

Tuberkulosis Paru Diperberat dengan Kolangitis Derajat III *et causa* Kolelitiasis

M. Ricky Ramadhian, Suci Widya Primadhani
Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Tuberkulosis (TB) adalah salah satu penyakit paling mematikan di dunia. Sepertiga populasi dunia terinfeksi TB. Kolangitis akut ditandai dengan obstruksi komplis dari duktus biliaris komunis dengan akumulasi tekanan dari material purulent. Ny. S usia 54 tahun datang ke RSUD Ahmad Yani, Metro dengan keluhan sesak nafas sejak 1 minggu disertai batuk non produktif, demam dan keringat malam. Riwayat dilakukan USG abdomen dan didiagnosa batu empedu sejak 3 bulan yang lalu. Pemeriksaan fisik didapatkan kesadaran composmentis, tekanan darah 90/70 mmHg, konjungtiva anemis, sklera ikterik, pemeriksaan fisik paru auskultasi bunyi napas vesikular di kedua lapang paru, ronkhi (+/+) pada bagian apeks. Pada pemeriksaan abdomen didapatkan nyeri tekan pada *right upper quadrant* RUQ, *shifting dullness*. *Ekstremitas superior* dan inferior ikterik. Pemeriksaan laboratorium didapatkan hasil leukosit 11,360/ μ L, Hb 10,6 g/dL, Ht 29,4 %, LED 46 mm/jam, ureum 61 mg/dL, albumin 1,9 g/dL, SGOT 162 unit/L, SGPT 88 unit/L, bilirubin direk 24,59 mg/dL, bilirubin indirek 11,1 mg/dL, HbsAg nonreaktif. Pemeriksaan USG abdomen kesan asites, kolelitiasis intrahepatik e.c batu CBD multiple. Pasien didiagnosis tuberkulosis paru dengan kolangitis akut grade III *et causa* kolelitiasis. Terapi farmakologis IVFD RL 20 tpm, meropenem 3x1 gram iv, Ciprofloxacin 2x200 gram iv, ranitidin 2x1 gram iv, omeprazole 1x1 gram iv, proliker 3x1 peroral dan OAT stop. Terapi non farmakologis pemasangan NGT, O₂ 7-10 L/menit, rencana laparotomi. Pada tuberkulosis paru diperberat dengan kolangitis adalah drainase saluran empedu segera dan pemberian antibiotik spektrum luas yang adekuat.

Kata kunci: tuberkulosis, tuberkulosis diperberat kolangitis, kolelitiasis, *trias charcot*, *pentad reynold*

Pulmonary Tuberculosis aggravated by Cholangitis Grade III *et causa* Cholelithiasis

Abstract

Tuberculosis is one of the deadliest diseases in the world. One third of the world's population is infected with tuberculosis. Acute cholangitis is characterized by a complete obstruction of the common bile duct by accumulation of pressure from purulent material. Ny.S 54 y.o came to RSUD Ahmad Yani, Metro with shortness of breath since 1 week accompanied by non productive cough, fever, and night sweats. History of abdominal ultrasound and diagnosed with a gallstone since 3 months ago. Physical examination level of consciousness compos mentis, blood pressure 90/70 mmHg, conjunctival pallor, icteric sclera, lung physical examination auscultation vesicular breath sounds in both lung fields, ronchi (+ / +) on the apex. On abdominal examination, there is tenderness on RUQ, shifting dullness. Superior extremity and inferior jaundice. Laboratory tests showed leukocyte 11.360 / μ L, Hb 10,6g/dL, Ht 29,4%, SDR 46mm/hour, ureum 61mg/dL, albumin 1.9g/dL, SGOT 162 unit/L, SGPT 88 unit/L, direct bilirubin 24.59mg/dL, indirect bilirubin 11.1mg/dL, HBsAg nonreactive. Abdominal ultrasound examination showed ascites, intrahepatic cholelithiasis e.c multiple CBD stones. Patients were diagnosed with pulmonary tuberculosis with acute cholangitis grade III e.c cholelithiasis. Pharmacological therapy IVFD RL 20 drops per minute, meropenem 3x1 gram, Ciprofloxacin 2x200 gram, ranitidine 2x1 gram, omeprazole 1x1 gram, proliker 3x1 oral and OAT stop. Nonpharmacologic treatment with NGT, O₂ 7-10 L /min, were planned to do laparotomy. In pulmonary tuberculosis aggravated by cholangitis management should do an immediate bile duct drainage and adequate broad spectrum antibiotics.

Keywords: tuberculosis, tuberculosis aggravated cholangitis, cholelithiasis, *trias charcot*, *pentad reynold*

Korespondensi: Suci Widya Primadhani, alamat Jln. Abdul Muis no 14B, Gedong Meneng, Bandar Lampung, HP. 081236110113, e-mailsuciwidya.primadhani@gmail.com

Pendahuluan

Tuberkulosis (TB) adalah salah satu penyakit paling mematikan di dunia. Sepertiga populasi dunia terinfeksi TB. Pada tahun 2014, sebanyak 9,6 juta orang di seluruh dunia terkena penyakit TB, dimana terdapat 1,5 juta kematian yang diakibatkan oleh TB di dunia.¹ Lima negara dengan insiden terbanyak pada tahun 2010 adalah India, Cina, Afrika Selatan, Indonesia dan Pakistan.² Estimasi penderita TB

baru di wilayah Indonesia adalah berkisar 300-499 kasus per 100.000 populasi per tahun.³

Prevalensi penduduk Indonesia yang didiagnosa TB paru oleh tenaga kesehatan tahun 2013 adalah 0,4%. Lima provinsi dengan TB paru tertinggi adalah Jawa Barat (0,7%), Papua (0,6%), DKI Jakarta (0,6%), Gorontalo (0,5%), Banten (0,4%), dan Papua Barat (0,4%). Dari seluruh penduduk yang didiagnosis TB paru oleh tenaga kesehatan hanya 44,4% yang

diobati dengan obat program pemerintah.⁴ Hal ini dapat menimbulkan permasalahan baru yang lebih kompleks seperti resistensi obat anti tuberkulosis (OAT).

Pada laporan kasus ini ditemukan pasien seorang wanita usia 54 tahun dengan TB paru diperberat dengan adanya kolangitis grade III *et causa* kolelitiasis yang belum dapat dipastikan jenisnya. Tuberkulosis ekstraparu dapat terjadi dalam bentuk TB pleura, KGB, abdominal, genitourinari dll. Meskipun kasusnya jarang ditemukan, namun perlu dipertimbangkan sebagai suatu TB bilier apabila ditemukan pasien dengan gejala ikterus, nyeri perut kanan atas, dan abnormalitas tes fungsi hati, bilirubin dan ureum kreatinin. Namun, untuk menegaskan diagnosis kerja TB bilier harus dilakukan pemeriksaan penunjang berupa biopsi jaringan dan *endoscopic retrograde cholangio pancreatic* (ERCP).

Kasus

Ny. S usia 54 tahun, datang ke RSUD Ahmad Yani Metro pada tanggal 30 Maret 2016 dengan keluhan sesak nafas sejak 1 minggu yang lalu. Pasien juga mengeluh batuk dengan dahak yang susah dikeluarkan, demam naik turun, sesak nafas dan keringat malam. Pasien didiagnosa TB sejak 2 minggu yang lalu dengan konsumsi OAT rutin, namun timbul keluhan nyeri perut dirasakan semakin memberat sejak 2 hari sebelum masuk rumah sakit sehingga pasien berhenti menggunakan OAT.

Pasien mengeluh mata dan telapak tangan dan kaki berwarna kuning sejak 3 bulan yang lalu. Terdapat nyeri perut bagian kuadran kanan atas seperti melilit dan terasa kembung, pasien tidak mau makan, mual dan muntah. Keluarga pasien mengatakan sejak keluhan mata kuning muncul, feses berwarna abu-abu seperti dempul dan urin berwarna cokelat seperti teh.

Riwayat dilakukan USG abdomen dan didiagnosa batu empedu sejak 3 bulan. Pasien menolak melakukan operasi karena alasan pribadi. Riwayat penyakit hepatitis disangkal, riwayat minum OAT sebelumnya disangkal.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum tampak lemah, kesadaran compos mentis, tekanan darah 90/70 mmHg, frekuensi nadi 108 x/ menit, pernafasan 28 x/menit, suhu 36,9°C, SpO₂ 97% status gizi

kurang, status generalis didapatkan konjungtiva anemis, sklera ikterik, pada pemeriksaan fisik paru pada inspeksi didapatkan pergerakan dada kanan dan kiri simetris, pada palpasi fremitus taktil kanan=kiri, perkusi sonora pada kedua lapang paru, auskultasi didapatkan bunyi napas Bunyi napas vesikular di kedua lapang paru, ronkhi (+/+) terutama pada bagian apeks, wheezing (-/-). Pada pemeriksaan abdomen didapatkan inspeksi cembung, tampak asites, pada palpasi didapatkan nyeri tekan pada RUQ, hepar tidak teraba membesar, tidak ada pembesaran lien, undulasi. Pada perkusi didapatkan *shifting dullness*. Ekstremitas superior dan inferior ikterik.

Pada pemeriksaan laboratorium tanggal 30 Maret 2016 didapatkan hasil leukosit 11,36/ μ L, Hb 10,6 g/dL, Ht 29,4 %, GDS 124 mg/dL, LED 46 mm/jam, ureum 61 mg/dL, kreatinin 0,6 mg/dL, albumin 1,9 g/dL, SGOT 162 unit/L, SGPT 88 unit/L, bilirubin direk 24,59 mg/dL, bilirubin indirek 11,1 mg/dL, HbsAg non reaktif. Pemeriksaan laboratorium pada tanggal 31 Maret 2016 LED 60 mm/jam, GDS 51 mg/dL, ureum 81 mg/dL, kreatinin 1,12 mg/dL, albumin 1,96 g/dL, SGOT 155 unit/L, SGPT 78 unit/L, bilirubin direk 25,7 mg/dL, bilirubin indirek 12,33 mg/dL.

Pada pemeriksaan ultrasonografi abdomen ditemukan pada vesica felea lumen tampak internal *echo/sludge* pada seluruh lumen. Tampak batu duktus biliaris komunis multiple 5,8 mm; 7,8 mm; 4,6 mm. Kesan asites, cholelasis intrahepatik dan *sludge* pada vesica felea *et causa* batu duktus biliaris komunis multipel.

Pasien didiagnosis tuberkulosis paru dengan kolangitis akut grade III *et causa* kolelitiasis. Terapi direncanakan dengan terapi farmakologis berupa: pemberian IVFD RL 20 tetes per menit, meropenem 3x1 gram iv, Ciprofloxacin 2x200 gram iv, ranitidin 2x1 gram iv, omeprazole 1x1 gram iv, provera 3x1 peroral dan OAT stop. Serta terapi non farmakologis berupa pemasangan *nasogastric tube*, O₂ 7-10 L/menit dengan sungkup, rencana laparotomi. Pasien dirawat selama 6 hari kondisi semakin memburuk, dan meninggal dunia pada tanggal 6 April 2016.

Pembahasan

Pada kasus ini, pasien wanita berusia 54 tahun sebelumnya telah didiagnosa TB paru baru sejak 2 minggu sebelum masuk rumah

sakit, pasien mengeluh sesak nafas sejak 1 minggu. Terdapat keluhan lain seperti batuk tidak dapat keluar dahak, demam naik turun, keringat malam. Pasien telah mengkonsumsi OAT rutin namun keluhan nyeri perut dirasakan semakin memberat sejak 2 hari sebelum masuk rumah sakit lalu pasien memutuskan untuk tidak lagi mengkonsumsi OAT.

Sejak 3 bulan sebelum masuk rumah sakit, mata dan telapak tangan dan kaki berwarna kuning. Terdapat nyeri perut bagian kuadran kanan atas seperti melilit dan terasa kembung, pasien tidak mau makan, mual dan muntah. Feses berwarna abu-abu seperti dempul dan urin berwarna cokelat seperti teh. Hasil ultrasonografi didapatkan kesan *cholestasis intrahepatal* dan *sludge* pada *vesica felea* e.c. batu duktus biliaris komunis multiple.

Berdasarkan ilustrasi diatas didapatkan diagnosa sementara TB paru diperberat oleh kolelitiasis. Selain itu, berdasarkan hasil laboratorium timbul kecurigaan terdapat adanya *drug induced liver injury*. Hasil laboratorium menunjukkan peningkatan fungsi hati SGOT 155 U/L, SGPT 78 U/L, hiperbilirubinemia yang ditandai dengan bilirubin total 38,03 mg/dL, direk 25,7 mg/dL, indirek 12,33 mg/dL, hipoalbuminemia dengan albumin 1,97 g/dL, sehingga penggunaan OAT dihentikan.

Setelah dilakukan tindak lanjut, keadaan pasien semakin memburuk. Terdapat penurunan tanda-tanda vital yang diperberat dengan penurunan kesadaran. Pasien menunjukkan adanya kolangitis akut yang ditandai dengan *pentad Reynold* yaitu trias *Charcot* berupa ikterus, demam, dan nyeri pada kuadran kanan atas abdomen, disertai dengan syok sepsis dan gangguan status mental.^{5,6}

Sepsis ditunjukkan dengan adanya leukositosis dan perburukan tanda-tanda vital yang ditandai dengan hipotensi dan takikardi yang semakin memburuk sehingga kemudian menjadi bradikardi. Gangguan status mental yang dilihat berdasarkan penurunan kesadaran semula *compos mentis* hingga akhirnya menjadi stupor. Kriteria *pentad Reynold* ini timbul pada kolangitis supuratif berat.⁷ Sehingga didapatkan diagnosa kerja TB paru

diperberat dengan kolangitis akut *et causa* kolelitiasis.

Prinsip penatalaksanaan pada kasus ini sebaiknya dilakukan drainase bilier segera untuk melancarkan aliran bilier sehingga dapat mengatasi infeksi dan memperbaiki fungsi hati serta pemberian antibiotik sebagai terapi pendukung organ.^{8,9} Drainase bilier dilakukan dengan operasi, *percutaneous transhepatic cholangial drainage* (PTCD), dan *endoscopic surgical biliary drainage* (ESBD), *endoscopic retrograde cholangio pancreatography* (ERCP).⁸

Klasifikasi derajat berat ringan kolangitis bermanfaat untuk penentuan terapi. Pada kolangitis ringan atau grade I, yang memiliki respon adekuat terhadap terapi, ERCP dilakukan dalam waktu 72 jam. Sedangkan pada derajat sedang sampai berat, pada grade II dan grade III yang tidak responsif terhadap terapi harus dilakukan ERCP dalam waktu 24 jam.¹⁰

Penyebab terjadinya kolelitiasis pada kasus ini belum diketahui. Namun dapat dipertimbangkan adanya kolangitis tuberkulosis. Meskipun jarang terjadi, kasus kolangitis tuberkulosis pernah dilaporkan. Diagnosa sulit ditegakkan karena pemeriksaan harus dilakukan dengan biopsi jaringan.

Pada kasus yang pernah dilaporkan, pasien tidak memiliki gejala klinis yang mengarah ke TB paru dan tidak memiliki riwayat TB paru, hanya saja ditemukan pembesaran KGB servikalis posterior dan telah dilakukan pemeriksaan biopsi dengan Ziehl-Neelsen ditemukan granuloma yang mengandung bakteri tahan asam. Selanjutnya pasien dilakukan evaluasi ulang dan pemeriksaan biopsi hati, didapatkan hasil granuloma. Dalam pemeriksaan ERCP ditemukan tanda kolangitis sklerotikans berupa stenosis, dilatasi dan saluran empedu yang ireguler baik intra dan ekstrahepatik.¹¹

Pada pasien Ny. S, memiliki riwayat kolelitiasis yang telah dialami 3 bulan, kemudian didiagnosa TB paru. Terdapat kemungkinan infeksi tuberkulosis ekstraparu yaitu pada hepatobilier. Diagnosa tuberkulosis bilier sulit ditegakkan, harus didapatkan melalui ERCP dan biopsi jaringan untuk melihat basil tahan asam dan pembentukan granuloma pada *M.tuberculosis*. Jika ditinjau pada kasus

ini, kemungkinan kecil terjadi TB hepatobilier dikarenakan dalam perjalanan penyakit Ny. S, kejadian penyakit yang muncul pertama kali adalah kolelitiasis dilanjutkan dengan TB paru. Namun, tuberkulosis hepatobilier dapat dijadikan pertimbangan sebagai diagnosa banding pada pasien ini.

Simpulan

Pada laporan kasus kali ini dilaporkan pasien wanita usia 54 tahun dengan keluhan sesak nafas 1 minggu sebelum masuk rumah sakit, disertai batuk tidak produktif, demam naik turun dan keringat malam. Keluhan diperberat dengan adanya nyeri perut kuadran kanan atas, ikterus dan asites sejak 3 bulan sebelum masuk rumah sakit. Keadaan

pasien semakin memburuk dan mengindikasikan adanya syok sepsis yang ditandai dengan tanda-tanda vital yang memburuk dan penurunan kesadaran. Diagnosa kerja Ny. S adalah TB paru dengan diperberat kolangitis grade III *et causa* kolelitiasis.

Penatalaksanaan yang seharusnya dilakukan adalah drainase saluran empedu segera melalui ERCP, dekompresi atau laparotomi dan pemberian antibiotik spektrum luas yang adekuat seperti meropenem 1 g/8jam. Pertimbangan diagnosis banding sebagai TB bilier perlu dilakukan namun tidak dapat ditegakkan karena memerlukan pemeriksaan penunjang berupa biopsi jaringan dan ERCP. Prognosis *ad vitam, ad functionam, ad sanationam* buruk.

Daftar Pustaka

1. CDC. Tuberculosis [Internet]. Center for Disease Control and Prevention; 2015 [diakses tanggal 11 Januari 2017]. Tersedia dari: <http://www.cdc.gov/tb/statistics/default>.
2. Herchline TE, Amorosa JK, Bronze MS. Tuberculosis [Internet]. Medscape; 2015 [diakses tanggal 11 Januari 2017]. Tersedia dari: <http://emedicine.medscape.com/article/230802-workup#c1>
3. WHO. World: Estimated TB incidence rates, 2014 [Internet]. WHO; 2015 [diakses tanggal 11 Januari 2017]. Tersedia dari: http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_TBincidence_2014.
4. Depkes RI. Riset Kesehatan Dasar. Jakarta; 2013.
5. Isselbacher KJ, Braunwald E, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, Kasper DL, editor. Harrison prinsip-prinsip ilmu penyakit dalam. Edisi Ke-13 Volume 5. Jakarta: EGC; 2000.
6. Scott T, Brenner BE, Rosh AJ. Acute Cholangitis Clinical Presentation [Internet]. Medscape; 2015 [diakses tanggal 13 Januari 2017]. Tersedia dari: <http://emedicine.medscape.com/article/774245-clinical>.
7. Marschall H, Einarsson C. Gallstone disease. J of Intern med. 2007; 261(6):529-42.
8. Takada T, Strasberg SM, Solomon JS, Kawarada Y, Nimura Y, Miura F, et al. Updated tokyo guidelines 2013. J Hepato Billiary Pancreat Sci. 2013; 20(1):1-16.
9. Nurman A. Kolangitis akut dipandang dari sudut penyakit dalam. J Kedokt Trisakti. 1999;18(3):125-9.
10. Alam HB, Demehri FR, Repaskey WT, Chong ST, Kronick SL, Rice MD, et al. Evaluation and management of gallstone-related diseases in non-pregnant adults. Univ Michigan Heal Syst Gallstone Guideline. 2014;May(5):1-15.
11. Ozin Y, Parlak E, Kilic ZMY, Temucin T, Sasmaz N. Sclerosing cholangitis-like changes in hepatobiliary tuberculosis. Turkish J Gastroenterol. 2010;21(1):50-3.