

 RSUD Dr Achmad Mochtar Bukittinggi	KANKER SERVIKS		
	No. Dokumen 445/026/RSAM/2022	No. REVISI	Halaman
Panduan praktek klinik (PPK)	Tanggal Terbit 7-7-2022	Ditetapkan  Direktur RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi  Drg. Busril, MPH Nip.19740227 200212 1 004	
1. Pengertian (definisi)	Keganasan pada serviks uteri yang disebabkan oleh infeksi HPV onkogenik. Dibuktikan dengan hasil pemeriksaan histopatologi.		
2. Anamnesis	• Anamnesis : ○ Pada tahap/stadium awal (pra kanker) tidak ada gejala yang jelas. ○ Setelah berkembang menjadi kanker timbul gejala-gejala keputihan yang tidak sembuh, keputihan yang keruh dan berbau busuk. ○ Nyeri daerah panggul. ○ Perdarahan setelah berhubungan seksual. ○ Perdarahan di luar siklus haid. ○ Pada stadium lanjut dimana sudah terjadi penyebaran ke organ-organ sekitar terdapat keluhan nyeri daerah panggul, sulit berkemih, buang air besar berdarah dan lain-lain. • Faktor risiko : ○ Hubungan seksual dini. ○ Berganti-ganti. ○ Riwayat penyakit menular seksual. ○ Kondisi immunosupresi (HIV dan penggunaan obat immunosupresi). ○ Sosio ekonomi rendah. ○ Merokok.		
3. Pemeriksaan Fisik	• Vital sign. • Abdomen : Inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi. • Pemeriksaan ginekologi : ○ Inspekulo : Evaluasi vagina & porsio. Porsio tampak massa mudah berdarah. ○ Vagina Touche (VT): Evaluasi vagina, porsio, korpus uteri dan adneksa. ○ Recto Vagina Touche (RVT) : Evaluasi parametrium, rektum & Cancer Free Space (CFS).		
4. Kriteria Diagnosis	• Diagnosis kanker serviks invasif ditegakkan melalui pemeriksaan histopatologi maka tahap selanjutnya adalah penentuan stadium (clinical staging).		

5. Diagnosis	Diagnosis kanker serviks ditegakkan atas dasar histopatologi spesimen biopsi serviks dengan stadium ditegakkan secara <i>clinical staging</i> .
6. Diagnosis Banding	• Kanker endometrium (terutama stadium II). • Servisititis kronis.
7. Pemeriksaan Penunjang	• Laboratorium : Pemeriksaan darah lengkap, fungsi ginjal dan liver. • CT scan, MRI dan atau PET scan sangat bernilai untuk perencanaan terapi dan dapat memberikan informasi tentang status Kelenjar Getah Bening (KGB) dan penyebaran sistemik. • Jika ada kecurigaan metastasis ke kandung kemih dan rektum dapat dilakukan pemeriksaan sistoskopi dan rektoskopi (<i>clinical staging</i>). • Bila didapatkan pembesaran KGB inguinal atau supraklavikula, dapat dilakukan FNAB. • Diagnosis stadium IA1 dan IA2 didasarkan dari pemeriksaan mikroskopis jaringan konisasi atau spesimen histerektomi atau trakelektomi yang mencakup semua lesi.
8. Terapi	Kanker serviks mikroinvasif 1. Stadium IA1 • Konisasi adalah pilihan terapi utama pada stadium IA1. • Bila pasien tidak menghendaki untuk hamil lagi, maka dapat dipertimbangkan histerektomi total (secara laparotomi, vaginal maupun laparoskopi). • Follow up pasca terapi dilakukan setiap 3 bulan selama 2 tahun, kemudian setiap 6 bulan pada 3 tahun berikutnya. 2. Stadium IA2 • Terapi yang direkomendasikan adalah histerektomi radikal dengan limfadenektomi kelenjar getah bening pelvis. • Follow up pasca terapi sama dengan stadium IA1. Kanker Serviks makroskopis 1. Stadium IB-IIA • Terapi pembedahan untuk stadium IB-IIA adalah histerektomi radikal (laparotomi atau laparoskopi) dan limfadenektomi pelvis. • Pemberian kombinasi kemoterapi sesuai protokol dan atau radiasi sebagai terapi adjuvan. • Terapi adjuvan diberikan pada pasien pasca radikal histerektomi dengan metastasis. • Neo adjuvan kemoterapi sesuai protokol diberikan pada kasus ca serviks stadium IB2, IIA2 dan IIB awal. 2. Stadium IIB • Kemoterapi kombinasi sesuai protokol dan atau radiasi merupakan terapi standar pada stadium IIB. Kemoradiasi konkuren yang standar termasuk radiasi eksternal dan atau <i>brachytherapy</i> intrakaviter. • Pada kondisi dimana <i>brachytherapy</i> tidak tersedia, pemberian <i>booster</i> radiasi eksternal merupakan pilihan yang dapat diberikan untuk mencapai kontrol lokal. • Pilihan lain adalah pemberian kemoterapi neo adjuvan sesuai protokol adalah mengecilkan massa tumor sehingga sehingga menjadi <i>operable</i>. Tujuan lainnya adalah untuk mensterilkan kelenjar getah bening dan parametrium, sehingga dapat mengurangi faktor risiko untuk penggunaan terapi adjuvan setelah pembedahan. • Pada daerah dengan fasilitas radioterapi yang kurang memadai, dapat diberikan kemoterapi neo adjuvan sesuai protokol sebelum

3. Stadium IIIA – IVA

- Standar terapi adalah radiasi dan atau kemoterapi kombinasi sesuai protokol.
- Pemberian neo adjuvan kemoterapi sesuai protokol diberikan untuk meningkatkan respon radiasi neo adjuvan pada kondisi keterbatasan terapi radiasi.

4. Stadium IVB

a. Terapi sistemik.

- Kemoterapi merupakan terapi suportif terbaik untuk kanker serviks stadium IVB.

b. Radiasi paliatif untuk gejala lokal.

- Radiasi lokal bisa diberikan pada area metastasis yang memberikan gejala, misalnya nyeri yang ditimbulkan akibat pembesaran kelenjar getah bening paraaorta atau supraklavikuler.

c. Penanganan paliatif yang komprehensif.

- Pemberian morfin oral dan atau *fentanyl patch* dapat dijadikan sebagai bagian penting dalam penanganan paliatif.
- Pasien dengan kanker serviks pasca operasi dapat diberikan adjuvan radiasi dan atau kemoterapi.

Regimen kemoterapi pada kanker serviks dan Length of Stay (LOS)

- Regimen PVB (Platinum, Vincristin & Bleomycin) (LOS 5 hari = 3 hari pra kemoterapi, 1 hari kemoterapi dan 1 hari post kemoterapi (monitoring efek samping))
- Regimen CP (Cyclophosphamide & Platinum). (LOS 5 hari = 3 hari pra kemoterapi, 1 hari kemoterapi dan 1 hari post kemoterapi (monitoring efek samping))
- Regimen Taxane & Platinum. (LOS 5 hari = 3 hari pra kemoterapi, 1 hari kemoterapi dan 1 hari post kemoterapi (monitoring efek samping))
- Regimen BEP (Bleomycin, Etoposide & Platinum) (LOS 7 hari = 3 hari pra kemoterapi, 3 hari kemoterapi dan 1 hari post kemoterapi (monitoring efek samping))
- Regimen Gemcitabine & Platinum. (LOS 5 hari = 3 hari pra kemoterapi, 1 hari kemoterapi dan 1 hari post kemoterapi (monitoring efek samping))
- Regimen Doxorubicine & Ifosfamide. (LOS 6 hari = 3 hari pra kemoterapi, 2 hari kemoterapi dan 1 hari post kemoterapi (monitoring efek samping)) (LOS 6 hari = 3 hari pra kemoterapi, 2 hari kemoterapi dan 1 hari post kemoterapi (monitoring efek samping))
- Regimen Gemcitabine & Ifosfamide. (LOS 6 hari = 3 hari pra kemoterapi, 2 hari kemoterapi dan 1 hari post kemoterapi (monitoring efek samping)) (LOS 4 hari = 1 hari pra kemoterapi, 2 hari kemoterapi dan 1 hari post kemoterapi (monitoring efek samping))
- Regimen Gemcitabine & Doxorubicine. (LOS 5 hari = 3 hari pra kemoterapi, 1 hari kemoterapi dan 1 hari post kemoterapi (monitoring efek samping))

5. Pada kanker serviks rekuren, terapi disesuaikan dengan kondisi pasien.

Pasien kanker dirawat untuk perbaikan keadaan umum bila didapatkan kondisi klinis lemah, mual dan muntah, nyeri dan didapatkan salah satu

9. Lama Perawatan	1. Kanker dengan operasi radikal histerektomi tanpa komplikasi : 8-10 hari 2. Kanker serviks dengan kemoterapi : 6-8 hari 3. Kanker serviks dengan perbaikan kondisi : 7-9 hari
10. Kriteria Pemulangan Pasien	Kondisi pasien stabil secara vital sign dan kondisi akut sudah teratasi
11. Edukasi	Penjelasan tentang diagnosis dan stadium penyakit, rencana terapi, hasil pengobatan dan kemungkinan komplikasi pengobatan.
12. Prognosis	Luas dari penyakit dan keterlibatan KGB pelvis adalah faktor prognostik utama ketahanan hidup. Pasien yang tidak memiliki gejala dan mengalami kekambuhan > 24 bulan dari terapi utama memiliki hasil akhir yang lebih baik.
13. Tingkat Evidens	I/II/III/IV
14. Tingkat Rekomendasi	A/B/C
15. Penelaah Kritis	<i>Joint</i> operasi dengan bagian bedah digestif jika terdapat kecurigaan penyebaran pada traktus digestifus.
16. Indikator Medis	Temuan klinis, USG, CT-Scan, MRI dan Histopatologi.
17. Kepustakaan	1. Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A. Global cancer statistics, 2012. <i>CA Cancer J Clin</i> 2015;65(2):87–108. 2. Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. <i>J Pathol</i> 1999; 189:12. 3. Ries LAG, Melbert D, Krapcho M, et al. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2004. National Cancer Institute; Bethesda, MD 2007. 4. FIGO Committee on Gynecologic Oncology. Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium. <i>Int J Gynecol Obstet</i> 2009;105(2):103–4. 5. Ostör AG. Studies on 200 cases of early squamous cell carcinoma of the cervix. <i>Int J Gynecol Pathol</i> 1993;12(3):193–207. 6. Shepherd JH, Spencer C, Herod J, Ind TE. Radical vaginal trachelectomy as a fertility-sparing procedure in women with early-stage cervical cancer-cumulative pregnancy rate in a series of 123 women. <i>BJOG</i> 2006;113(6):719–24. 7. Chemoradiotherapy for Cervical Cancer Meta-Analysis Collaboration. Reducing uncertainties about the effects of chemoradiotherapy for cervical cancer: a systematic review and meta-analysis of individual patient data from 18 randomized trials. <i>J Clin Oncol</i> 2008;26(35):5802–12. 8. Landoni F, Maneo A, Colombo A, Placa F, Milani R, Perego P, et al. Randomised study of radical surgery versus radiotherapy for stage IB-IIA cervical cancer. <i>Lancet</i> 1997; 350(9077):535–40. 9. Shingleton HM, Soong SJ, Gelder MS, Hatch KD, Baker VV, Austin Jr JM. Clinical and histopathologic factors predicting recurrence and survival after pelvic exenteration for cancer of the cervix. <i>Obstet Gynecol</i> 1989;73(6):1027–34. 10. Martínez-Palones JM, Gil-Moreno A, Pérez-Benavente MA, Roca J

2004;92(3):845–50.

11. Coutant C, Cordier AG, Guillo E, Ballester M, Rouzier R, Daraï E. Clues pointing to simple hysterectomy to treat early-stage cervical cancer. *Oncol Rep* 2009;22(4): 927–34.
12. Peters WA, Liu PY, Barrett RJ, Stock RJ, Monk BJ, Berek JS, et al. Concurrent chemo- therapy and pelvic radiation therapy compared with pelvic radiation therapy alone as adjuvant therapy after radical surgery in high-risk early-stage cancer of the cer- vix. *J Clin Oncol* 2000;18(8):1606–13.
13. Rotman M, Sedlis A, Piedmonte MR, Bundy B, Lentz SS, Muddersbach LI, et al. A phase III randomized trial of postoperative pelvic irradiation in Stage IB cervical carcinoma with poor prognostic features: follow-up of a gynecologic oncology group study. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2006;65(1):169–76.
14. Varia MA, Bundy BN, Deppe G, Mannel R, Averette HE, Rose PG, et al. Cervical carcinoma metastatic to para-aortic nodes: extended field radiation therapy with concomitant 5-fluorouracil and cisplatin chemotherapy: a Gynecologic Oncology Group study. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1998;42(5):1015–23.
15. Buda A, Fossati R, Colombo N, Fei F, Floriani I, Gueli Alletti D, et al. Randomized trial of neoadjuvant chemotherapy comparing paclitaxel, ifosfamide, and cisplatin with ifosfamide and cisplatin followed by radical surgery in patients with locally ad- vanced squamous cell cervical carcinoma: the SNAP01 (Studio Neo-Adjuvante Portio) Italian Collaborative Study. *J Clin Oncol* 2005;23(18):4137–45.
16. Rose PG, Bundy BN, Watkins EB, Thigpen JT, Deppe G, Maiman MA, et al. Concurrent cisplatin-based radiotherapy and chemotherapy for locally advanced cervical cancer. *N Engl J Med* 1999;340(15):1144–53.
17. Perez CA, Grigsby PW, Castro-Vita H, Lockett MA. Carcinoma of the uterine cervix I. Impact of prolongation of overall treatment time and timing of brachytherapy on outcome of radiation therapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1995;32(5):1275–88.
18. Chemoradiotherapy for Cervical Cancer Meta-Analysis Collaboration. Reducing uncertainties about the effects of chemoradiotherapy for cervical cancer: a systematic review and meta-analysis of individual patient data from 18 randomized trials. *J Clin Oncol* 2008;26(35):5802–12.
19. Elit L, Fyles AW, Devries MC, Oliver TK, Fung-Kee-Fung M. Follow-up for women after treatment for cervical cancer: A systematic review. *Gynecol Oncol* 2009; 114(3):528–35.
20. Monk BJ, Sill MW, McMeekin DS, Cohn DE, Ramondetta LM, Boardman CH, et al. Phase III trial of four cisplatin-containing doublet combinations in stage IVB, recur- rent, or persistent cervical carcinoma: a Gynecologic Oncology Group study. *J Clin Oncol* 2009;27(28):4649–55.
21. Pedoman Nasional Praktek Klinis (PNPK) Ginekologi Onkologi, Kanker endometrium. 2018.