

KANKER KULIT

☞ Pengertian.

Cancer adalah pertumbuhan dari sel tubuh yang bersifat merusak dan tidak beraturan serta menyebar melalui jaringan yang normal. (Rushdal, 1999).

☞ Penyebaran Kanker.

Tempat dimana pertama kali kanker bermula disebut “primary site”, sedang bagian yang mengalami metastasic disebut “secondary site atau lesi sekunder”, kanker mungkin menyebar melalui tubuh dengan jalan :

- Memperluas diri dengan bergerak langsung ke jaringan terdekat atau cavitas tubuh, seperti perut atau dada. (bagian yang sering kali terinvasi).
- Berjalan melalui pembuluh darah atau sistem limfe ke bagian tubuh lainnya, terutama paru, tulang dan lever.

☞ ABCD Formula untuk Kanker kulit.

Akademi Dermatologi Amerika mengembangkan ABCD Formula sebagai petunjuk dalam menentukan lesi mana yang bersifat abnormal guna menjamin investigasi lebih lanjut, ABCD Formula adalah sebagai berikut :

- A : Asymetry (A simetris).
Setengah bagaian dari lesi kulit tidak bersesuaian dengan yang lain.
- B : Border irregularity (batasan yang tidak reguler).
Bagian tepi dari lesi kulit seperti kulit kerang atau tidak rata.
- C : Color (warna).
Pigmentasi yang bervariasi pada lesi. Bayangan coklat kekuningan, coklat dan hitam. Merah, putih dan biru dimungkinkan juga terdapat sebagai penampakan noda.
- D : Diameter.
Lesi meningkat dalam ukuran atau diameter dari lesi lebih besar dari 6 mm.

(Fuller, 2000)

☞ Tipe Ca. Kulit.

Tumor-tumor ganas kulit yang paling sering ditemukan adalah :

- Basalioma (Basal cell center / Tumor sel basal) biasanya mulai tumbuh sebagai benjolan yang transparan, kadang dengan pinggir yang seperti mutiara. Bagian sentral benjolan tersebut lalu mencekung dan halus, seakan-akan menyembuh. Tumbuhnya lambat dengan ulserasi. Jenis ulkus rodians tumbuh lebih cepat dan dapat menyebabkan kerusakan hebat disekitarnya.

Merupakan keganasan kulit yang paling sering ditemukan, umumnya didaerah wajah dan paling banyak timbul pada kulit putih yang kulitnya miskin pelindung terhadap sinar ultraviolet dari cahaya matahari. Tumor ini berasal dari sel lapisan basal atau dari lapis luar sel folikel rambut.

- Karsinoma Planocellulare (Squamous-cell cancer) adalah tipe terbesar kedua dan mulai tumbuh dalam sel-sel skuamosa bagian epidermis kulit. Kanker jenis ini tumbuh dan berkembang lebih cepat dibanding dengan sel basal dan bermetastase sekitar 2 %. Akan tetapi, karsinoma yang tumbuh pada bibir atau pada luka bakar atau jaringan parut sinar X bermetastase skitar 20 % (Dale, 2000)

Karsinoma sel skuamosa dapat tumbuh dengan berbagai ragam bentuk secara mikroskopik batasnya tidak jelas, timbul penebalan karena pertandakan dan dengan cepat terjadi ulserasi. Infiltrasi sel-sel tumor kedalam sering lebih dalam dari indurasi yang dapat diraba sel histologik, tumor ganas dibagi dalam 3 sub tipe :

- a. Cornificans.
 - b. Non cornificans.
 - c. Undifferentiated.
- Melanoma malignant adalah tipe kanker kulit ketiga dan dipertimbangkan lebih serius daripada jenis kanker kulit non melanoma. Ini berkembang dalam melanosit epidermis. Melanoma biasanya berwarna coklat kehitaman, meskipun lesi mungkin tidak berpigment (amelanotik). Ini biasanya mempengaruhi kulit tetapi dapat terjadi juga pada daerah atau bagian lain, melanoma malignant lentigo dan melanoma lentiginus akral.

Melanoma mempunyai 2 fase pertumbuhan yaitu fase radial dan horizontal.

☞ Terapi dan Gangguan.

Satu terapi dan gangguan peringatan yang paling umum dari kanker kulit non melanoma adalah adanya perubahan pada kulit non melanoma adalah adanya perubahan pada kulit itu sendiri karsinoma sel basal dan sel skuamosa mempunyai beberapa penampilan berbeda. Bermula sebagai nodul atau benjolan kecil, halus, mengkilap, pucat, berlilin di kepala, leher atau tangan. Hal ini kadang-kadang berkembang satu krusta. Dilain waktu mereka tampak sebagai titik merah datar baik berupa skal dan krusta atau rata dan tipis. Kadang-kadang mereka tampil sebagai satu gumpalan merah keras.

Melanoma malignan mungkin terlihat secara tiba-tiba tanpa gangguan awal tetapi biasanya tampak dalam atau dekat tahi lalat atau benjolan hitam lainnya pada kulit. Tanda akhir dari melanoma meliputi pertumbuhan tahi lalat horizontal dan vertikal atau

adanya lesi dengan gerkana pertumbuhan yang serupa seperti tahi lalat diatas, perdarahan dan krusta pada lesi.

☞ Prognosis.

Prognosi untuk BBC dan SCC tergantung metastase, yang berhubungan dengan tipe histologik dan level kedalaman invasi, biasanya tumor berkembang di area yang terpapar cahaya matahari atau tetap terjadinya perlukaan dan jarang menyebabkan kematian. Tempat dimana SCC berkembang tanpa riwayat paparan cahaya matahari atau formasi penampakan scar, akan mempunyai kesempatan yang lebih besar untuk menyebar. Jaringan limfe regional hendaknya dievaluasi terhadap kejadian metastase (Smelizer, 1999).

Untuk melanoma malignan prognosis kejadian kesempatan jangka panjang untuk tetap hidup (5 tahun) sangat jarnag apabila lesi labih tebal dari 4 mm. Pasien dengan melanoma di tangan, kaki atau kulit kepala mempunyai kecenderungan untuk bermetastase ke jaringan tulang, liver, paru-paru, spleen, sistem saraf pusat dan jaringan limfe. Laki-laki dan klien dengan usila juga mempunyai prognosis yang buruk (Demis, 1998).

☞ Faktor Resiko.

Untuk kanker kulit meliputi : corak kulit kuning langsung, mata biru, rambut pirang / merah, bekerja diluar ruangan, lansia dengan kulit rusak karena matahari, riwayat tindakan sinar-x terjadi kordis kulit, pemajaran pada agens kimia tertentu (arsenik, nitrat, tar dan ter, minyak dan parafin) jaringan parut luka bakar, kerusakan kulit pada area osteomielitis kronis, lubang fistula, terapi immunosupresi jangka panjang, keretakan genetik.

☞ Diagnosis.

Diagnosis kanker kulit dibuat dengan biopsi dari lesi-lesi yang dicurigai, jenis biopsi meliputi penyayatan,dimana lapisan kulit diatas lesi diambil, yakin dengan cara biopsi, insisi dan eksisi. Bila dicurigai adanya melanoma maka iopsi dan eksisi merupakan metode pilihan sehingga kedalamn lesi dapat diukur. Pengukuran kedalaman secara langsung disebut level breslow dan merupakan satu indikasi penentuan prognosis yang penting. Untuk melanoma-melanoma tipis dan kebanyakan karsinoma sel basal dan sel squamosa, pengangkatan melalui pembedahan adalah semua yang diindikasikan dan tidak membutuhkan pemeriksaan diagnosa lanjutan. Untuk melanoma yang dalam pemeriksaan mungkn diindikasikan untuk menemukan adanya metastase penyakit.ini meliputi pemeriksaan darah,pemeriksaan sinar-x, dan atau skar CT.

☛ Pengkajian.

⇒ Riwayat.

Biodata merupakan informasi umum tentang siapa klien dan latar belakangnya. Biodata mencakup vital statistic nama lengkap dan alamat, no. telepon, umur, tanggal, dan tempat lahir, jenis kelamin, suku bangsa, agama, bahasa, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, juga berkaitan dengan usia dan suku bangsa, perawat perlu menanyakan kepada klien mengenai riwayat keluarga yang mengidap kanker kulit dan kemungkinan pembedahan sebelumnya terhadap kulit yang terserang. Terjadi perubahan pada ukuran, agama dan lensasi mole, timbulnya, kutil atau scar juga penting untuk dikaji. Perawat membuktikan penyebaran tumor yang lebih cepat adalah karena pernafasan cahaya matahari dengan menanyakan tentang :

⇒ Lokasi geografis tempat tinggal klien.

⇒ Are geografis dimana klien saat ini berdiam.

⇒ Pekerjaan dan aktivitas rekreasi yang berkaitan dengan paparan cahaya matahari.

Terakhir perawat mengkaji riwayat pekerjaan terhadap paparan carsinogen kimia seperti (seperti : arsenic, coaltar, pitch, sampah radioaktif dan radium). Perawat juga perlu menanyakan tentang adanya pertumbuhan kulit yang meningkat resiko iritasinya oleh karena gesekan pakaian. (Ignatvicius, 1995).

⇒ Pengkajian fisik / Manifestasi klinis.

Kanker kulit sangat bervariasi jenisnya dan penyebarannya, walaupun sebagian besar dari lesi kanker terjadi pada area yang terpapar matahari. Perawat harus pula menginspeksi permukaan kulit bagian dalam (yang tidak terpapar matahari). Perawat secara sistematis memeriksa adanya lesi yang tidak umum pada kulit, mole yang tidak biasa, kutil, tahi lalat dan skar. Area dimana terdapat bulut tubuh seperti kulit kepala, dan genitalia juga perlu dikaji perawat melakukan palpasi untuk menentukan tekstur permukaan dari lesi. Perawat mendokumentasikan lokasi, ukuran, warna dan karakteristik permukaan dari lesi demikian pula paparan subyektif yang berkaitan dengan gatal dan kulit yang kasar (Ignatovicus, 1995).

1. Karsinoma sel basal.

- a. Lesi sering diawali sebagai nodul kecil dengan sebuah gulungan, putih seperti mutiara, batas tembus cahaya dengan telangiektasia, krusta, dan kadang ulserasi.
- b. Tampak paling sering pada kulit yang terpajan matahari, sering pada wajah antara garis rambut dan bibir bagian atas.
- c. Bila diabaikan, dapat menyebabkan destruksi lokal, hemoragi, dan infeksi jaringan sekitar, menghasilkan gangguan fungsi berat dan kosmetik.

2. Karsinoma sel skuamosa.

- a. Tampak seperti kasar kemerahan, tebal, lesi bersisik dengan perdarahan dan kesakitan atau mungkin asimtomatik, batas mungkin lebar lebih terinfiltrasi, dan lebih meradang daripada karsinoma sel basal.
- b. Dapat didahului dengan leukopenia (lesi premalignan membran mukosa) pada mulut atau lidah, keratosa astinik, lesi jaringan parut atau ulserasi.
- c. Terlihat paling umum pada bibir bawah, tepi telinga, kepala, leher dan punggung tangan.

☞ Pengkajian Sistem.

1. Aktivitas / Istirahat.

Gejala : Stress kelelahan ataupun keletihan.

Perubahan pada pola istirahat dan jam kebiasaan tidur pada malam hari, adanya faktor-faktor yang mempengaruhi tidur, misalnya : nyeri, ansietas, berkeringat malam.

2. Sirkulasi.

Gejala : palpitasi, nyeri dada pada pengerahan kerja.

Kebiasaan : perubahan pada tekanan darah.

3. Integritas ego.

Gejala : Faktor stress (keuangan, pekerjaan, perubahan peran) dan cara mengganti stress (mis : merokok, minum alkohol, menunda cari pengobatan, keyakinan religius).

Masalah tentang perubahan dalam penampilan, mis : alopecia, lesi, cacat, pembedahan.

Menyangkal diagnosis, perasaan tidak berdaya, putus asa, tidak mampu, tidak bermakna, kehilangan kontrol, depresi.

Tanda : Menyangkal, menarik diri, marah.

4. Eliminasi.

Gejala : Perubahan pada pola defekasi, mis : darah pada feces, nyeri pada defekasi.

Perubahan eliminasi urinarius, mis : nyeri / rasa terbakar pada saat berkemih, hematuri, sering berkemih.

Tanda : Perubahan pada bising usus, distensi umum.

5. Makanan / Cairan.

Gejala : Kebiasaan diet buruk (mis : rendah serat, tinggi lemak, aditif, bahan pengawet), anoreksia, mual/muntah, intoleransi makanan, perubahan pada berat badan, penurunan BB hebat, kakeksia, berkurangnya massa otot.

Tanda : Perubahan pada kelembaban/turgor kulit, oedema.

6. Neurosensori.

Gejala : Pusing, sincope.

7. Nyeri / Kenyamanan.

Gejala : Tidak ada nyeri, atau derajat nyeri bervariasi, mis : ketidak nyamanan ringan sampai nyeri berat (dihubungkan dengan proses penyakit).

8. Pernafasan.

Gejala : Merokok (tembakau, mariyuana, hidup dengan seseorang yang merokok), pemajanan asbes.

9. Keamanan.

Gejala : Pemajanan pada kimia toksik, karsinogen, pemajanan matahari lama / berlebihan.

Tanda : Demam, ruam kulit, ulserasi.

10. Seksualitas.

Gejala : Masalah seksual mis : dampak pada hubungan, perubahan pada tingkat kepuasan, nuligravida lebih besar dari usia 30 th, multigravida, pasangan seks multiple, aktivitas seksual dini, herpes genital.

11. Interaksi sosial.

Gejala : Ketidak adekuatan / kelemahan sistem pendukung, riwayat perkawinaan (berkenaan dengan kepuasan di rumah, dukungan atau bantuan), masalah tentang fungsi / tanggung jawab peran.

☞ Grade 1 : lebih dari 75 % sel-sel tumor berdiferensiasi baik.

Grade 2 : yang berdeferensiasi baik, antar 50-75 %.

Grade 3 : yang bedefereensiasi baik, antara 25-50 %.

Grade 4 : yang berdeferensiasi baik kurang dari 25 %.

Untuk pentahapan tumor ganas ini secara klienis, kami gunakan sistem T.N.M. (UICC 1976) (13).

T : Tumor primer.

Tis : karsinoma insitu, dimana sel-sel tumor belummenginfiltrasi lapisan papilaris dari dermis.

T0 : tidak ditemukan tumor primer.

T1 : tumor kurang / sama dengan 2 cm dalam ukuran terbesar, eksofitik dan hanya dalam epidermis.

T2 : tumor dalam ukuran terbesarnya lebih dari 2 cm, dan kurang sama 5 cm, atau infiltrasi minimal kelapisan dermis.

T3 : tumor lebih dari 5 cm, atau tanpa memandang ukurannya dengan infiltrasi yang dalam kelapisan dermis.

T4 : tumor meluas ke jaringan lain sekitarnya, seperti tulang-tulang rawan, otot dan lain-lain.

TX : syarat-syarat minimal keadaan tumor tidak terpenuhi.

N : lymph node, kelenjar getah bening regional setasiun ke 1.

No : kelenjar getah bening tidak teraba membesar.

N1 : kelenjar getah bening homo lateral teraba membesar, dan dapat digerakkan.

N2 : kelenjar getah bening cotra lateral / bilateral teraba membesar dan dapat digerakkan.

N3 : kelenjar getah bening teraba membesar, tetapi tidak dapat digerakkan Nx, bila syarat minimal penentuan keadaan kelenjar getah bening tidak dapat dipenuhi.

*Tingkatan N2 tidak digunakan untuk tungkai bawah. Pembesaran kelenjar getah bening kontralateral / dimasukkan dalam M1 (lymf).

M : Metastasis jauh.

M0 : Tidak ada tanda-tanda metastasis jauh.

M1 : Bukti adanya metastasis jauh, atau terbukti adanya metastasis dikelenjar getah bening kontralateral, bila tumor primernya ditungkai bawah.

Postsurgical Histopathological Classification :

p TNM pT-tumor primer : golongan pT sesuai dengan golongan T.

pN-kgb regional : golongan pN sesuai dengan gol. N dengan catatan, bahwa pN3 adalah metastasis kelenjar getah bening yang histologik menunjukkan pertumbuhan perinodular yang berhubungan dengan kgb disampingnya yang mengandung anak sebar, dan dengan infiltrasi ke jaringan sekitarnya (otot dll.).

pM metastasis jauh : golongan pM sesuai dengan golongan M.

3. Melanoma malignan.

- a. Melanoma in situ : fase paling awal, kesulitan untuk mengenalinya karena perubahan klienis minimal.
- b. Melanoma yang menyebar superfisial (paling umum) sirkular, dengan bagian luar tidak teratur; batas-batasnya datar atau menonjol dan dapat dipalpasi; mempunyai kombinasi warna corak coklat merah, coklat, dan hitam bercampur dengan abu-abu, hitam kebiruan, atau putih; mungkin warna mawar merah muda pada area kecil dalam lesi; terjadi dimana saja pada tubuh; biasanya mempengaruhi individu usia pertengahan.
- c. Melanoma nodular, nodul seperti blueberi lonjong dengan permukaan relatif halus dan relatif biru hitam merata, biru abu-abu, atau warna biru kemerahan; mungkin polipoidal dan menonjol, dengan permukaan halus pada warna mawar abu-abu atau hitam; terjadi paling umum pada torso dan ekstremitas: menginvasi secara langsung ke dalam tepat di bawah dermis (pertumbuhan vertikal) dan oleh sebab itu mempunyai prognosis lebih buruk.

- d. Lentigo melanoma malignan pertama tampak seperti merah coklat, makula datar; degenerasi malignan dimanifestasikan oleh perubahan warna, ukuran, dan topografi; berkembang lambat; terjadi pada permukaan kulit yang terpajan dari individu pada usia dekade kelima atau keenam.
- e. Melanoma akrolentiginosa (tidak umum, kecuali pada individu berkulit hitam) makula berpigmentasi tidak teratur dengan timbulnya nodul; dapat menjadi invasif dini, terjadi umumnya pada telapak tangan, telapak kaki, bantalan kuku dan jarang pada membran mukosa.

Klien mungkin melaporkan penurunan BB yang tidak terdeteksi, perasaan kurang nyaman, perubahan eliminasi dan fungsi normal yang lain. Ajarkan klien untuk melaporkan sesegera mungkin adanya tanda peringatan seimbang dengan yang telah diidentifikasi oleh American Cancer Society.

CAUTION berdasar kata :

C : change in bowel or bladder habits (perub. Pola BAB dan BAK).

A : asore that does not heal.

U : unusual bleeding or discharge.

T : thiekening or lump in breast or olsewhere.

I : indigestion or difficult swallowing.

O : obsivus change in wart or mole.

N : nagging chough or hearseness.

Mengkaji respon emosi dan fisik terhadap penyakit penting pula. Apakah klien memerlukan bantuan untuk memenuhi kebutuhannya. Apakah penyakit yang diderita berpengaruh terhadap aktivitas sosial atau harga diri. Apakah penyait yang diderita mengancam jiwa. Apakah klein merasa cemas atau takut terhadap pengobatan. Apakah diperlukan konseling rehabilitasi atau perawatan rumah. Apakah support kelompok tersedia. Apa reaksi anggota keluarga. Apakah pada klien akan dilakukan hospice care?. (Rushdal, 1999).

Penatalaksanaan.

Manajemen Kolaboratif.

Intervensi terapeutik.

Siapkan klien untuk terapi radiasi yang ditentukan dapat dilakukan untuk kanker kelopak mata, ujung hidung, di dalam atau dekat struktur vital (mis : saraf wajah), dimana

penghindaran jaringan sulit, dengan bentuk tindakan lain; juga digunakan untuk malignasi ekstensif yang tujuannya adalah paliasi atau bila kondisi medis lain kontra indikasi selain bentuk terapi.

Fotoradiasi dapat digunakan.

Intervensi Farmakologis.

Kemoterapi perfusi regional agens dapat diperfusi secara langsung kedalam area yang mengandung melanoma secara mekanis melalui pengontrolan aliran darah arteri dan vena; memungkinkan konsentrasi lebih tinggi obat sitotoksik untuk diberikan pada sisi tersebut, dengan sedikit toksisitas sistemik.

Kemoterapi sistemik; secara umum digunakan untuk kekambuhan metastase atau paliasi; dapat dikombinasi dengan transplantasi sumsum tulang autolog atau beberapa agens yang digunakan dalam kombinasi.

Program lain meliputi fluourasil topikal, interferon, retinoid.

Intervensi Pembedahan.

1. Kuretase diikuti dengan elektrodesikasi biasanya dilakukan pada tumor basal kecil atau tipe sel skuamosa (lebih kecil dari 1-2 cm).
2. Eksisi bedah; dapat diikuti dengan penutupan sederhana, flap atau graft.
3. Pembedahan yang dikontrol secara mikroskopis pemeriksaan mikroskopis segera dibuat dari bagian beku atau difiksasi secara kimiawi untuk tanda sel kanker. Lapisan diangkat sampai tidak ada lagi sel kanker yang terlihat.

Prinsip pengobatan tumor ganas kulit :

1. Kita harus berusaha untuk mengenali tumor kulit sedini mungkin.
2. Bila kita mencurigai adanya sifat ganas tumor tersebut, maka perlu dilakukan BIOPSI dengan narkosa umum atau regional. Dianjurkan untuk tidak memakai bius lokal dengan cara infiltrasi.
3. Bila keganasan tumor terbukti secara histologik, maka perlu dilakukan “Eksisi luas” dengan mengangkat cukup banyak kulit sehat keliling tumor, yang luasnya tergantung dari jenis tumor ganas kulit tersebut. Sesudah pinggir dan dasar sayatan preperat tersebut oleh PA dinyatakan “bebas tumor”, maka luka ditutup dengan Split Thickness Skinraft/stsq.
4. Bila dicurigai penyebaran ke kelenjar getahbening regional, kita lakukan biopsi kelenjar yang dicurigai tersebut. Bila ternyata kelenjar tersebut mengandung anak sebar

tumor, maka kita lakukan “Diseksi KGB Regional” secara total. Jika ternyata KGB tersebut tidak mengandung anak sebar tumor, maka kita dapat memilih antara 2 alternatif, yaitu :

- Melakukan “Diseksi elektif”, atau
 - Melakukan follow up yang KETAT.
5. Kelainan-kelainan pra kanker sebaiknya diobati secara tepat dan teliti.
 6. Cara-cara pengobatan lainnya seperti Cryo-surgery, Chemo surgery dari MOHS dapat dipakai untuk tumor-tumor kulit yang kecil, hanya pemeriksaan PA dari “pinggir sayatan” dengan cara-cara ini tidak dapat dilakukan. Tetapi pemakaiannya dapat dipertimbangkan pada proses yang sangat diffus, untuk mana cara-cara pengobatan lain tidak mungkin dipergunakan.
 7. Mengenai kepekaan tumor-tumor kulit terhadap Radioterapi, terdapat banyak salah pengertian. Sering penyinaran dapat diberikan pada tumor-tumor kulit yang relatif tidak peka, seperti Basalioma, dengan hasil baik, bila lokalisasi tumor memungkinkan pemberian radiasi dengan dosis tinggi dan merata, tanpa merusak jaringan sehat dan vital.
 8. Chemoterapi dengan sitostatika dapat dipergunakan dengan topikal (misalnya salp SFU) dan lokal (misal intra arterial infusion dan “perfusi regional”) atau sistemik, bila tumor sangat diffus atau sudah bermetastasis jauh.

Pemeriksaan Laboratorium.

- Laboratorium test dan Cuci darah.
Test lab dan pemeriksaan darah membantu mendiagnosa kanker. Sebagian malignasi dapat merubah komposisi atau status hematologic.
Tumor marker merupakan spesifik protein, antigens, gens, hormon, dan enzim yang dikeluarkan oleh tumor. Substansi ini terdapat di darah dan dapat membantu memonitor respon tumor terhadap perawatan (Rusdall, 1999).
- Diagnosa kanker kulit dibuat dengan biopsi dari lesi-lesi yang dicurigai. Jenis biopsi meliputi pernyataan, dimana lapisan kulit diatas lesi “diambil” yakni dengan cara biopsi, inisiasi, dan eksisi. Bila dicurigai adanya melanoma maka biopsi eksisi merupakan metode pilihan sehingga kedalaman lesi dapat diukur. Pengukuran kedalaman secara langsung ini disebut Level Breslow dan merupakan satu indikasi penentuan prognosis yang penting. Untuk melanoma-melanoma tipis dan kebanyakan karsinoma sel basal dan sel skuamosa, pengangkatan melalui pembedahan adalah semua yang diindikasikan dan tidak

dibutuhkan pemeriksaan diagnostik lanjutan. Untuk melanoma yang lebih dalam, pemeriksaan mungkin diindikasikan untuk menemukan adanya metastase penyakit. Ini meliputi pemeriksaan darah, pemeriksaan sinar x, dan atau CT scan.