

Laporan Kasus

Sindrom Pancoast–Tobias dengan Sindrom Horner sebagai Tanda Bahaya pada Nyeri Bahu Kronis: Laporan Kasus

Lulu Dian¹, Arlyndelia Alfitri Haryadi², Firda Judith Nurrahmah², Seftia Yolanda²,
Selma Christalia Hestining Prasetya²

¹ Spesialis Paru RSUD Cilegon, Cilegon, Banten

²Program Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Universitas Sultan Ageng Tirtayasa, Banten

*Korespondensi: arlyndelia@gmail.com

Abstrak

Pendahuluan: *Pancoast tumor* atau superior sulcus tumor merupakan keganasan paru di apeks yang sering melibatkan struktur *thoracic inlet* dan umumnya termasuk dalam *non-small cell lung cancer* (NSCLC).

Ilustrasi Kasus: Seorang laki-laki 41 tahun datang dengan sesak napas yang membara 1 hari sebelum masuk rumah sakit (SMRS). Tiga bulan sebelumnya, pasien mengalami nyeri bahu kiri menjalar ke lengan hingga jari kelingking. Keluhan disertai kebas dan kelemahan ekstremitas atas kiri, serta suara serak. Satu bulan sebelum masuk rumah sakit, muncul ptosis, miosis, dan anhidrosis pada sisi kiri wajah. Pasien juga mengalami penurunan berat badan 10 kg dalam 3 bulan SMRS, dengan riwayat merokok (Indeks Brinkman 1120, termasuk kategori perokok berat). Pemeriksaan fisik menunjukkan sindrom Horner, defisit neurologis distribusi ulnar, serta penurunan ekspansi dan suara napas di apeks paru kiri. Foto toraks menunjukkan massa besar di apeks paru kiri dengan destruksi costae. *Computed Tomography Scan* (CT-scan) toraks memperlihatkan massa inhomogen berukuran ±15 cm dengan invasi struktur sekitar dan deviasi trakea. Temuan ini mengarah pada tumor Pancoast.

Diskusi: Nyeri bahu dengan radiasi ke distribusi C8–T1 disertai defisit neurologis menunjukkan keterlibatan plexus brakialis inferior. Sindrom Horner mencerminkan invasi rantai simpatis servikal. Kombinasi temuan ini merupakan karakteristik khas tumor Pancoast stadium lanjut. Pemeriksaan radiologis dan sitologi mendukung diagnosis keganasan paru tipe NSCLC.

Simpulan: Tumor Pancoast harus dicurigai pada pasien dengan nyeri bahu menjalar ke lengan disertai defisit neurologis dan sindrom Horner. Diagnosis memerlukan korelasi klinis, radiologis, dan konfirmasi histopatologis untuk penatalaksanaan yang tepat.

Kata Kunci: Tumor Pancoast; Tumor Paru-Paru; Sindrom Horner; Tumor Paru-Paru Apikal

Pancoast–Tobias Syndrome with Horner Syndrome as a Red Flag in Chronic Shoulder Pain: A Case Report

Abstract

Introduction: A Pancoast tumor, also known as a superior sulcus tumor, is a lung malignancy located at the apex that frequently involves structures of the thoracic inlet and is generally classified as non-small cell lung cancer (NSCLC). **Case Illustration:** A 41-year-old man presented with worsening shortness of breath. Three months prior, the patient experienced pain in his left shoulder radiating down his arm to his little finger. These symptoms were accompanied by numbness and weakness in the left upper extremity, as well as hoarseness. One month prior to hospitalization, ptosis, miosis, and anhidrosis developed on the left side of the face. The patient also experienced a 10-kg weight loss over 3 months, with a history of smoking (Brinkman Index 1120). Physical examination revealed Horner's syndrome, a neurological deficit in the ulnar distribution, and decreased lung expansion and breath sounds at the left lung apex. A chest X-ray showed a large mass at the left lung apex with rib destruction. A chest CT scan revealed an inhomogeneous mass measuring approximately 15 cm with invasion of surrounding structures and tracheal deviation. These findings pointed to a Pancoast tumor. **Discussion:** Shoulder pain radiating to the C8–T1 distribution accompanied by neurological deficits indicates involvement of the inferior brachial plexus. Horner's syndrome reflects invasion of the cervical sympathetic chain. The combination of these findings is characteristic of advanced-stage Pancoast tumors. Radiological and cytological findings support a diagnosis of non-small cell lung cancer (NSCLC). **Conclusion:** A Pancoast tumor should be suspected in patients with shoulder pain radiating to the arm accompanied by neurological deficits and Horner's syndrome. Diagnosis requires clinical and radiological correlation, as well as histopathological confirmation, for appropriate management.

Keywords: Pancoast Tumor; Lung Tumor; Horner's Syndrome; Apical Lung Tumor

1. PENDAHULUAN

Sindrom Pancoast–Tobias merupakan manifestasi klinis khas dari tumor apeks paru (*superior sulcus tumor*) akibat invasi lokal ke pleksus brakialis, rantai saraf

simpatis, serta struktur sekitar *thoracic inlet*. Meskipun hanya mencakup sekitar 3–5% dari seluruh kanker paru, kondisi ini memiliki signifikansi klinis tinggi karena sering terdiagnosis

terlambat akibat presentasi awal yang menyerupai gangguan muskuloskeletal atau neurologis. Gundepalli, *et al.* (2025) serta Villgran, *et al.* (2025) menjelaskan bahwa sebagian besar tumor Pancoast merupakan *Non-Small Cell Lung Cancer* (NSCLC), dengan kecenderungan menimbulkan gejala akibat invasi lokal dibanding gejala respiratorik klasik.^{1,2}

Manifestasi khas Sindrom Pancoast–Tobias meliputi nyeri bahu yang menjalar sesuai distribusi C8–T2, kelemahan atau atrofi otot tangan, serta *Horner Syndrome* berupa ptosis, miosis, dan anhidrosis ipsilateral.¹ Namun, gejala-gejala ini kerap tidak dikenali sebagai petunjuk keganasan paru, sehingga banyak kasus awalnya salah diduga sebagai kelainan ortopedi, neuropati perifer, atau radikulopati servikal. Tohme, *et al.* (2024) menyebutkan bahwa keterlambatan diagnosis tumor Pancoast sering terjadi akibat dominasi manifestasi neurologis dan muskuloskeletal dibanding gejala respiratorik.³ Keterlambatan diagnosis ini dapat berdampak pada progresivitas penyakit dan membatasi pilihan terapi.

Beberapa laporan terbaru menekankan pentingnya mengenali nyeri bahu persisten sebagai *red flag* untuk tumor

Pancoast, terutama bila disertai faktor risiko seperti riwayat merokok, gejala neurologis, dan penurunan berat badan. Munandar, *et al.* (2026) melaporkan nyeri bahu dapat menjadi petunjuk awal penting yang sering terlewat, sedangkan Tedjo *et al.* (2023) menunjukkan Sindrom Horner dapat menjadi manifestasi klinis kunci yang mengarahkan diagnosis. Temuan-temuan tersebut memperkuat pentingnya kewaspadaan terhadap presentasi atipikal tumor apeks paru.^{4,5}

Laporan kasus ini disusun untuk menyoroti tantangan diagnosis Sindrom Pancoast–Tobias pada pasien usia relatif muda dengan manifestasi dominan neurologis dan muskuloskeletal, serta untuk memperluas bukti bahwa kombinasi nyeri bahu kronik, pleksopati brakialis, dan Sindrom Horner merupakan petunjuk klinis penting menuju diagnosis dini. Kasus ini mendukung laporan sebelumnya mengenai seringnya misdiagnosis tumor Pancoast, sebagaimana dijelaskan oleh Panagopoulos *et al.* (2020), sekaligus menegaskan pentingnya pengenalan *red flag symptoms* guna meningkatkan kewaspadaan klinisi dan mempercepat diagnosis.¹¹

2. ILUSTRASI KASUS

2.1 Identitas Pasien

Nama	: Tn. U
Usia	: 41 tahun
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Status	: Menikah
Agama	: Islam

2.2 Anamnesis

Seorang laki-laki berusia 41 tahun datang dengan keluhan utama sesak napas yang dirasakan memberat sejak 1 hari sebelum masuk rumah sakit (SMRS). Sesak napas muncul terutama saat beraktivitas dan tidak membaik dengan istirahat. Keluhan disertai nyeri pada bahu kiri yang menjalar ke lengan dan belikat, serta batuk kering tanpa disertai batuk darah.

Tiga bulan SMRS, pasien mulai merasakan nyeri bahu kiri yang bersifat tajam dan menjalar ke lengan, ketiak, hingga jari kelingking kiri. Nyeri awalnya hilang timbul, kemudian dalam beberapa minggu menjadi semakin sering dan menetap, serta disertai sesak napas yang bersifat intermiten. Pasien belum mendapatkan pengobatan medis untuk keluhannya.

Sekitar dua bulan SMRS, pasien mengeluhkan kebas dan kelemahan pada tangan

kiri, terutama pada jari-jari. Satu bulan SMRS, pasien mengalami suara serak tanpa disertai nyeri tenggorok atau batuk berdarah. Pada waktu yang sama, pasien menyadari kelopak mata kiri tampak turun, ukuran mata kiri tampak lebih kecil dibandingkan kanan, serta wajah sisi kiri tidak berkeriat, sedangkan sisi kanan masih berkeriat normal.

Selama tiga bulan terakhir, pasien mengalami penurunan berat badan yang signifikan dari 60 kg menjadi 50 kg disertai mudah lelah. Pasien menyangkal demam, batuk kronis lebih dari dua minggu, batuk darah, maupun keringat malam, serta tidak memiliki riwayat pengobatan tuberkulosis dan penyakit kronis lain. Tidak terdapat riwayat keluarga dengan penyakit paru kronis, tuberkulosis, atau keganasan. Pasien memiliki riwayat merokok sejak usia 13 tahun sebanyak ± 16 batang per hari dan meningkat menjadi sekitar 48 batang per hari sejak usia 20 tahun, kemudian berhenti merokok sejak 3 bulan SMRS. Pasien bekerja sebagai pekerja proyek di pelabuhan selama ± 4 tahun dengan paparan asap kendaraan, debu, dan bahan kimia tanpa alat pelindung diri.

Riwayat konsumsi alkohol dan obat terlarang disangkal.

2.3 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan awal menunjukkan pasien tampak sakit sedang dengan kesadaran *compos mentis* (GCS E4V5M6) serta *visual analog scale* 8. Frekuensi napas 28 kali/menit dan saturasi oksigen 94% udara ruangan. Pemeriksaan mata ditemukan pupil anisokor (kanan 4 mm, kiri 2 mm) disertai miosis dan ptosis palpebra superior kiri. Tampak anhidrosis pada sisi kiri tubuh. Teraba massa di regio supraklavikula kiri berbentuk oval tidak beraturan, ukuran ± 5 cm, konsistensi keras, permukaan

tidak rata, *immobile*, dan tidak nyeri tekan. Pemeriksaan paru menunjukkan ekspansi dada kiri menurun, fremitus taktil menurun pada apeks-medial paru kiri, serta perkusi redup di apeks kiri. Auskultasi didapatkan penurunan suara napas di apeks-medial paru kiri tanpa ronki maupun *wheezing*. Pada ekstremitas didapatkan penurunan kekuatan otot ekstremitas atas kiri (5/4) serta hipoestesia pada lengan dan tangan kiri terutama distribusi ulnar hingga jari kelingking. *Range of motion* (ROM) terbatas pada sendi bahu karena nyeri. ekstremitas bawah dalam batas normal dan tidak ditemukan *clubbing finger*



Gambar 1. Manifestasi klinis pada mata pasien. (Pemeriksaan mata menunjukkan ptosis palpebra superior sinistra (Gambar A, panah hijau), Pupil anisokor (4 mm/2mm) disertai miosis pada pupil sinistra (Gambar B, panah biru))

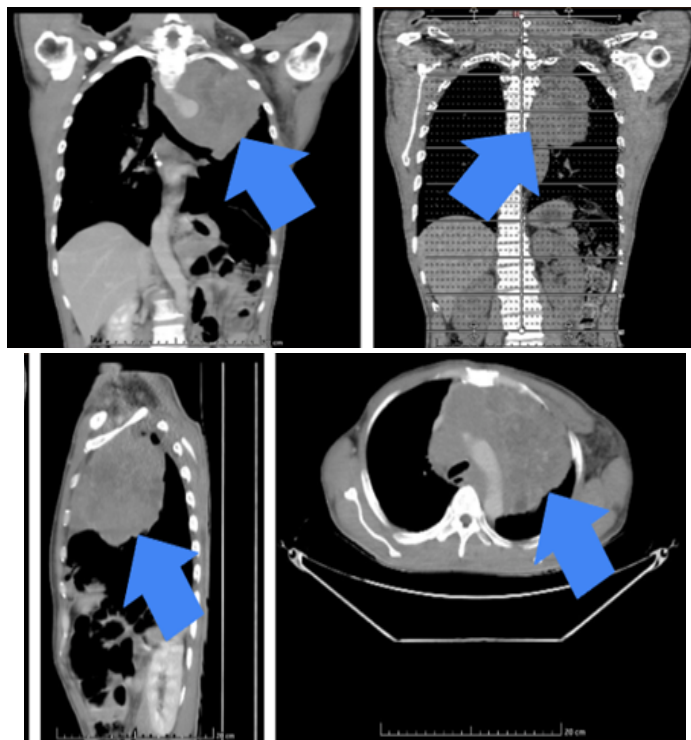
2.4 Pemeriksaan Penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan leukositosis. Pemeriksaan foto toraks yang ditunjukkan pada Gambar 2 menunjukkan massa inhomogen berukuran $\pm 13,1 \times 10$ cm di apeks hingga lapang atas paru kiri, disertai destruksi iga yang mengarah pada invasi dinding dada. CT-scan toraks dengan kontras yang ditunjukkan pada Gambar 3 memperlihatkan massa besar ($\pm 15,3 \times 12,2 \times 14,6$ cm) dengan batas tidak tegas dan tepi ireguler di apeks paru kiri, disertai efek massa

berupa deviasi trakea dan bronkus ke kanan serta keterlibatan struktur mediastinum dan vaskular. Massa menunjukkan *enhancement* kuat pasca kontras. Temuan ini konsisten dengan keganasan paru stadium lanjut. Pemeriksaan *Fine Needle Aspiration Biopsy* (FNAB) dari regio colli dan toraks sinistra menunjukkan adanya sel tumor ganas dengan gambaran nekrosis, sel besar pleomorfik, dan kromatin kasar, yang konsisten dengan karsinoma



Gambar 1. Hasil Pemeriksaan foto polos thorax. (Menunjukkan ,massa inhomogen berukuran $\pm 13,1 \times 10$ cm di apeks hingga lapang atas paru kiri)



Gambar 2. CT Scan. (CT-scan toraks kontras menunjukkan massa hipodens inhomogen dengan batas tidak tegas dan tepi ireguler berukuran $\pm 15,3 \times 12,2 \times 14,6$ cm di apeks paru kiri)

2.5 Diagnosis dan Diagnosis Banding

Diagnosis yang kami lakukan terbatas hanya menentukan tumor Pancoast berdasarkan sindrom horner yang khas ditemukan pada pasien, berdasarkan triad klasik ptosis, miosis, dan anhidrosis. Gejala disertai dengan penurunan kekuatan otot ekstremitas atas kiri pada bahu kiri dan hipoestesia pada lengan dan tangan kiri. Diagnosis tumor Pancoast ditunjang dengan foto polos toraks dan CT scan. Akan tetapi, tidak dapat menentukan tipe dari tumor *non-small cell lung cancer*

(NSCL) atau *small-cell lung cancer* (SCLC) karena keterbatasan sumber daya yang tersedia. Selain itu, masih dapat mempertimbangkan adanya kemungkinan tumor metastasis dari regio lain, meskipun tidak terdapat manifestasi yang jelas pada sistem organ lain.

2.6 Tatalaksana

Pasien mendapat penatalaksanaan awal di instalasi gawat darurat berupa terapi suportif, simptomatik, dan stabilisasi respirasi. Resusitasi cairan diberikan menggunakan infus Ringer

laktat 500 cc setiap 8 jam. Dukungan oksigen diberikan melalui kanul nasal 3–4 L/menit. Terapi farmakologis meliputi Omeprazole intravena 40 mg dua kali sehari sebagai gastro proteksi, Methylprednisolone intravena 62,5 mg dua kali sehari untuk mengurangi inflamasi, serta Paracetamol intravena dan oral sebagai analgesik-antipiretik. Selama perawatan rawat inap, terapi dilanjutkan dan disesuaikan dengan kondisi klinis pasien. Cairan rumatan menggunakan Futrolit 500 cc setiap 8 jam dan oksigenasi dipertahankan melalui kanul nasal 4 L/menit. Antibiotik empiris diberikan berupa Ceftriaxone 2 gram intravena per hari. Terapi antiinflamasi dilanjutkan dengan methylprednisolone intravena, disertai Furosemide 20 mg intravena dua kali sehari untuk mengurangi kongesti atau *overload* cairan sesuai indikasi klinis. Terapi suportif tambahan meliputi omeprazole intravena, Erdosteine oral sebagai mukolitik, serta nebulisasi kombinasi Ipratropium bromide dan Salbutamol dengan Fluticasone propionate setiap 8 jam untuk bronkodilatasi dan kontrol inflamasi saluran napas.

Untuk kontrol nyeri diberikan Ketorolac intravena 30 mg tiga kali sehari. Saat pasien dipulangkan, terapi dilanjutkan secara oral berupa Codeine, erdosteine, furosemide, serta Lansoprazole. Pemberian methylprednisolone diturunkan menjadi 16 mg dua kali sehari peroral, disertai paracetamol oral. Regimen tatalaksana ini diberikan sebagai pendekatan suportif dan simptomatik untuk stabilisasi klinis pasien sebelum evaluasi dan penatalaksanaan definitif terhadap penyakit dasarnya.

2.7 Hasil dan *Follow Up*

Tabel 1. Follow Up pasien selama menjalani rawat inap

<i>Follow Up</i>	Catatan	Keterangan
Senin, 06/10/2025	Nyeri bahu kiri NRS 8–9, Horner (+), massa supraklavikula kiri, suara napas apeks kiri menurun	Terapi awal: RL, O ₂ , steroid, analgetik, PPI. Dx: Pancoast + Horner

Selasa, 07/10/2 025	Keluhan & PF masih sama	Terapi lanjut, monitoring
Rabu, 08/10/2 025	Nyeri tetap, SpO ₂ membaik, Horner (+)	Tambah Ceftriaxone , Furosemide , nebulisasi
Kamis, 09/10/2 025	Nyeri ↓ (7–8), sesak ↓	Rencana TCM, CT Thorax kontras, FNAB
<i>Follow Up</i>	Catatan	Keterangan
Jumat, 10/10/20 25	Nyeri menetap, sesak ↓	FNAB & TTNA, tambah Ketorolac, pindah ruang

3. DISKUSI

Tumor Pancoast merupakan keganasan paru yang berlokasi di apeks paru dan sering menimbulkan gejala akibat keterlibatan struktur di *thoracic inlet*, sehingga keluhan awal umumnya bersifat muskuloskeletal dan neurologis, bukan respiratorik. Pada pasien ini, keluhan nyeri bahu kiri yang

menjalar ke lengan hingga jari kelingking sejak tiga bulan sebelum masuk rumah sakit merupakan manifestasi khas keterlibatan plexus brakialis inferior (C8–T1). Foroulis dan Zarogoulidis *et al.* (2022) serta Marulli *et al.* (2021) menjelaskan bahwa tumor apikal dapat menekan atau menginvasi trunkus inferior plexus brakialis, menimbulkan nyeri neuropatik dengan distribusi dermatom ulnar yang menjadi ciri utama sindrom Pancoast.^{6,7}

Keluhan kebas dan kelemahan ekstremitas atas kiri yang muncul progresif mendukung adanya keterlibatan saraf motorik dan sensorik akibat kompresi berkelanjutan pada serabut C8–T1. Secara klinis, gangguan ini menyebabkan penurunan fungsi otot intrinsik tangan dan hipoestesia pada sisi medial lengan serta jari kelingking, sebagaimana ditemukan pada pasien. Foroulis dan Zarogoulidis *et al.* (2022) juga melaporkan bahwa keterlibatan plexus brakialis inferior merupakan penyebab utama defisit neurologis pada tumor Pancoast.^{6,7}

Suara serak yang dialami pasien dapat dijelaskan oleh keterlibatan saraf laringeus rekuren, terutama di sisi kiri yang memiliki lintasan lebih panjang dan lebih rentan terhadap kompresi oleh massa paru atau mediastinum. Chen dan

Zhou *et al.* (2021) menyebutkan bahwa disfonia pada kanker paru sering menandakan penyakit lokal lanjut dengan keterlibatan struktur saraf sekitar.⁸

Penurunan berat badan signifikan disertai mudah lelah merupakan gejala sistemik keganasan yang sering dijumpai pada kanker paru. Baracos dan Martin *et al.* (2022) menjelaskan bahwa kondisi *cachexia* pada kanker berkaitan dengan inflamasi kronik dan peningkatan metabolisme yang dimediasi oleh sitokin proinflamasi yang dihasilkan oleh sel tumor.⁹

Pemeriksaan fisik ditemukan ptosis palpebra, miosis, dan anhidrosis pada sisi kiri wajah yang merupakan triad klasik sindrom Horner. Kondisi ini terjadi akibat gangguan jalur simpatis okuloserebral, khususnya neuron simpatis orde kedua yang berjalan melalui apex paru menuju ganglion servikalis superior. Shah dan Sabanathan *et al.* (2021) menjelaskan bahwa infiltrasi rantai simpatis servikal oleh tumor Pancoast merupakan penyebab tersering sindrom Horner pada keganasan paru.¹⁰

Temuan gerakan dinding dada asimetris, penurunan fremitus taktil, dan suara napas melemah di apeks paru kiri menunjukkan adanya gangguan ventilasi regional akibat lesi ruang di apex paru. Panagopoulos *et al.* (2020)

menjelaskan bahwa pada tumor Pancoast, massa apikal dapat menghambat ekspansi paru lokal dan menyebabkan perubahan auskultasi tanpa disertai ronki atau *wheezing*, terutama pada fase awal penyakit.¹¹

Pemeriksaan neurologis menunjukkan penurunan kekuatan otot dan hipostesia pada ekstremitas atas kiri dengan distribusi ulnar, yang menguatkan keterlibatan plexus brakialis inferior. Temuan ini selaras dengan mekanisme invasi atau kompresi saraf oleh tumor apikal dan merupakan salah satu kriteria klinis penting dalam diagnosis sindrom Pancoast. Panagopoulos *et al.* (2020) juga menekankan bahwa manifestasi neurologis perifer merupakan komponen utama presentasi klinis superior sulcus tumor.¹¹

Hasil laboratorium menunjukan peningkatan leukositosis yang dapat mencerminkan respons inflamasi akibat nekrosis tumor atau infeksi sekunder. Pemeriksaan FNAB dari regio kolli dan toraks sinistra menunjukkan adanya aspirat darah bercampur jaringan nekrotik dengan sel-sel besar berbentuk bulat hingga *spindle*, inti polimorfik, dan kromatin kasar disertai latar belakang massa nekrotik dan fibrin. Gambaran ini mendukung adanya keganasan jenis karsinoma, sesuai dengan

laporan *carcinoma at regio colli sinistra dan thorax sinistra*. WHO Classification of Thoracic Tumours (2021) dan Travis *et al.* (2021) menjelaskan bahwa gambaran histopatologi NSCLC dapat menunjukkan sel pleomorfik dengan area nekrosis luas akibat invasi tumor agresif.^{12, 13}

Temuan tersebut sejalan dengan Travis *et al.* (2021) yang menyebutkan bahwa tumor Pancoast umumnya merupakan *non-small cell lung carcinoma* (NSCLC) dengan morfologi bervariasi dan sering memperlihatkan area nekrosis akibat invasi lokal yang luas. Oleh karena itu, sesuai rekomendasi, *open biopsy* dan pemeriksaan histopatologi diperlukan untuk konfirmasi jenis histologis dan penentuan terapi yang tepat.¹³

Pada pemeriksaan foto toraks dan CT Scan mengarah kepada dugaan adanya massa paru kiri sesuai dengan karakteristik radiologis khas tumor Pancoast. Shah dan Sabanathan *et al.* (2021) menyebutkan bahwa CT-scan meski memiliki keterbatasan dalam menilai invasi jaringan lunak, tetap merupakan pemeriksaan utama untuk staging awal, sedangkan MRI lebih sensitif dalam mendeteksi invasi pleksus brakialis dan pembuluh besar. Selain itu, NCCN Guidelines (2024) merekomendasikan PET-CT

untuk menilai metastasis regional dan jauh sebelum penentuan terapi.^{10, 15}

Secara prinsip, tatalaksana definitif tumor Pancoast bersifat multimodal, dengan tujuan kuratif dan paliatif yang seimbang. Eberhardt dan De Ruysscher *et al.* (2021) menjelaskan bahwa pendekatan utama meliputi kemoradioterapi induksi menggunakan kombinasi cisplatin–etoposide disertai radioterapi eksternal dosis total 45 Gy, diikuti dengan evaluasi *resectability* untuk menilai kemungkinan tindakan bedah kuratif. Pada pasien dengan respons baik dan kondisi umum yang memungkinkan, dapat dilakukan lobektomi superior dengan reseksi tulang iga yang terlibat untuk mengangkat jaringan tumor secara radikal. Selain itu, terapi suportif dan paliatif diberikan untuk mengatasi nyeri neuropatik serta gangguan fungsional ekstremitas atas akibat invasi pleksus brakialis.¹⁴

Pada kasus ini, rumah sakit tempat pasien dirawat belum memiliki fasilitas kemoterapi dan radioterapi, sehingga tatalaksana multimodal kuratif tidak dapat dilaksanakan secara optimal. Sesuai dengan Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) serta rekomendasi Perhimpunan Dokter Paru Indonesia (PDPI) dan NCCN

Guidelines, pasien seharusnya dirujuk ke rumah sakit tersier yang memiliki layanan onkologi medik dan radioterapi terpadu untuk mendapatkan penanganan menyeluruh. Sambil menunggu proses rujukan, tatalaksana konservatif dan suportif perlu dioptimalkan untuk menjaga kualitas hidup pasien. Bennett dan Kaasa *et al.* (2023) menjelaskan bahwa manajemen nyeri neuropatik pada kanker dapat menggunakan analgesik neuropatik seperti gabapentin atau pregabalin serta opioid pada nyeri berat. Selain itu, Baracos dan Martin *et al.* (2022) menekankan pentingnya dukungan nutrisi dan terapi suportif pada pasien kanker dengan *cachexia* dan penurunan status fungsional.^{15, 16}

4. TAKE HOME MESSAGE

Dalam kasus kami, tumor Pancoast dan *Horner syndrome* hanya dapat ditegakkan diagnosisnya, tetapi tidak bisa diberikan tatalaksana maksimal karena keterbatasan rumah sakit, sehingga pasien dirujuk ke rumah sakit tipe A.

5. SIMPULAN

Tumor pancoast perlu dicurigai pada laki-laki usia paruh baya dengan riwayat merokok yang datang dengan nyeri bahu atau dada menjalar ke lengan dan tidak membaik dengan terapi konservatif, terutama bila disertai

defisit neurologis ekstremitas atas dan sindrom Horner. Diagnosis awal bergantung pada temuan klinis dan radiologis, yang harus dikonfirmasi melalui pemeriksaan histopatologis. Pengenalan dini kombinasi gejala neurologis dan respiratorik penting untuk mencegah keterlambatan diagnosis dan memungkinkan terapi optimal. Penatalaksanaan bersifat multimodal dan multidisiplin, meliputi kemoradioterapi, evaluasi kelayakan reseksi, serta pembedahan bila memungkinkan, disertai terapi suportif untuk gejala neurologis.

DAFTAR PUSTAKA

1. Gundepalli SG, Tadi P. Lung Pancoast tumor [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan– [updated 2023 Jul 17; cited 2025 Oct 20]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556109/>
2. Villgran VD, Chakraborty RK, Cherian SV. Pancoast syndrome [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan– [updated 2023 Apr 14; cited 2025 Oct 20]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482155/>
3. Tohme S, Parikh K, Lee PC. Pancoast tumors: current management and outcomes—a narrative

- review. *Curr Chall Thorac Surg*. 2024 Dec 30;6:34. doi: 10.21037/ccts-24-29.
4. Munandar MAR, Kusumastuti I, Herlina L, Munandar HP. Shoulder pain as the first clue: a case report of Pancoast tumor with early presentation. *Respir Sci*. 2026;6(2):65-71.
 5. Tedjo RAA, Hillary H, Tjung V, Putra SE, Hafizhan M. Pancoast tumor presenting with Horner syndrome: a case report. *Malang Neurol J*. 2023;9(2):174-177.
 6. Marulli G, Comacchio GM, Rea F. Pancoast tumours: current management and outcomes. *J Thorac Dis*. 2021;13(4):2588–2598.
 7. Foroulis CN, Zarogoulidis P. Superior sulcus tumors: a comprehensive review. *Curr Oncol*. 2022;29(2):1234–1245.
 8. Chen H, Zhou Q. Clinical manifestations of locally advanced lung cancer. *Front Oncol*. 2021;11:671234.
 9. Baracos VE, Martin L. Cancer-associated cachexia: emerging biology and therapies. *Nat Rev Clin Oncol*. 2022;19(11):675–690.
 10. Shah R, Sabanathan S. Imaging and clinical features of Pancoast tumors. *Radiographics*. 2021;41(3):743–761.
 11. Panagopoulos N, Leivaditis V. Pancoast tumors: clinical presentation and diagnosis. *J Thorac Dis*. 2020;12(6):3170–3178.
 12. World Health Organization. WHO Classification of Thoracic Tumours. 5th ed. 2021.
 13. Travis WD, Nicholson AG. The 2021 WHO classification of lung tumors. *J Thorac Oncol*. 2021;16(3):389–402.
 14. Eberhardt WEE, De Ruysscher D. Multimodality treatment of superior sulcus tumors. *Lancet Oncol*. 2021;22(4):e164–e173.
 15. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Non-Small Cell Lung Cancer. Version 2024.
 16. Bennett MI, Kaasa S. Cancer-related neuropathic pain management. *Lancet Oncol*. 2023;24(2):e82–e94.