

TB PARU DAN PERITONITIS TB

Lung Tuberculosis and TB Peritonitis

Yugita Utami Nora Karentina, Ayu Sevanita Purnamasari
Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Surakarta
Korespondensi: Yugita Utami Nora. Alamat email:

ABSTRAK

Tuberculosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman Mycobacterium tuberculosis. Tuberculosis (TB) paru masih menjadi masalah kesehatan yang penting di dunia dan Indonesia termasuk dalam Negara terbanyak dengan kasus Tuberculosis paru. Kasus TB Paru pada anak di Indonesia sebesar 1,2-17,3 % pada tahun 2015. Pada kasus ini memaparkan adanya dua temuan yaitu TB Paru dan TB ekstraparu yang berupa peritonitis TB. Mycobacterium tuberculosis dapat mencapai organ di abdomen dengan cara penyebaran secara hematogen ataupun secara langsung. Peritoneum terbentuk tuberkel dengan nekrosis caseosa dan dapat membentuk satu kesatuan yang konfluen. Gejala yang dapat ditemukan adanya terbentuknya massa dan asites dan ditemukan fenomena papan catur yaitu pada perabaan abdomen didapatkan adanya massa yang diselingi perabaan yang lunak dan juga dapat disertai dengan obstruksi usus dan asites. Perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut berupa USG abdomen, BNO dan analisa cairan asites dan biopsi peritoneum. Terapi peritonitis tuberculosis meliputi rifampisin, isoniazid, pirazinamid, dan etambutol selama dua bulan pertama, diikuti dengan rifampisin dan isoniazid selama tujuh bulan berikutnya.

Kata Kunci : TB Paru, Peritonitis TB, USG Abdomen, Skoring TB Anak, Rifampisin, Isoniazid, Pirazinamid, Etambutol.

ABSTRACT

Tuberculosis is a direct infectious disease caused by Mycobacterium Tuberculosis. Tuberculosis (TB) of lung is still an important health problem in the world and Indonesia belongs to the most countries with the case of pulmonary Tuberculosis. Cases of lung tuberculosis in children in Indonesia amounted to 1,2-17,3% in 2015. In this case, there are two findings of lung Tuberculosis and Tuberculosis extra of lung in the form of TB peritonitis. Mycobacterium tuberculosis can reach the abdominal organs by means of a hematogenic or direct spread. Peritoneum is formed in a tubercles with caseose necrosis and can form a confluent unit. The symptoms that can be found are the formation of mass and ascites and found the "phenomenon of the chess board" is that the abdominal feel is derived from the mass of soft meaning and can also be accompanied by intestinal obstruction and ascites. Further examination of the form of an abdominal USG, BNO and analysis of fluid ascites and biopsy peritoneum. Peritonitis Tuberculosis therapy includes rifampicin, isoniazid, pyrazinamides, and etambutol during the first two months, followed by rifampicin and isoniazid for the next seven months.

Keywords: Tuberculosis, peritonitis TB, USG Abdominal, child TB scoring, rifampicin, isoniazid, pyrazinamid, etambutol.

PENDAHULUAN

Prevalensi menurut WHO kejadian tuberkulosis paru di seluruh dunia mencapai 1,9 miliar manusia, atau sepertiga jumlah penduduk dunia. Tuberkulosis anak merupakan komponen penting dalam pengendalian TB oleh karena jumlah anak berusia kurang dari 15 tahun adalah 40-50% dari jumlah seluruh populasi dan terdapat sekitar 500.000 anak di dunia menderita TB setiap tahun. Di Indonesia proporsi kasus TB anak diantara semua kasus TB yang ternotifikasi dalam program TB hanya 9% dari yang diperkirakan 10-15% dan pada tingkat kabupaten menunjukkan variasi proporsi yang cukup lebar yaitu antara 1,2-17,3% di tahun 2015. Peritonitis tuberkulosa yang biasanya diderita oleh wanita muda, ditemukan pada 0,13,5% penderita tuberkulosis paru. Gejala klinik peritonitis tuberkulosa biasanya berupa anoreksia dan

pembesaran perut akibat asites. Demam, penurunan berat badan, nyeri perut kronik, serta diare sering ditemukan pada penderita peritonitis tuberkulosa. Pemeriksaan fisik penderita peritonitis tuberkulosa tergantung pada tipenya. Ada tiga macam peritonitis tuberkulosa, yakni tipe eksudatif (tipe basah), tipe adhesif (tipe kering), Tipe fiksasi fibrotic.

Pada tipe basah, ditemukan pekak alih yang menandakan asites. Pada tipe kering, ditemukan perabaan seperti adonan kue (*doughy abdomen*). Sedangkan pada tipe fiksasi fibrotik, ditemukan massa saat palpasi abdomen yang berasal dari bersatunya beberapa lengkung usus akibat perlengketan/fibrosis. Gambaran klinis dan pemeriksaan laboratorium pada penderita peritonitis tuberkulosa tidaklah khas. Oleh karena itu, diagnosis peritonitis tuberkulosa sulit ditegakkan tanpa pemeriksaan penunjang yang invasif.

Laparoskopi direk dan biopsi peritoneum. Sering diperlukan untuk menegakan diagnosis pasti dari peritonitis tuberkulosa. Terapi peritonitis tuberkulosa meliputi: rifampisin, isoniazid, pirazinamid, dan etambutol selama dua bulan pertama, diikuti dengan rifampisin dan isoniazid selama tujuh bulan berikutnya. Steroid ditambahkan untuk mencegah perlengketan antara usus.

LAPORAN KASUS

I. Identitas Pasien

Nama : An. B

Tanggal lahir : 16 Agustus 2018

Umur : 1 tahun

Berat Badan : 8 kg

Jenis Kelamin : Perempuan

Alamat : Majasem, Magetan

Agama : Islam

Tanggal MRS : 23 Oktober 2019

Tanggal Pemeriksaan : 29 Oktober 2019

II. Anamnesis

1. Keluhan Utama

Demam

2. Riwayat Penyakit Sekarang

Ibu Pasien mengatakan bahwa pasien demam sejak 5 hari naik turun, mual dan muntah sebanyak 3 kali dalam 1 hari, sulit makan dan minum, seluruh badan serta kedua ekstremitas bengkak, diare dengan BAB cair dan berampas sebanyak 5 kali disertai odemapalpebrae.

3. Riwayat penyakit dahulu:

a) Riwayat penyakit serupa : disangkal

b) Riwayat diabetes mellitus : disangkal

c) Riwayat penyakit paru kronis : disangkal

d) Riwayat penyakit jantung : disangkal.

4. Riwayat Kehamilan dan Persalinan

Ibu melahirkan pasien di RSUD dr. Sayidiman Magetan dengan persalinan Sectio Caesarea pada usia kehamilan cukup bulan. Ibu mengatakan rutin melakukan ANC dan ketika lahir menangis

keras. Pasien lahir dengan APGAR Score 8-9.

5. Riwayat Imunisasi

- Bulan ke 0 : Hepatitis B
- Bulan ke-1 : BCG dan Polio
- Bulan ke-2 : DPT, Hepatitis B, Polio
- Bulan ke-3 : DPT, Hepatitis B, Polio
- Bulan ke-4 : DPT, Hepatitis B, Polio
- Bulan ke-9 : Campak

6. Riwayat Tumbuh Kembang

- Berat badan Lahir : 2900 gr
- Tinggi Badan Lahir: 47 cm
- Berat badan Sekarang : 8 kg
- Tinggi Badan Sekarang: 78 cm
- Tengkurap : (+)
- Duduk : (+)
- Merangkak: (+)
- Berdiri : (+)
- Berjalan : (+)

7. Riwayat Makanan

Anak mendapat ASI sejak lahir sampai usia 6 bulan, disertai

dengan makanan pendamping ASI sejak usia 6 bulan yang berisi sayuran dan lauk seperti ayam dan tempe. Sebelum sakit asupan makanan dan minuman baik, setelah sakit nafsu makan dan minum berkurang

III. Pemeriksaan Fisik

i. Tanda Vital

- 1) KU : Cukup
- 2) Kesadaran : Compos Mentis (E4V5M6)
- 3) Status Gizi : Baik
- 4) HR : 130 x/menit
- 5) RR : 21 x/menit
- 6) T : 37,1⁰C

j. Status generalis

- Kepala : Normocephal, konjungtiva anemis (-), pernapasan cuping hidung (-), sariawan (-), odema palpebrae
- Leher : Pembesaran KGB (-)
- Thorax : Paru-paru :

- a. Inspeksi : Suara bising usus meningkat
dada asimetris, napas spontan,
retraksi (+).
- b. Palpasi : fremitus teraba asimetris
kanan-kiri
- c. Perkusi : sonor (+/+)
- d. Auskultasi: SDV (+/+), Ronkhi halus (+/+),
Wheezing (+/+)

Jantung

- a. Inspeksi : Ictuscordis terlihat
- b. Palpasi : Ictuscordis kuat angkat
- c. Perkusi : Tidak terkesan pelebaran batas
jantung
- d. Auskultasi: BJ I/II normal regular

• Abdomen

- a. Inspeksi : Distended (+), ruam (-)
- b. Auskultasi:

- c. Perkusi : timpani (+)
- d. Palpasi : Ada nyeri tekan, tidak ada
hepatosplenomegali

• Genitalia

- a. BAB (+) 5x cair berwarna
kuning dan tidak ada
ampasnya.
- b. BAK (-)

• Ekstremitas

- a. Akral hangat
- b. Turgor kulit baik, CRT < 2
detik

IV. Pemeriksaan Penunjang

1) Laboratorium :

a. Darah Lengkap

Leukosit : 11,26 ($10^3/uL$)

Eritrosit : 9,4 g/dL

Trombosit : 84 ($10^3 /uL$)

Hb : 9,4 g/dL

HCT : 28,5 %

MCV : 82,4 fl

MCH : 27,2 pg

SGOT : 21 U/L

SGPT : 6 U/L

b. Laboratorium Urinalisis

Erytrosit : 4-6

Leucosit : 6-8

Epithel : 1-2

Kristal : Uric Acid

Cylinder : Neg

Lain-lain : Jamur (+),
Bakteri (+)

c. Mantoux

Positif (+), Indurasi 18 mm

d. Gambaran Darah Tepi

Kesimpulan Observasi

Bisitopenia dengan gambaran

anemia Defisiensi Besi disertai

proses inflamasi ec infeksi

viral.

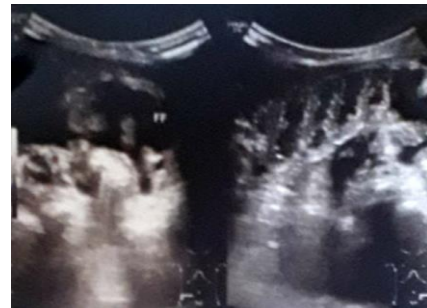
e. Foto Torax



Gambar 1 Foto Thorax AP lateral

- Cor : Besar dan bentuk, kesan normal
- Pulmo : Tampak perselubungan di suprahilar kanan, paracardial kanan, sinus phrenicocostalis kanan tumpul, kiri tajam, tulang yang bervisualisasi tampak intak.
- Kesan : Suspek TB Paru DD Pneumonia dengan Efusi Pleura Kanan.

f. USG Abdomen Upper-Lower





Gambar 2. USG Abdomen Upper-Lower

- Hepar: Ukuran normal, echo parenkim homogeny, tepi rata, sudut tajam, v porta/v hepatica normal, tak tampak

dilatasi IHBD/EHBO, tak tampak lesi solid/kistik.

- GB: Non Fasting
- Pancreas : Tak tampak jelas
- Lien : ukuran normal, echo parenkim homogen, tak tampak lesi solid/ kistik
- Ginjal kanan : ukuran normal, echo parenkim homogen, batas echo sinus cortex- medulla tampak jelas, tak tampak ectasis system pelviocalyceal, tak tampak batu/massa/kista Ginjal kiri : ukuran normal, echo parenkim homogen, batas echo sinus cortex medulla tampak jelas, tak tampak ectasis system pelviocalyceal
- Buli : terisi cukup cairan, tak tampak batu Tampak echo cairan bebas di cavum abdomen disertai penebalan dinding bowel dan echo cairan bebas pula di cavum pleura kanan (volume +/- 986 cc), kiri (volume +/- 536 cc).
- Kesan: Suspicious peritonitis TB, Efusi pleura kanan-kiri, Non fasting Gall Bladder, Pancreas sulit di evaluasi, Hepar/Lien/Ginjal kanan-kiri/ Bulli saat ini tak tampak kelainan.

SKORING TB

Kategori	Nilai
1. Kontak TB : Tidak jelas	0
2. Uji Tuberkulin : +	3
3. Berat badan/Keadaan Gizi : Gizi kurang dengan dibawah garis merah BB/U < 80%	1
4. Demam tanpa sebab yang jelas : 2 minggu	1
5. Batuk > 3 minggu	0
6. Pembesaran Kelenjar limfe, coli, inguinal	0
7. Pembengkakan tulang/sendi, panggul, lutut, falang	0
8. Foto Torak kesan TB	1
Jumlah	6

III. Diagnosis dan Diagnosis Banding

a. Diagnosis Kerja :

TB Paru, Peritonitis TB, Efusi Pleura
dekstra dan sinistra,
Bisitopeniae.cInfectionsDisease,
Anemia Kronis ec Peritonitis TB,
Gizi kurang, Hipoalbumin.

b. Diagnosis Banding

Mikobacteriumatipik.

IV. Planning Tatalaksana

- Inf. D ¼ 15 tpm
- Inj. Ampicilin 200 mg/kg
- Vip Albumin 1 dd 1
- INH 100 mg
- Rifampicin 100 mg
- Pirazinamid 2 x 75 mg

- Apyalis 1 dd 0,3
- Zink Syr 1 dd 1
- L-Bio 1 x 1
- L-Zink 1 x 1
- Diet TKTP 1000 kalori dan susu

PEMBAHASAN

Penderita ini masuk RS dengan keluhan perut dan seluruh badan semakin membesar. Pembesaran perut bisa disebabkan karena distensi abdomen akibat obstruksiusus, asites, akumulasi faeces karena konstipasi kronik. Pemeriksaan fisik difokuskan pada pemeriksaan abdomen. Tanda-tanda obstruksi usus seperti *darm steifung*, peningkatan bising usus, distensi abdomen, harus dicari. Bila pembesaran perut disebabkan karena asites, ditemukan peningkatan pekak sisi dan adanya pekak alih pada perkusi abdomen. Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik, pembesaran perut pada penderita ini disebabkan karena asites. Penyebab asites meliputi, keganasan, gagal jantung

kongestif, sirosis hepatis, sindrom nefrotik, peritonitis tuberkulosa. Kecurigaan ke arah tuberculosis sebagai penyebab asites pada penderita ini berdasarkan adanya gejala khas tuberculosis batuk-batuk kecil selama sebulan, demam tidak terlalu tinggi, keringat malam, nafsu makan berkurang, berat badan turun disertai dengan efusi pleura. Meskipun demikian, perlu diperhatikan bahwa gejala khas tuberculosis (demam subfebris, keringat malam, nafsu makan berkurang, berat badan turun) dapat pula ditemukan pada limfoma malignan non Hodgkin. Oleh karena itu, perlu dicari adanya pembesaran kelenjar getah bening leher, aksila, dan inguinal pada pemeriksaan fisik yang biasanya ditemukan pada penderita limfoma maligna non Hodgkin. USG abdomen didapatkan kesan Suspicious peritonitis TB, Efusi pleura kanan-kiri, Non fasting Gall Bladder,

Pancreas sulit di evaluasi, Hepar/Lien/Ginjal kanan-kiri/ Bulli saat ini tak tampak kelainan. Selain itu juga diharapkan didapatkan adanya pembesaran kelenjar getah bening para-aorta dan pemeriksaan kadar LDH darah juga perlu dilakukan untuk menyingkirkan kemungkinan limfoma maligna non Hodgkin. Gejala yang sering timbul pada penderita peritonitis tuberkulosa meliputi: demam, anoreksia, penurunan berat badan, demam, nyeri perut, serta perut begah karena distensi abdomen. Tanda peritonitis tuberkulosa tipe basah adalah asites, sedangkan yang tipe kering adalah palpasi abdomen seperti adonan kue (*doughy abdomen*). Pada penderita ini, didapatkan gejala yang mendukung ke arah peritonitis tuberkulosa, yaitu ditemukan asites pada pemeriksaan fisik. Pada pemeriksaan darah rutin penderita peritonitis tuberkulosa, biasanya ditemukan anemia

ringan, jumlah leukosit yang normal, peningkatan laju endap darah. Pada pemeriksaan mantoux didapatkan hasil Positif (+) dengan Indurasi 18 mm.

KESIMPULAN

Diagnosis peritonitis tuberkulosa harus dipertimbangkan pada penderita yang datang dengan keluhan distensi disertai dengangejala konstitusional tuberkulosis. Pada peritonitis tuberkulosa, terapi antituberkulosis untuk adjuvan diperbolehkan.

DAFTAR PUSTAKA

- Bouchier IA, Ellis H, Fleming PR. *French's index of differential diagnosis*. 13 edition. Oxford: Butterworth Heinemann, 1996; 10-11.
- Uzunkoy A, Harma M. *Diagnosis of abdominal tuberculosis: experience of 11 cases and review of the literature*. World J Gastroenterol 2004; 10(24): 3547-9.