.¹

PENATALAKSANAAN

Terapi bedah

Pasien yang pada awal terapi termasuk stadium 0, I, II dan sebagian stadium III disebut kanker mammae operabel. Pola operasi yang sering dipakai adalah :

1. Mastektomi radikal :

Tahun 1890 Halsted pertama kali merancang dan mempopulerkan operasi radikal kanker mammae, lingkup reseksinya mencakup kulit berjarak minimal 3 cm dari

tumor, seluruh kelenjar mammae, m. Pectoralis mayor, m. Pectoralis minor dan jaringan limfatik dan lemak subskapular, aksilar secara kontinu enblok direseksi. Namun sekitar 20 tahun belakangan ini, dengan pemahaman lebih dalam atas tabiat biologis karsinoma mammae, ditambah makin banyaknya kasus stadium sedang dan dini serta kemajuan terapi kombinasi, maka penggunaan mastektomi radikal konvensional telah makin berkurang.

2. Mastektomi radikal modifikasi :

Lingkup reseksi sama dengan teknik radikal, tapi mempertahankan m. Pectoralis mayor dan minor (model Auchincloss) atau mempertahankan m. Pectoralis mayor, mereseksi m. Pectoralis minor (model Patey). Pola operasi ini mempunyai kelebihan antara lain memacu pemulihan fungsi pasca operasi, tapi sulit membersihkan kelenjar limfe aksilar superior. Dewasa ini, mastektomi radikal modifikasi disebut sebagai mastektomi radikal standar, luas digunakan secara klinis.

3. Mastektomi total :

Hanya membuang seluruh kelenjar mammae tanpa membersihkan kelenjar limfe. Model operasi ini terutama untuk karsinoma in situ atau pasien lanjut usia.¹

Radioterapi

Radioterapi terutama mempunyai 3 tujuan :

1. Radioterapi murni kuratif :

Radioterapi murni terhadap kanker mammae hasilnya kurang ideal, survival 5 tahun 10-37%. Terutama digunakan untuk pasien dengan kontraindikasi atau menolak operasi.

2. Radioterapi adjuvan :

Menjadi bagian integral penting dari terapi kombinasi. Menurut pengaturan waktu radioterapi dapat dibagi menjadi radioterapi pra-operasi terutama untuk pasien stadium lanjut lokalisasi, dapat membuat sebagian kanker mammae non-operabel menjadi kanker mammae yang operabel. Radioterapi pasca operasi adalah radioterapi seluruh mammae (bila perlu ditambah radioterapi kelenjar limfe regional). Indikasi radioterapi pasca mastektomi adalah : diameter tumor primer ≥ 5 cm, fascia pektoralis terinvasi, jumlah kelenjar limfe aksilar metastatik lebih dari 4 buah dan tepi irisan positif. Area target iradiasi harus mencakup dinding toraks dan regio supraklavikular. Regio mamaria interna jarang terjadi rekurensi klinik, sehingga perlu tidaknya radioterapi rutin masih kontroversial.

3. Radioterapi paliatif :

Terutama untuk terapi paliatif kasus stadium lanjut dengan rekurensi, metastasis. Dalam hal meredakan nyeri efeknya sangat baik.¹

Kemoterapi

Kemoterapi adalah proses pemberian [obat-obatan](#) anti kanker dalam bentuk pil cair atau [kapsul](#) atau melalui infus yang bertujuan membunuh sel kanker. Tidak hanya

sel kanker pada payudara, tapi juga di seluruh tubuh. Efek dari kemoterapi adalah pasien mengalami mual dan muntah serta rambut rontok karena pengaruh obat-obatan yang diberikan pada saat kemoterapi.²

Terapi hormonal

Terapi hormonal terutama mencakup bedah dan terapi hormon. Terapi hormonal bedah terutama adalah ooforektomi (disebut juga kastrasi) terhadap wanita pramenopause, sedangkan adrenalectomi dan hipofisektomi sudah ditinggalkan. Terapi hormonal medikamentosa yang digunakan di klinis yang terutama adalah obat antiestrogen. Tamoksifen merupakan penyekat reseptor estrogen, mekanisme utamanya adalah berikatan dengan reseptor estrogen secara kompetitif, menyekat transmisi informasi ke dalam sel tumor sehingga berefek terapi. Tamoksifen juga memiliki efek mirip estrogen, berefek samping trombosis vena dalam, karsinoma endometrium dan lain-lain. Sehingga perlu diperhatikan dan diperiksa secara berkala.¹

PROGNOSIS

Banyak faktor yang mempengaruhi prognosis, tapi yang jelas berpengaruh adalah kondisi kelenjar limfe dan stadium. Survival 5 tahun pasca operasi pada kasus kelenjar limfe negatif dan positif adalah masing-masing 80% dan 59%, survival 5 tahun untuk stadium 0-I, II, dan III adalah masing-masing 92%, 73%, dan 47%. Sedangkan pada yang non-operabel, survival 5 tahun kebanyakan dilaporkan dalam batas 20%. Oleh karena itu dalam kondisi dewasa ini untuk meningkatkan angka kesembuhan kanker mammae kuncinya adalah penemuan dini, diagnosis dini, terapi dini dan tepat.¹

PENCEGAHAN

Hampir setiap epidemiologi sepakat bahwa pencegahan yang paling efektif bagi kejadian penyakit tidak menular adalah promosi kesehatan dan deteksi dini. Begitu pula pada kanker payudara, pencegahan yang dilakukan antara lain berupa:

Pencegahan primer

Pencegahan primer pada kanker payudara merupakan salah satu bentuk promosi kesehatan karena dilakukan pada orang yang "sehat" melalui upaya menghindarkan diri dari keterpaparan pada berbagai faktor risiko dan melaksanakan pola hidup sehat.

Pencegahan sekunder

Pencegahan sekunder dilakukan terhadap individu yang memiliki risiko untuk terkena kanker payudara. Setiap wanita yang normal dan memiliki siklus **haid** normal merupakan populasi *at risk* dari kanker payudara. Pencegahan sekunder dilakukan dengan melakukan deteksi dini. Beberapa metode deteksi dini terus mengalami perkembangan. Skrining melalui *mammografi* diklaim memiliki akurasi 90% dari semua penderita kanker payudara, tetapi keterpaparan terus-menerus pada mammografi pada wanita yang sehat merupakan salah satu faktor risiko terjadinya kanker payudara.

Karena itu, skrining dengan mammografi tetap dapat dilaksanakan dengan beberapa pertimbangan antara lain:

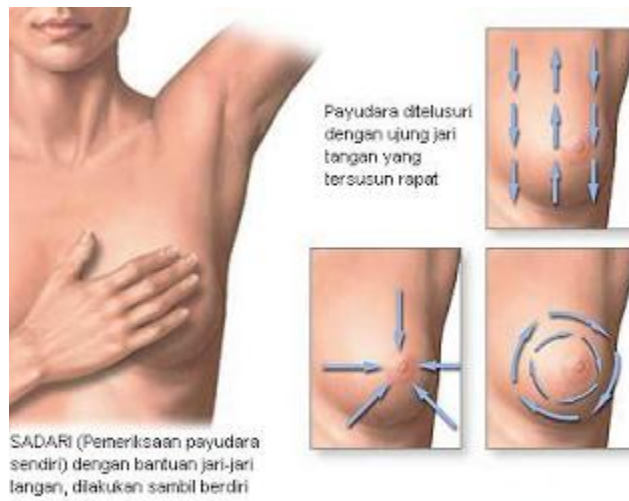
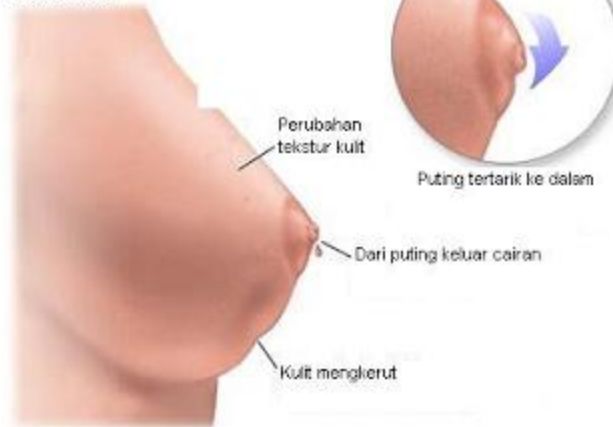
- Wanita yang sudah mencapai usia 40 tahun dianjurkan melakukan *cancer risk assessement survey*.
- Pada wanita dengan faktor risiko mendapat rujukan untuk dilakukan *mammografi* setiap tahun.
- Wanita normal mendapat rujukan *mammografi* setiap 2 tahun sampai mencapai usia 50 tahun.

Foster dan Constanta menemukan bahwa kematian oleh kanker payudara lebih sedikit pada wanita yang melakukan pemeriksaan SADARI (Pemeriksaan Payudara Sendiri) dibandingkan yang tidak. Walaupun sensitivitas SADARI untuk mendeteksi kanker payudara hanya 26%, bila dikombinasikan dengan [mammografi](#) maka sensitivitas mendeteksi secara dini menjadi 75%.

Pencegahan tertier

Pencegahan tertier biasanya diarahkan pada individu yang telah positif menderita kanker payudara. Penanganan yang tepat penderita kanker payudara sesuai dengan stadiumnya akan dapat mengurangi kecatatan dan memperpanjang harapan hidup penderita. Pencegahan tertier ini penting untuk meningkatkan kualitas hidup penderita serta mencegah komplikasi penyakit dan meneruskan pengobatan. Tindakan pengobatan dapat berupa operasi walaupun tidak berpengaruh banyak terhadap ketahanan [hidup](#) penderita. Bila kanker telah jauh bermetastasis, dilakukan tindakan kemoterapi dengan sitostatika. Pada stadium tertentu, pengobatan yang diberikan hanya berupa simptomatik dan dianjurkan untuk mencari pengobatan [alternatif](#).²

SADARI (Pemeriksaan payudara sendiri) secara visual



KESIMPULAN

1. Kanker payudara (*Carcinoma mammae*) didefinisikan sebagai suatu penyakit neoplasma ganas yang berasal dari parenchyma.
2. Kurva insidens karsinoma payudara berdasar usia angka tertinggi terdapat pada usia 45-66 tahun atau bergerak naik terus sejak usia 30 tahun. Kanker ini jarang sekali ditemukan pada wanita usia di bawah 20 tahun.
3. Untuk meningkatkan angka kesembuhan kanker mammae kuncinya adalah penemuan dini, diagnosis dini, terapi dini dan tepat.

DAFTAR PUSTAKA

1. Wan desen, 2008. Onkologi klinis. Edisi 2. FK UI
2. Kanker payudara. 2010. <http://.wikipedia.com>, 18/01/10
3. Sjamsuhidayat R, Wim de Jong, 2005, Tumor ganas. Buku Ajar Ilmu Bedah, Jakarta.
4. National Breast Cancer Foundation. *Stage of Breast Cancer*. 2010. 18/01/10
5. Hemant Singhal, MD. *Breast Cancer Evaluation*. 2009. <http://emedicine.com>, 18/01/10
6. Susan Storck. *Breast Lump Self Exam*. 2008. <http://medline.com>, 18/01/10