

METASTASIS KANKER CAECUM DARI KANKER REKTUM PRIMER: LAPORAN KASUS

Kelcin Wilbent Daffa^{1*}, Suryo Wahyu Raharjo²

¹Program Studi Spesialis Bedah Umum Fakultas Kedokteran Universitas
Sebelas Maret

²RSUD Dr. Moewardi Surakarta

^{*}Email Korespondensi: Kelvin.daffa@gmail.com

Abstract: Cecal Cancer Metastasis From Primary Rectal Cancer: A Case Report.

A 29-year-old woman presented with chronic diarrhea and bloody stools. Colonoscopy and biopsy confirmed rectal adenocarcinoma. She underwent rectal resection with ileostomy followed by adjuvant chemotherapy. During follow-up evaluation, a cecal mass was identified through imaging and colonoscopy, and histopathology confirmed metastatic adenocarcinoma. The patient subsequently underwent right hemicolectomy and stoma closure. Colorectal cancer is one of the most common malignancies, with the rectum frequently being the primary site. Metastasis usually involves extra-abdominal organs, whereas secondary spread to other colorectal segments, such as the cecum, is extremely rare. Metachronous colorectal metastasis is defined as metastasis occurring after curative treatment of the primary tumor. While extra-abdominal metastases are more common in rectal cancer, colorectal-to-colorectal metastasis remains a rare phenomenon. This case highlights the importance of comprehensive surveillance using imaging, colonoscopy, and tumor markers to detect uncommon patterns of recurrence. Colorectal cancer may rarely metastasize to another segment of the colon. Clinicians should remain vigilant during follow-up, as early detection of unusual metastatic patterns allows timely management and may improve outcomes.

Keywords: Colorectal Cancer, Rectal Adenocarcinoma, Cecal Metastasis, Metachronous

Abstrak: Metastasis Kanker Caecum dari Kanker Rektum Primer : Laporan Kasus.

Seorang wanita usia 29 tahun datang dengan diare kronis disertai tinja berdarah. Kolonoskopi dan biopsi mengonfirmasi adenokarsinoma rektum. Pasien menjalani reseksi rektum dengan ileostomi diikuti kemoterapi adjuvan. Pada evaluasi lanjutan ditemukan massa di sekum melalui pencitraan dan kolonoskopi, dan hasil histopatologi menegaskan diagnosis adenokarsinoma metastatik. Pasien kemudian menjalani hemikolektomi kanan serta penutupan stoma. Kanker kolorektal merupakan salah satu keganasan tersering, dengan rektum sebagai lokasi primer yang cukup umum. Metastasis biasanya mengenai organ ekstra-abdomen, sedangkan penyebaran ke segmen kolorektal lain, seperti sekum, sangat jarang. Metastasis kolorektal metakronik didefinisikan sebagai metastasis yang muncul setelah terapi kuratif pada tumor primer. Meskipun metastasis ekstra-abdomen lebih sering pada kanker rektum, metastasis antar-segmen kolorektal merupakan fenomena yang jarang. Kasus ini menekankan pentingnya surveilans komprehensif dengan pencitraan, kolonoskopi, dan penanda tumor untuk mendeteksi pola kekambuhan yang tidak biasa. Kanker kolorektal dapat bermetastasis ke segmen kolon lain, meskipun jarang. Kewaspadaan klinisi saat follow-up penting untuk memungkinkan deteksi dini pola metastasis yang tidak lazim sehingga tata laksana dapat segera diberikan dan hasil klinis lebih baik.

Kata Kunci: Kanker Kolorektal, Adenokarsinoma Rektum, Metastasis Sekum, Metakronik

PENDAHULUAN

Kanker kolorektal merupakan keganasan ketiga tersering dan penyebab kematian akibat kanker keempat di seluruh dunia (Yujie et al., 2023). Berdasarkan data *Surveillance, Epidemiology, and End Results* (SEER), lebih dari 153.000 kasus baru kanker kolorektal didiagnosis pada tahun 2023, mencakup 7,8% dari seluruh kanker baru, dengan sekitar 70% merupakan kanker kolon dan sisanya kanker rektum. Pria lebih sering terkena kanker kolon (53%) dan pada usia lebih muda dibandingkan wanita. Selain itu, proporsi kanker kolorektal pada usia <55 tahun terus meningkat (Siegel et al., 2023). Di Indonesia, *incidence rate* kanker kolorektal tahun 2008 adalah 17,2% per 100.000 penduduk per tahun, menempatkan Indonesia pada urutan keempat di ASEAN dengan kasus terbanyak, dan angka ini diperkirakan terus meningkat (Sayuti & Nouva, 2019).

Kanker kolorektal berkembang perlahan, biasanya diawali pertumbuhan adenoma hingga transformasi menjadi adenokarsinoma akibat akumulasi perubahan genetik dan epigenetik (Yujie et al., 2023). Sebagian besar kasus bersifat sporadis, sekitar 5% disebabkan mutasi genetik yang diwariskan, terutama pada sindrom *Lynch* (*hereditary nonpolyposis colorectal cancer/HNPCC*) dan *Familial Adenomatous Polyposis* (FAP) akibat mutasi gen *Adenomatous Polyposis Coli* (APC) (Sayuti & Nouva, 2019; Xiao et al., 2019). Progresi kanker umumnya mengikuti urutan adenoma-karsinoma, meskipun jalur alternatif seperti kelainan *DNA mismatch repair* (MMR) dan mutasi gen *BRAF* juga dapat terjadi (Xiao et al., 2019; Fabregas et al., 2022).

Manifestasi klinis kanker kolorektal sering berupa perubahan kebiasaan defekasi (diare atau konstipasi ≥ 6 minggu), hematochezia atau melena, perubahan bentuk tinja, nyeri perut, kembung, mual, muntah, rasa lelah, penurunan berat badan, hingga tanda obstruksi usus (Sayuti & Nouva, 2019;

Padang & Rotty, 2020). Untuk skrining, tersedia berbagai modalitas dengan pedoman yang bervariasi antarorganisasi (Smith et al., 2019). Diagnosis ditegakkan melalui biopsi jaringan dari kolonoskopi, pemeriksaan CEA, serta penentuan mutasi genetik. CT-scan toraks dan abdomen umumnya diperlukan untuk staging (Benson et al., 2021). Metastasis paling sering terjadi di kelenjar getah bening, hati (sekitar 20% pasien), dan paru (Yujie et al., 2023).

Terapi utama pada kanker kolorektal stadium awal yang terlokalisir adalah reseksi bedah. Stadium patologi merupakan faktor prognostik paling penting yang menentukan perlunya terapi tambahan seperti kemoterapi, imunoterapi, atau radioterapi. Pada kasus lanjut, terapi multimodal termasuk kemoterapi paliatif bertujuan meningkatkan kualitas dan harapan hidup pasien (Ven et al., 2019; PDQ, 2019). Pemantauan pasca-terapi menjadi kunci dalam mendeteksi kekambuhan atau metastasis dini. Sebagian besar metastasis kanker rektum bersifat ekstra-abdomen, sementara metastasis antar-segmen kolon jarang dilaporkan. Laporan kasus ini mengangkat perjalanan pasien dengan adenokarsinoma rektum yang setelah mendapat terapi kuratif mengalami metastasis metakronik ke caecum, sebuah pola penyebaran yang tidak lazim. Kasus ini menegaskan pentingnya evaluasi menyeluruh pasca perawatan dan kewaspadaan terhadap pola metastasis yang jarang namun bermakna secara klinis.

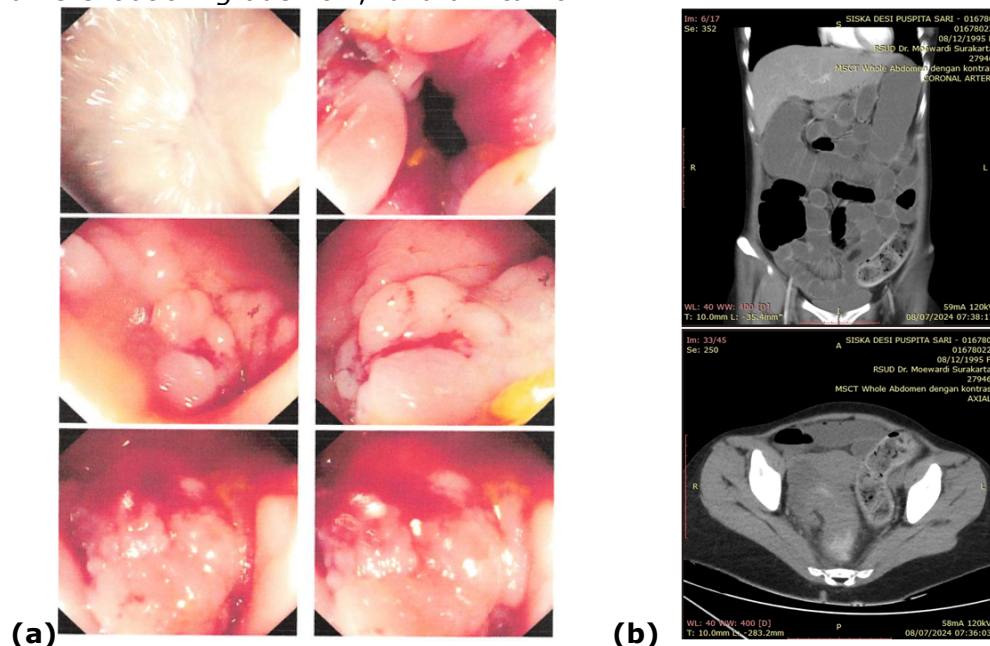
LAPORAN KASUS

Pada 4 Juli 2024, Pasien wanita berusia 29 tahun datang ke poli penyakit dalam RSUD dr. Moewardi dengan keluhan diare dalam waktu yang lama dan panas, di hari MRS pasien BAB cair 5x disertai lendir dan darah. Kemudian pasien dirawat inapikan di hari yang sama dengan advis dari poli. Pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum baik, TD : 111/73 mmHg RR: 20 x/m Nadi : 85 x/m S : 37,6 C.

Diagnosis awal pasien adalah diare kronis dan febris tifoid. Pasien mendapatkan terapi berupa infus RL 20 tpm, injeksi ranitidin 150 mg/12 jam, injeksi levofloksasin 500 mg /24 jam, injeksi narfoz 4 mg /8 jam, new diatab 3x1, buscopan 2x1.

Pada tanggal 5 Juli 2024 dilakukan USG abdomen dengan kesimpulannya didapatkan massa solid kesan di intralumen rectum, adanya keganasan belum dapat disingkirkan, *endometriotic cyst* ovarium kanan dan normal ovarian *folicle* kiri. Kemudian dilakukan kolonoskopi oleh dokter SpPD KGEH pada tanggal 8 Juli 2024 di RSUD dr.Moewardi, hasil pada anus dan anal kanal tampak hemorroid interna *grade 3*, fissura ani (-), TMSA kuat. Pada rektum tampak massa kedalaman *scope* 15 cm, memenuhi lumen, rapuh, dan mudah berdarah (gambar 1a). Kesimpulan didapatkan massa recti. Evaluasi biopsi PA didapatkan kesimpulan jaringan reseksi rektum berupa *adenocarcinoma*, NOS dengan *histologic grade moderately-differentiated*, *differentiation grade low*, ukuran tumor

sekitar 4,5 cm, TIL 20%, dan *phatologic staging classification* pT2 Nx Mx. Pada pasien juga dilakukan MSCT abdomen pada tanggal 8 Juli 2024 didapatkan kesimpulan berupa gambaran *bowel within bowel* yang membentuk *target sign* dengan komponen *fat* dan mesenterium di dalamnya di *regio rectosigmoid* dengan diameter 4,1 cm dengan segmen *colon sigmoid* yang tampak masuk ke *rectosigmoid junction* mengarah gambaran intususepsi colocolica yang menyebabkan Ileus obstruksi letak rendah dengan kecurigaan *incompetence ileocaecal valve*, penebalan disertai iregularitas pada *rectosigmoid* dengan ketebalan 1,8 cm disertai *fat stranding* di sekitarnya dengan gambaran Diverticel pada dinding *posterior rectosigmoid* setinggi VS 2 suspek Massa DD/ Proses Inflamasi, *multiple lymphadenopathy suspicious* di perivesica, mesorectal dan presacralis bilateral (gambar 1b). Pasien dikonsulkan ke TS bedah untuk penanganan selanjutnya dengan diagnosa adeno ca recti.



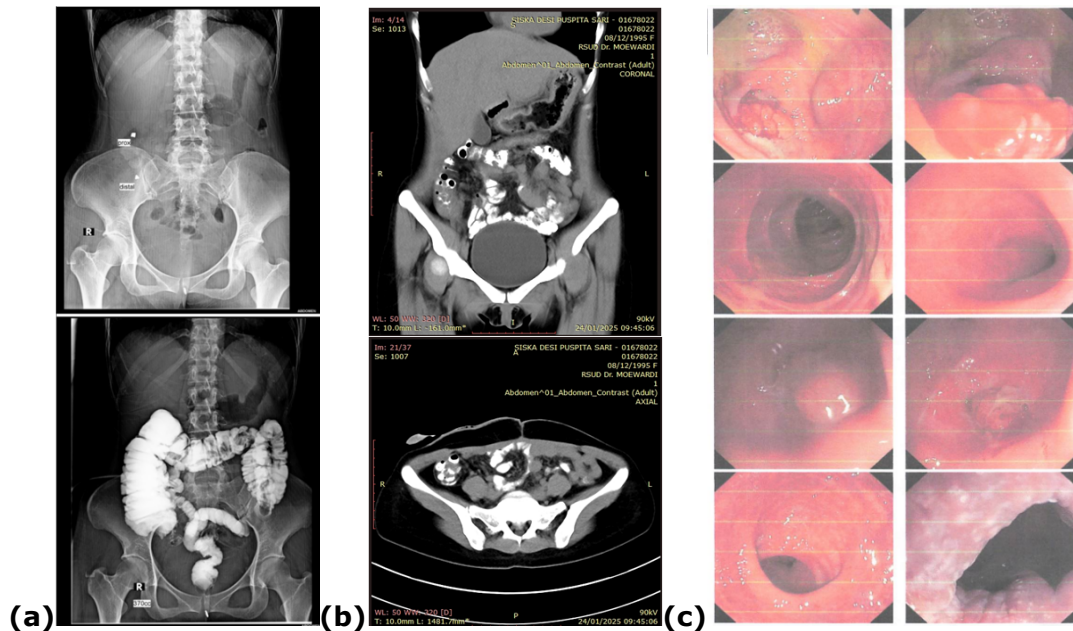
Gambar 1. Pemeriksaan penunjang pada 8 Juli 2024. (a) kolonoskopi. (b) MSCT abdomen

Pada 8 Juli 2024 dilakukan pemeriksaan laboratorium yang dilakukan sebelum operasi dengan hasil berupa Hb 11.6, HCT 34, AT 339, AL 10.6, AE 4.16, APTT 21.7, PT 14.7, INR 1.060, GDS 98, SGOT 17, SGPT 16, Alb 3.8, Ur 16, Cr 0.5, Na 139, K 3.3, HbsAg non reaktif. Pada 9 Juli 2024, dilakukan tindakan laparotomi *low anterior resection* pada rektum dan *sigmoid*, laparotomi ileostomy dengan diagnosa berupa ca rectum 1/3 proximal T4N2M0. Terapi post op diberikan inf smofkabiven 1fl/ 24 jam, inf futrolit/ 12 jam, inj ampicilin sx 1.5 gr/6 jam, inj dexketoprofen 50 mg/ 6 jam. Pada 10 Juli 2024 dilakukan kembali pemeriksaan laboratorium setelah operasi dengan hasil berupa Hb 10.5 HCT 32, AT 214, AL 8.7, AE 3.86. Setelah keadaan pasien membaik, pasien dipulangkan dan dijadwalkan untuk kontrol ke poli bedah guna evaluasi pada tanggal 15 Juli 2024.

Pada tanggal 31 Juli 2024, untuk pertama kalinya pasien mengikuti kemoterapi dari poli bedah RSUD dr. Moewardi. Pada 31 Juli 2024 dilakukan pemeriksaan laboratorium untuk kemoterapi 1 dengan hasil Hb 11.8 HCT 36, AT 555, AL 10.1, AE 4.36, SGOT 31, SGPT 31, Ur 24, Cr 0.6. Kemoterapi diulangi kembali tiap 2 minggu hingga tercapai 12 sesi kemoterapi dengan kemoterapi terakhir dilakukan pada tanggal 3 Januari 2025. Pada 3 Januari 2025 juga dilakukan pemeriksaan laboratorium dengan hasil berupa Ur 16, Cr 0.8.

Selanjutnya dilakukan evaluasi berupa lopografi pada tanggal 13 Januari 2025 dan didapatkan kesimpulan lopografi proksimal tak tampak kelainan, iregularitas pada *mucosa rectum* suspek *massa rectum*, *redundant colon descendens* (gambar 2a). *CT scan*

dilakukan pada tanggal 24 Januari 2025 didapatkan kesimpulan berupa penebalan disertai iregularitas di regio cavum pelvis disertai *fat stranding* di sekitarnya yang berbatas tidak tegas dengan aspek posterior uterus, dan vagina mengarah gambaran Massa Residu/Residif, lymphadenopathy di mesorectal, kista ovarium kanan, bone island di collum femur kanan, *distended blader* (gambar 2b). Pada 24 Januari 2025 juga dilakukan kembali pemeriksaan laboratorium dengan hasil berupa Hb 13.5 HCT 41, AT 373, AL 9.9, AE 4.51, GDS 76, SGOT 15, SGPT 8, Ur 10, Cr 0.7. Pada pasien dilakukan kolonoskopi kedua oleh dokter SpB-KBD pada tanggal 30 Januari 2025 di RSUD dr. Moewardi, hasil pada caecum tampak massa berdungkul, rapuh, polipoid. Pada colon ascenden, transversum, descendens tidak tampak massa, mucosa hiperemis (-), polip (-). Pada rektum tampak polip satu buah, bertangkai. Didapatkan kesimpulan berupa massa caecum susp synchronus tumor metastase, polip rectum (gambar 2c). Evaluasi biopsi PA didapatkan biopsi kolon caecum-rektum : *adenoma with low-grade dysplasia*. Perlu dicatat bahwa terdapat perbedaan hasil patologi anatomi antara lesi rektum (*adenokarsinoma, moderately differentiated*) dan lesi caecum (*adenoma dengan low-grade dysplasia*). Perbedaan ini menimbulkan pertanyaan diagnostik penting: apakah massa di caecum merepresentasikan metastasis metakronik dari kanker rektum primer, atau merupakan neoplasma baru yang berdiri sendiri. Hal ini memiliki implikasi klinis dan akan dibahas lebih lanjut pada bagian diskusi. Pada 31 Januari 2025 dilakukan pemeriksaan lab tumor marker CEA dengan hasil 0.63 dengan nilai rujukan < 3.00.



Gambar 2. Pemeriksaan penunjang pada Januari 2025. (a) Lopografi pada 13 Januari 2025, (b) CT scan pada 24 Januari 2025, (c) Kolonoskopi 30 Januari 2025

Seminggu kemudian, yakni pada tanggal 7 Februari 2025, pasien datang ke poli bedah RSUD dr. Moewardi dengan keluhan nyeri perut kanan sejak 1 minggu SMRS dan terpasang ileostomy. Pada tanggal 8 Februari 2025, pasien mulai dirawat inapikan dari poli dengan keterangan pro laparotomy hemicolectomy (D) dan tutup stoma. Pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum baik, kesadaran compos mentis. TD : 120/80 mmHg RR: 22 x/m Nadi : 80 x/m S : 36 C. Abdomen tampak stoma dan bekas luka laparotomi. Diagnosa masuk adalah ca caecum post ileostomy dengan rencana tatalaksana pro laparotomy hemicolectomy (D) dan tutup stoma, pada pasien diberikan antibiotik profilaksis berupa antibiotik cefazolin 2 gr.

Pada 8 Februari 2025 dilakukan pemeriksaan laboratorium yang dilakukan sebelum operasi dengan hasil berupa Hb 12.6, HCT 37, AT 375, AL 7.2, AE 4.26, APTT 31.6, PT 13.3, INR 0.930, GDS 97, SGOT 16, SGPT 15, Ur 18, Cr 0.7, Na 132, K 3.6, Ca 1.20, HbsAg non reaktif. Pada 10 Februari 2025, dilakukan tindakan

laparotomi hemicolectomy (D) kemudian dilanjutkan dengan anastomose *end to side ileum-colon transversum*. Terapi post op diberikan tutosol/ 12 jam, clinimix / 24 jam, inj ketorolac 1amp/8jam, inj ranitidin 50mg/12 jam, inj ampicilin 1gr/8jam. Pada 15 Februari 2025 dilakukan pemeriksaan laboratorium post-operasi dengan hasil berupa Hb 12.6, HCT 37, AT 418, AL 10.8, AE 4.33, Alb 3.6, Na 128, K 3.8, Ca 1.09, dan pada 16 Februari 2025 dilakukan kembali pemeriksaan laboratorium dengan hasil Na 133, K 3.2, Ca 1.13, dan Mg 0.59. Pasien dipulangkan pada tanggal 16 Februari 2025 dengan keadaan umum baik dan membawa obat pulang berupa cefixime tab 200 mg 2x1, proneuron cap 3x1, ranitidin tab 150 mg 2x1.

DISKUSI

Kanker kolorektal merupakan salah satu jenis keganasan yang cukup sering dijumpai. Pasien yang diduga memiliki kanker kolorektal adalah mereka yang memiliki perubahan pola dalam defekasi terlebih apabila disertai dengan BAB darah (William *et al.*, 2023). Pasien dilaporkan

mengalami diare kronis yang merupakan salah satu tanda perubahan kebiasaan buang air besar, diduga dari tumor yang memproduksi mukus (Sayuti & Nouva, 2019). Pada pasien dilakukan kolonoskopi sebagai skrining awal untuk mengetahui penyebab keluhan pasien. Kolonoskopi merupakan salah satu modalitas radiologi yang memiliki sensitivitas (95%) dan spesifisitas (99%) paling tinggi untuk deteksi kanker dan adenoma pre-malignan ataupun penyakit kolon lainnya (Padang & Rotty, 2020; Kemenkes RI, 2021). Selain itu, pemeriksaan ini menjadi standar emas karena dapat sekaligus menilai luas lesi, mengambil sampel jaringan, serta menyingkirkan diagnosis banding. Kolonoskopi dapat digunakan untuk menunjukkan gambaran seluruh mukosa kolon dan rektum. Prosedur kolonoskopi menggunakan alat kolonoskop berbentuk selang lentur dengan diameter sekitar 1,5 cm yang dilengkapi kamera yang dimasukkan ke dalam saluran pencernaan (Sayuti & Nouva, 2019). Kolonoskopi juga menyediakan kemampuan untuk mengambil sampel biopsi dari lesi yang dicurigai, yang dapat meningkatkan ketepatan diagnosis dan memungkinkan pengangkatan lesi yang mencurigakan secara menyeluruh (Padang & Rotty, 2020). Pada kolonoskopi didapatkan gambaran massa yang rapuh dan mudah berdarah di kedalaman scope 15 cm yang kemudian diambil sampel untuk dilakukan pemeriksaan biopsi PA.

Pada biopsi PA, hasil pemeriksaan adalah hasil histopatologi yang memberikan karakteristik berbagai jenis kanker maupun karsinoma di kolorektal yang selanjutnya dapat menjadi diagnosa definitif (Sayuti & Nouva, 2019). Pada biopsi PA ditemukan jaringan reseksi rectum berupa adenocarcinoma, ukuran tumor sekitar 4,5 cm dengan pathologic staging classification pT2 Nx Mx. Adenokarsinoma kolon merupakan keganasan kolon yang dominan (>90%), dengan tumor stroma neuroendokrin dan gastrointestinal serta limfoma yang

merupakan sebagian besar sisanya. Diagnosis patologis sering kali dibuat berdasarkan biopsi dan disempurnakan lebih lanjut berdasarkan patologi akhir apabila pasien menjalani reseksi definitif (Schaad *et al.*, 2024).

Pada pasien dilakukan *CT scan* abdomen untuk membantu menyingkirkan kemungkinan adanya lesi metastasis (Benson *et al.*, 2021). Pada pemeriksaan *CT scan* didapatkan adanya gambaran *bowel within bowel* yang membentuk *target sign* dengan komponen *fat* dan mesenterium di dalamnya di *regio rectosigmoid* dengan diameter 4,1 cm dengan segmen *colon sigmoid* yang tampak masuk ke *rectosigmoid junction* mengarah gambaran intususepsi colocolica yang menyebabkan Ileus obstruksi letak rendah dengan kecurigaan *incompetence ileocaecal valve*, penebalan disertai iregularitas pada rectosigmoid dengan ketebalan 1,8 cm disertai *fat stranding* disekitarnya dengan gambaran Diverticel pada dinding posterior rectosigmoid setinggi VS 2 suspek Massa DD/ Proses Inflamasi, disertai *multiple lymphadenopathy suspicious* di perivesica, mesorectal dan presacralis bilateral yang dicurigai sudah metastasis ke kelenjar getah bening regional.

Kanker rektum harus ditentukan stadiumnya menurut sistem TNM sebelum pengobatan, kecuali apabila pembedahan darurat diperlukan. Sistem TNM, sebagaimana didefinisikan oleh *American Joint Committee on Cancer*, menggambarkan kedalaman invasi tumor lokal (stadium T), luasnya keterlibatan kelenjar getah bening regional (stadium N), dan keberadaan metastasis jauh (stadium M) (You *et al.*, 2020). Pada pasien didiagnosis dengan Ca recti stadium T4N2M0 dan masuk dalam pengelompokan stadium IIIC menurut sistem TNM *American Joint Committee on Cancer* (AJCC) (Kemenkes RI, 2021).

Pada pasien kemudian dilakukan reseksi rektum dan pembuatan stoma, kemudian dilakukan kemoterapi post operasi. Tatalaksana pada ca rektum

berupa reseksi bedah merupakan pilihan utama dalam pengobatan kanker kolorektal pada stadium awal yang terlokalisir. Selain itu, pemeriksaan ini menjadi standar emas karena dapat sekaligus menilai luas lesi, mengambil sampel jaringan, serta menyingkirkan diagnosis banding. (Ven *et al.*, 2019 ; PDQ, 2019). Kemoterapi pada kanker kolorektal dapat diberikan sebagai terapi adjuvan post operatif atau secara kemoradiasi konkuren yang diberikan secara

bersamaan dengan terapi radiasi (Kemenkes RI, 2021). Kemoterapi adjuvan direkomendasikan untuk pasien dengan kanker rektum stadium II atau III klinis atau patologis jika kemoterapi sistemik belum diberikan sebelum operasi dan biasanya harus dimulai dalam waktu 8 minggu setelah reseksi radikal (You *et al.*, 2020). Berdasarkan PPK Kanker rektum kemenkes (2021), terdapat protokol tatalaksana dengan rincian dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1. Protokol Terapi menurut PPK Kanker Rektum Kemenkes (2021)

Stadium		Protokol Terapi
Stadium I		Eksisi transanal atau reseksi transabdomen + teknik TME bila resiko tinggi, observasi
Stadium IIA - IIIC		Neoadjuvan kemoradioterapi (5-FU/RT short course atau Capecitabine/RT short course), reseksi transabdominal (AR atau APR) dengan teknik TME dan terapi adjuvant (5-FU ± leucovorin or FOLFOX or CapeOX)
Stadium IIIC dan/atau <i>locally unresectable</i>		Neoadjuvant: 5- FU/ RT or Cape/RT or 5FU/Leuco/RT (RT: Long course 25x), reseksi trans-abd resection + teknik TME bila memungkinkan dan adjuvant in any T (5-FU ± leucovorin or FOLFOX or CapeOx)
Stadium (Metastasis direseksi)	IVA/B dapat	Kombinasi kemoterapi atau reseksi staged/synchronous lesi metastasis+ lesi rektum atau 5-FU/pelvic RT. Lakukan reassessmen untuk menentukan stadium dan kemungkinan reseksi
Stadium (metastasis synchronous tidak dapat direseksi atau secara medis inoparabel)	IVA/B	Bila simptomatik (terapi simptomatis: reseksi atau stoma atau kolon stenting), lanjutkan dengan kemoterapi untuk kanker lanjut. Bila asimtomatik berikan terapi non-surgikal lalu reassess untuk menentukan kemungkinan untuk reseksi.

Pasien kemudian dilakukan evaluasi berupa lopografi setelah selesai dengan kemoterapi. Lopografi merupakan modalitas radiologi untuk mengevaluasi fungsi anatomi dan fisiologi dari saluran pencernaan bagian distal pada kondisi klinis kanker kolon. Pemeriksaan ini dilakukan dengan menggunakan kontras media positif dengan jenis *water soluble* yang dimasukkan ke dalam stoma pada dinding abdomen (Sari *et al.*, 2019). Pada lopografi pasien ini didapatkan kesimpulan lopografi proksimal tak

tampak kelainan, iregularitas pada mucosa rectum suspek massa rectum, redundant colon descendens Pasien juga dilakukan pemeriksaan lab tumor marker CEA dan didapatkan nilai 0,63 dengan nilai rujukan <3.00. Serum *carcinoembryonic antigen* (CEA) merupakan salah satu penanda tumor yang paling banyak digunakan untuk uji skrining, memprediksi respons pengobatan dan kelangsungan hidup, serta mendeteksi kekambuhan pada kanker kolorektal. CEA merupakan

glikoprotein pada permukaan sel epitel kolon dan diketahui berperan penting sebagai ligan dalam penyebaran kanker. Peningkatan serum CEA ditemukan pada 17~47% pasien kanker kolorektal. Sebagian besar pedoman saat ini merekomendasikan pemeriksaan serum CEA secara teratur setelah pengobatan sebagai cara untuk mendeteksi kekambuhan penyakit (Ven *et al.*, 2019). Pada pasien dilakukan evaluasi kolonoskopi dan CT scan kembali dan didapatkan terdapat metastasis tumor ke caecum.

Metastasis adalah penyebab utama kematian pada pasien dengan karsinoma kolorektal (CRC). Proses sel tumor meninggalkan lokasi primernya dan membentuk koloni baru di jaringan yang jauh digambarkan sebagai kaskade invasi-metastasis. Proses ini terdiri dari lima langkah diantaranya invasi lokal sel tumor ke matriks di sekitarnya, intravasasi sel tumor ke dalam sistem peredaran darah atau pembuluh limfe, transportasi sistemik sel tumor, ekstrasvasi sel tumor ke parenkim jaringan yang jauh, kolonisasi organ yang jauh dan pembentukan tumor makroskopis (Pretzsch *et al.*, 2019). Metastasis ke organ lain dari kanker kolorektal primer paling umum adalah organ hati diikuti oleh paru, tetapi terdapat beberapa studi klinis yang menunjukkan perbedaan pola metastasis antara kanker kolon dan kanker rektum. Pasien kanker rektum lebih sering mengalami metastasis di lokasi ekstra-abdomen sementara pasien dengan kanker kolon memiliki tingkat metastasis abdomen yang lebih tinggi (Qiu *et al.*, 2015). Lokasi anatomi dan subtipe histologis sangat memengaruhi pola metastasis saat mempertimbangkan organ di luar hati: kanker rektal bermetastasis ke toraks, sistem saraf, dan tulang, sedangkan kanker colon dan adenokarsinoma musinosa dan adenokarsinoma signet ring bermetastasis ke dalam peritoneum (Riihimaki *et al.*, 2016).

Insiden metastasis kolorektal dari kanker kolorektal primer jarang terjadi, dan membedakan kanker kolorektal primer dari metastasis bisa jadi sulit. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Kojima, hanya terdapat 3 laporan dalam bahasa Inggris dan 6 laporan dalam bahasa Jepang yang menjelaskan dugaan kasus metastasis kolorektal dari kanker kolorektal. Diagnosis metastasis kolorektal sulit dapat disebabkan karena sebagian besar kasus terjadi sebagai bagian dari penyakit sistemik lanjut ataupun karena tumor dapat menginvasi lapisan mukosa yang seringkali menyerupai karsinoma primer walaupun biasanya metastasis merupakan tumor submukosa. Mekanisme pasti metastasis kolorektal dari kanker kolorektal primer belum sepenuhnya dijelaskan sehingga dugaan penyebaran hematogen atau limfogen tetap ada (Kojima *et al.*, 2018). Hal ini menegaskan bahwa kasus pasien ini tergolong langka dan perlu perhatian khusus dalam menafsirkan temuan patologinya.

Pada PA bulan Juli 2024 dari jaringan rektum ditemukan hasil adenocarcinoma, kemudian pada PA bulan Februari 2025 dari jaringan caecum ditemukan hasil adenoma *with low grade dysplasia*. Pada kedua hasil PA ini ditemukan kesamaan asal jaringan tumor yakni dari sel epitel kelenjar yang dapat mensekresi mukus dalam jumlah yang berbeda-beda (Padang & Rotty, 2020). Pada pasien sudah dilakukan tatalaksana kuratif awal dan kemoterapi lalu dilakukan evaluasi dan ditemukan adanya massa pada caecum dengan asal sel tumor yang sama sehingga pada kasus ini dapat dikatakan terjadi metastasis *metachronous*. Metastasis *metachronous* adalah metastasis yang ditemukan setelah menyelesaikan pengobatan kuratif pada diagnosis primer (Pape *et al.*, 2022). Tumor *metachronous* mengacu pada kasus di mana kanker primer kedua didiagnosis lebih dari 6 bulan setelah diagnosis kanker primer pertama. Sementara itu, tumor *synchronous*

mengacu pada kasus di mana kanker primer kedua didiagnosis dalam waktu sebelum 6 bulan setelah kanker primer pertama (Meng *et al.*, 2017).

Net survival rate dalam 1 tahun adalah 41,8% untuk metastasis *synchronous* dan 49,9% untuk metastasis *metachronous*, sedangkan kelangsungan hidup bersih dalam 5 tahun adalah 6,2% untuk metastasis *synchronous* dan 13,2% untuk metastasis *metachronous*. Rasio kematian yang telah disesuaikan setelah *synchronous* dan *metachronous* menurun sebesar 2,5 kali pada pasien dengan status sinkron dan 3,7 kali pada pasien dengan status metakronus (Reboux *et al.*, 2022). Dalam kelompok kanker *metachronous*, waktu interval median adalah 60 bulan, dan interval waktu yang pendek (≤ 60 bulan) dikaitkan dengan waktu kelangsungan hidup yang lebih pendek. Selain itu, kelangsungan hidup lebih lama ditemukan pada kelompok usia yang lebih muda (≤ 50 tahun) dan pada pasien yang menjalani terapi komprehensif berbasis pembedahan. Namun, hanya interval waktu (≤ 60 bulan) yang merupakan faktor prognostik independen yang berhubungan dengan kelangsungan hidup pada kelompok kanker *metachronous*. Oleh karena itu, pengawasan dan tindak lanjut yang cermat sangat penting bagi pasien-pasien ini (Meng *et al.*, 2017).

Perawatan untuk metastasis dapat berupa (a.) Biomarker testing, (b.) Terapi lokal, (c.) *resection*, (d.) *Neoadjuvant chemotherapy* (2-3 bulan) FOLFOX atau CAPEOX atau (FLOX or Capecitabine or 5-FU/leucovorin) (category 2B). Pertama melalui hasil dari reseksi, apabila tidak terdapat perkembangan, kembali dilakukan *neoadjuvant chemotherapy*. Apabila ada perkembangan dilakukan terapi *systemic* dan *biologic therapy* (REC-E) (kategori 2B untuk *biologic therapy*) atau dilakukan observasi lebih lanjut. Untuk metastasis yang tidak bisa direseksi, perawatan primer menggunakan FOLFIRI $\pm$ (bevacizumab/ziv-

aflibercept/ramucirumab) atau Irinotecan $\pm$ (Cetuximab/panitumumab) (KRAS/NRAS WT gene only)t,cc atau (Nivolumab or pembrolizumab) (dMMR/MSI-H only), setelah itu dilakukan re-evaluasi per dua bulan apabila kapabilitas reseksi dapat menjadi tujuan utama. Apabila setelah re-evaluasi dapat dilakukan reseksi, maka dilakukanlah reseksi. Apabila tidak, dilakukan *systemic therapy* (NCCN, 2017).

Pada pasien dilakukan laparotomi *hemicolecotomy* dan anastomosis. laparotomi *hemicolecotomy* merupakan prosedur yang melibatkan pengangkatan sekum, kolon asendens, fleksura hepatic, sepertiga pertama kolon transversal, dan sebagian ileum terminal (Delibegovic, 2022). Limfonodi yang dekat dengan usus juga akan diangkat. Selanjutnya kedua ujung usus yang sehat disatukan yang disebut dengan anastomosis (Sandwell & Birmingham, 2023). Pasien kemudian pulang dengan keadaan umum yang baik. Prognosis untuk kanker usus besar bergantung pada stadiumnya. Faktor pasien seperti usia, penyakit penyerta, dan faktor terkait tumor juga memengaruhi prognosis. Indikator prognosis yang paling penting adalah stadium patologis, yang didukung oleh data SEER (*Surveillance, Epidemiology, and End Results*). Tingkat kelangsungan hidup keseluruhan 5 tahun untuk kanker usus besar stadium I adalah 74%, untuk stadium IIA adalah 66%, untuk stadium IIB adalah 58%, untuk stadium IIC adalah 37%, untuk stadium IIIA adalah 73%, untuk stadium IIIB adalah 46%, untuk stadium IIIC adalah 28%, dan stadium IV adalah 5%. Angka-angka ini sesuai dengan tingkat kelangsungan hidup 5 tahun sebesar 90% untuk penyakit lokal, 73% untuk penyakit regional, 13% untuk penyakit jauh, dan 63% untuk semua kasus (Lin *et al.*, 2021).

KESIMPULAN

Kanker kolorektal merupakan salah satu jenis keganasan yang cukup

sering dijumpai. Metastasis *metachronous* dapat terjadi setelah penyelesaian tatalaksana awal diagnosis primer walaupun kejadian metastasis kolorektal dari kanker kolorektal primer merupakan kasus yang jarang terjadi. Evaluasi komprehensif diperlukan untuk menentukan diagnosis yang tepat dan penerapan pengobatan awal maupun lanjutan yang optimal.

DAFTAR PUSTAKA

- Benson AB, Venook AP, Al-Hawary MM, Arain MA, Chen YJ, Ciombor KK, Cohen S, Cooper HS, Deming D, Farkas L, Garrido-Laguna I, Grem JL, Gunn A, Hecht JR, Hoffe S, Hubbard J, Hunt S, Johung KL, Kirilcuk N, Krishnamurthi S, Messersmith WA, Meyerhardt J, Miller ED, Mulcahy MF, Nurkin S, Overman MJ, Parikh A, Patel H, Pedersen K, Saltz L, Schneider C, Shibata D, Skibber JM, Sofocleous CT, Stoffel EM, Stotsky-Himelfarb E, Willett CG, Gregory KM, Gurski LA. 2021. Colon Cancer, Version 2.2021, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J Natl Compr Canc Netw. 19(3):329-359. [PubMed: 33724754]
- Delibegovic S. 2022. Laparoscopic Right Hemicolectomy - Anatomy and Critical Structures : Review. *South-East European Endo-Surgery*. 1:12-19. doi.org/10.55791/2831-0098.1.1.89
- Fabregas JC, Ramnaraig B, George TJ. 2022. Clinical Updates for Colon Cancer Care in 2022. Clin Colorectal Cancer. 21(3):198-203. [PubMed: 35729033]
- Kemenkes RI. 2021. Panduan Pelayanan Klinis Kanker Rektum. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta : Kementerian Kesehatan
- Kojima, S., Sakamoto, T., Nagai, Y. *et al*. 2018. Metachronous rectal metastasis from primary transverse colon cancer: a case report. *surg case rep* 4, 90. <https://doi.org/10.1186/s40792-018-0498-0>
- Lin J, McGlynn KA, Shriver CD, Zhu K. 2021. Comparison of Survival among Colon Cancer Patients in the U.S. Military Health System and Patients in the Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Program. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 30(7):1359-1365. [PMC free article: PMC8477343] [PubMed: 34162655]
- Meng Lv, Zhang X, Shen Y, Wang F, Yang J, Wang B, Chen Z, Li P, Zhang X, Li S, Yang J. 2017. Clinical analysis and prognosis of synchronous and metachronous multiple primary malignant tumors. Medicine (Baltimore). 96(17):e6799. doi: 10.1097/MD.0000000000006799. PMID: 28445321; PMCID: PMC5413286.
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). 2017. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Rectal Cancer. Ver. 3.2017. Fort Washington, PA: nccn. Current version available online at <https://www2.tri-kobe.org/nccn/guideline/colorectal/english/rectal.pdf>
- Padang M S., Rotty L. 2020. Adenokarsinoma Kolon: Laporan Kasus. e-CliniC. 8(2):229-236 DOI: <https://doi.org/10.35790/ecl.8.2.2020.30539>
- Pape M, Vissers PAJ, Bertwistle D, McDonald L, Slingerland M, Haj Mohammad N, Beerepoot LV, Ruurda JP, Nieuwenhuijzen GAP, Jeene PM, van Laarhoven HWM, Verhoeven RHA. 2022. A population-based study in synchronous versus metachronous metastatic esophagogastric adenocarcinoma. Ther Adv Med Oncol. 14:17588359221085557. doi: 10.1177/17588359221085557. PMID: 35356260; PMCID: PMC8958715.

- PDQ Adult Treatment Editorial Board. 2024. PDQ Cancer Information Summaries [Internet]. National Cancer Institute (US); Bethesda (MD). Colon Cancer Treatment (PDQ®): Health Professional Version. [PubMed: 26389297]
- Pretzsch E, Bösch F, Neumann J, Ganschow P, Bazhin A, Guba M, Werner J, Angele M. 2019. Mechanisms of Metastasis in Colorectal Cancer and Metastatic Organotropism: Hematogenous versus Peritoneal Spread. *J Oncol.*;2019:7407190. doi: 10.1155/2019/7407190. PMID: 31641356; PMCID: PMC6770301.
- Qiu M., Hu J., Yang D., Cosgrove D. Peter, Xu R. 2015. Pattern of distant metastases in colorectal cancer: a SEER based study. *Oncotarget.*; 6: 38658-38666. doi.org/10.18632/oncotarget.6130
- Riihimäki, M. Hemminki A, Sundquist J, Hemminki K. 2016. Patterns of metastasis in colon and rectal cancer. *Sci. Rep.* 6, 29765; doi: 10.1038/srep29765
- Reboux N, Jooste V, Goungounga J, Robaszkiewicz M, Nousbaum JB, Bouvier AM. 2022. Incidence and Survival in Synchronous and Metachronous Liver Metastases From Colorectal Cancer. *JAMA Netw Open.* 5(10):e2236666. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.36666. PMID: 36239935; PMCID: PMC9568798.
- Sari G, Putri T R, Samsun, Sriyatun, Heru1 N. 2019. Loopography Examination for Colon Cancer Cases in Tangerang District Public Hospital. *Sanitas : Jurnal Teknologi dan Seni Kesehatan.* VOL.10 (2), 2019 : 117 - 127
- Sandwell, Birmingham W. 2023. Right Hemicolectomy : Information and advice for patients. NHS Trust.
- Sayuti M., Nouva. 2019. Kanker Kolorektal. *Jurnal Averrous.* Vol.5 (2) : 76-88
- Schaad N, Berezowska S, Perren A, Hewer E. 2024. Impact of template-based synoptic reporting on completeness of surgical pathology reports. *Virchows Arch.* Jan;484(1):31-36. [PMC free article: PMC10791929] [PubMed: 37017774]
- Siegel RL, Wagle NS, Cercek A, Smith RA, Jemal A. 2023. Colorectal cancer statistics. *CA Cancer J Clin.* 73(3):233-254. [PubMed: 36856579]
- Smith RA, Andrews KS, Brooks D, Fedewa SA, Manassaram-Baptiste D, Saslow D, Wender RC. 2019. Cancer screening in the United States, 2019: A review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening. *CA Cancer J Clin.* 69(3):184-210.
- Ven Fong Z, Chang DC, Lillemoe KD, Nipp RD, Tanabe KK, Qadan M. 2019. Contemporary Opportunity for Prehabilitation as Part of an Enhanced Recovery after Surgery Pathway in Colorectal Surgery. *Clin Colon Rectal Surg.* 32(2):95-101. [PMC free article: PMC6395100] [PubMed: 30833857]
- William K., Setiawan N B W, Nugraha I B A. 2023. Laporan Kasus Diagnostik ddddaan Tatalaksana Seorang Pasien dengan Intramucosal Adenocarcinoma Colorectal. *Ganesha Medicina Journal.* Vol 3 No 1
- Xiao JB, Leng AM, Zhang YQ, Wen Z, He J, Ye GN. 2019. CUEDC2: multifunctional roles in carcinogenesis. *Front Biosci (Landmark Ed).* 24(5):935-946. [PubMed: 30844721]
- Yujie Jing, Chen Li, Tianming Du, Tao Jiang, Hongzan Su, Jinzhu Yang, Liyu Shi, Minghe Gao , Marcin Grzegorzec, Xiaoyan Li. 2023. A comprehensive survey of intestine histopathological image analysis using machine vision approaches. *Computers in Biology and Medicine,* Vol 165.

doi.org/10.1016/j.compbimed.2023.107388

You Y. Nancy, Karin M. Hardiman, Andrea Bafford, Vitaliy Poylin, Todd D. Francone, Kurt Davis, Ian M. Paquette, R. Steele, Daniel L. Feingold. 2020. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Rectal Cancer. DISEASES OF THE COLON & RECTUM. VOLUME 63 (9) : 1191-1222