

REAKSI ALERGI OBAT PADA PASIEN TUBERCULOSIS PARU DENGAN GAMBARAN RADIOLOGI MENYERUPAI PANCOAST TUMOR ; TANTANGAN DIAGNOSIS DAN TERAPI

DRUG ALLERGIC REACTION IN LUNG TUBERCULOSIS PATIENT WITH RADIOLOGICAL RESEMBLE PANCOAST TUMOR; DIAGNOSIS AND THERAPY CHALLENGE

Iin Novita Nurhidayati Mahmuda*, Muhammad Adrian Syah Putra**

* Departemen Penyakit Dalam RS PKU Muhammadiyah Surakarta, Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Surakarta

** Dokter Muda, Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Surakarta

Korespondensi : innm209@ums.ac.id

ABSTRAK

Tuberkulosis adalah penyakit yang disebabkan oleh infeksi Mycobacterium tuberculosis. Tuberkulosis paru (TB paru) adalah tuberkulosis yang menyerang jaringan (parenkim) paru tidak termasuk pleura (selaput paru) dan kelenjar pada hilus. Gejala utama pasien TB paru yaitu batuk berdahak selama 2 minggu atau lebih dengan gejala tambahan yaitu dahak bercampur darah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, berkeringat malam hari, demam subfebris kronis. Gambaran lesi TB paru yang umum adalah adanya infiltrat pada apex paru, fibroinfiltrat, kombinasi lebih dari 3 lesi: infiltrate, fibrosis, fibroinfiltrat, kavitas kalsifikasi atau tuberkuloma dan bisa dengan efusi pleura. Pada kasus ini kami laporkan pasien TB paru dengan gambaran radiologi menyerupai pancoast tumor tantangan pada kasus ini adalah penegakan diagnosis yang sampel nya didapat dari bronkoskopi dan terapi pada pasien tersebut yang juga mengalami reaksi alergi obat dicurigai akibat rifampicin. .

Kata kunci : Tuberculosis paru, pancoast tumor, reaksi alergi obat, bronkoskopi

ABSTRACT

Tuberculosis is a disease caused by Mycobacterium tuberculosis. Pulmonary tuberculosis (pulmonary TB) is tuberculosis that attacks the lung tissue (parenchyma) excluding the pleura (lung membrane) and glands in the hilum. The main symptoms of pulmonary TB are cough up for 2 weeks or more with additional symptoms of sputum mixed with blood, shortness of breath, body weakness, decreased appetite and body weight, night sweats, chronic subfebrile fever. Common features of pulmonary TB lesions are infiltrates in the pulmonary apex, fibroinfiltrates, a combination of more than 3 lesions: infiltrate, fibrosis, fibroinfiltrates, calcified cavity or tuberculoma and can be with pleural effusion. In this case we report pulmonary TB patient with radiological images resembling pancoast tumor. The challenge is the diagnosis of which sputum samples are obtained from bronchoscopy and therapy in this patient who also experience suspected drug allergic reaction due to rifampicin.

Key words : Pulmonary tuberculosis, pancoast tumor, drug allergic reaction, bronchoscopy

PENDAHULUAN

Tuberkulosis (TB) adalah penyebab infeksi utama morbiditas dan mortalitas secara global. TB menyebar dengan mudah melalui udara, dengan menghirup droplet, batuk atau bersin oleh orang-orang yang terinfeksi. Sekitar

23% dari populasi dunia terinfeksi bakteri TB, dan 5-15% akan menderita TB pada suatu waktu. Keterlambatan diagnostik adalah masalah utama dalam pengendalian TB, rata-rata keterlambatan satu hingga tiga bulan baru datang ke fasilitas kesehatan (WHO, 2018).

Kasus Tuberculosis paru ditegakkan dengan pemeriksaan klinis serta BTA (Bakteri Tahan Asam) dari dahak atau hasil radiologi.

Klinis tuberculosis klasik adalah batuk selama dua minggu disertai dahak berdarah, demam subfebril, keringat malam dan penurunan berat badan, Sedangkan hasil radiologi yang khas pada tuberculosis adalah didapatkan infiltrat pada apex paru. Meskipun demikian pada beberapa individu dengan imunokompromised seperti infeksi Human Immunodeficiency Virus (HIV), diabetes, malnutrisi, dalam kortikosteroid lama maka gejala klinis dan radiologis menjadi tidak spesifik sehingga diperlukan kecurigaan dan metode pemeriksaan yang lebih canggih untuk menegakkan tuberculosis.

Penderita diabetes dibandingkan dengan non diabetes memiliki kecenderungan dua kali lebih mudah mengalami TB paru karena pada pasien dengan Diabetes mellitus mengalami immunocompromised (Sudoyo, 2009; PERKENI, 2015).

Salah satu tantangan lain dalam pengobatan TB adalah efek samping obat TB baik minor maupun mayor. Salah satu efek samping mayor adalah reaksi alergi obat TB.

Erupsi obat alergi disebut juga *adverse cutaneous drug eruption* adalah reaksi hipersensitivitas terhadap obat dengan manifestasi pada kulit yang dapat disertai pula dengan keterlibatan mukosa. Terdapat dua jenis tipe reaksi obat, yaitu tipe reaksi A yang dapat diprediksi karena sifat farmakologik obatnya, dan tipe B yaitu reaksi yang tidak dapat diprediksi dan terjadi pada populasi tertentu, misalnya idiosinkrasi dan reaksi hipersensitivitas (Budianti, 2015). Dilaporkan reaksi obat TB yang paling sering adalah terhadap rifampicin.

Kasus ini adalah seorang wanita paruh baya dengan diabetes yang menderita TB dengan gambaran klinik yang tidak spesifik. Pasien kemudian juga mengalami reaksi alergi obat yang membuat terapi TB nya lebih kompleks.

PRESENTASI KASUS

Seorang wanita berusia 57 tahun datang dengan klinis hipoglikemia. Pasien adalah penderita diabetes dengan obat rutin glibenklamid. Akhir-akhir ini nafsu makannya berkurang. Keluhan lain nyeri dada, batuk malam hari, keringat dingin, batuk darah, demam disangkal oleh pasien tetapi penurunan berat badan diakui satu bulan yang lalu 46 kg

dengan sekarang menjadi 44 kg. Riwayat kontak TB disangkal.

Setelah dilakukan tata laksana awal untuk mengatasi hipoglikemia nya kemudian dilakukan skrining untuk mencari penyebab perubahan kondisi pasien tersebut. Pemeriksaan fisik dalam batas normal, tidak didapatkan ronkhi pada paru, hasil pemeriksaan penunjang darah rutin dan kimia darah tidak didapatkan hasil yang bermakna tetapi dari pemeriksaan radiologis didapatkan kecurigaan ke arah tumor paru.



Gambar 1. Opasitas inhomogen bentuk bulat batas tegas tepi reguler di lobus superior paru kanan DD: Nodul soliter paru kanan, Massa paru kanan



Gambar 2. Gambaran tumor paru dextra dd Pancoast tumor

Hasil bacaan rontgen thorax : Opasitas inhomogen bentuk bulat batas tegas tepi reguler di lobus superior paru kanan DD: Nodul soliter paru kanan, Massa paru kanan

Pemeriksaan yang lebih spesifik pun dilakukan yaitu CT Scan Thorax dengan kontras didapatkan kecurigaan loculated effusion paru dextra DD infiltrate, organ lain normal.

Pasien kemudian dikirim untuk dilakukan pemeriksaan histopatologi paru. Sampel histopatologi paru yang diambil dari bronkoskopi, didapatkan percabangan trakheobronkial kanan dan kiri dalam batas normal. Dilakukan bilasan bronkus untuk pemeriksaan sitologi, Jamur, BTA, Kultur MTb, serta Gene xpert yang ternyata didapatkan MTB Detected Very Low. Hasil pemeriksaan lab lain juga mendukung diagnosis TB paru ini.

Pasien kemudian mulai diberi obat anti TB dengan regimen standar obat TB katagori I. Satu minggu setelah minum, pasien mulai merasakan keluhan gatal diseluruh tubuh disertai rasa panas, kulit bersisik dan kemerahan. Kondisi umum pasien stabil, kesadaran *compos mentis*, 132/82 mmHg, 80 x/menit, suhu 36,7 °C, *respiratory rate* 20x/menit, dan SpO2 96%. Hepatomegali, ada oedem pada kedua kaki kanan dan kiri. Hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan hasil peningkatan dari lekosit 29.900, neutrofil 66 %, limfosit 22,5 %, monosit 11,5 %, eosinofil 42 %, penurunan dari limfosit, hiperglikemia 529 , peningkatan creatinin 1,7 dan sedikit uremia 61.



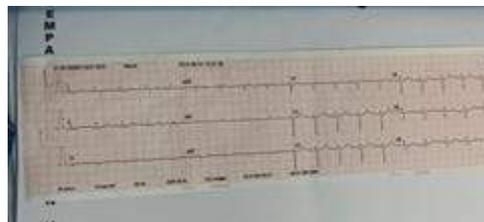
Gambar 3. Tampak plak eritem dengan skuama pada perut pasien



Gambar 4. Tampak plak eritem dengan skuama pada punggung pasien



Gambar 5. Kedua kaki tampak tubuh plak eritem dengan skuama dan edema



Gambar 6. Gambaran EKG : Normal Sinus Rhytm

Pasien kemudian dikelola dengan TB paru BTA (+), Drug induced alergi dicurigai oleh karena Ripamficin, Diabetes Mellitus 2 obese, Insufisiensi renal oleh karena dehidrasi dan infeksi sekunder.

Pasien kemudian diberikan cairan rehidrasi, antibiotik, kortikosteroid, anti

inflamasi, pelembab dan steroid topikal serta insulin. Pasien kemudian diperbolehkan rawat jalan setelah dirawat selama 7 hari, regimen obat TB diberikan kembali setelah kondisi pasien membaik dengan teknik desensitisasi bertahap.

Pasien kemudian datang kembali ke rumah sakit dalam kondisi yang sudah sangat baik.



Gambar 7. Kedua kaki normal tidak ada eritem, skuama atau edema

PEMBAHASAN

Tuberkulosis dapat didiagnosis sebagai berikut (PDPI, 2006) :

1. Berdasar hasil pemeriksaan dahak (BTA)

TB paru dibagi atas:

- a. Tuberkulosis paru BTA (+) adalah: Sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak menunjukkan hasil BTA positif atau hasil TCM TB (+)

- b. Tuberkulosis paru BTA (-)

Hasil pemeriksaan dahak 3 kali menunjukkan BTA negatif, gambaran

klinis dan kelainan radiologi menunjukkan tuberkulosis aktif.

2. Berdasarkan tipe pasien

Tipe pasien ditentukan berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya. Ada beberapa tipe pasien yaitu :

- a. Kasus baru

Adalah pasien yang belum pernah mendapat pengobatan dengan OAT atau sudah pernah menelan OAT kurang dari satu bulan.

- b. Kasus kambuh (relaps)

Adalah pasien tuberkulosis yang sebelumnya pernah mendapat pengobatan tuberkulosis dan telah dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap, kemudian kembali lagi berobat dengan hasil pemeriksaan dahak BTA positif atau biakan positif.

- c. Kasus defaulted atau drop out

Adalah pasien yang telah menjalani pengobatan > 1 bulan dan tidak mengambil obat 2 bulan berturut-turut atau lebih sebelum masa pengobatannya selesai.

- d. Kasus gagal

Adalah pasien BTA positif yang masih tetap positif atau kembali menjadi positif

pada akhir bulan ke-5 (satu bulan sebelum akhir pengobatan) atau akhir pengobatan.

e. Kasus kronik

adalah pasien dengan hasil pemeriksaan BTA masih positif setelah selesai pengobatan ulang dengan pengobatan kategori 2 dengan pengawasan yang baik

f. Kasus Bekas TB:

Hasil pemeriksaan BTA negatif (biakan juga negatif bila ada) dan gambaran radiologi paru menunjukkan lesi TB yang tidak aktif, atau foto serial menunjukkan gambaran yang menetap. Riwayat pengobatan OAT adekuat akan lebih mendukung

Diagnosis tuberkulosis dapat ditegakkan berdasarkan gejala klinis, pemeriksaan fisis/jasmani, pemeriksaan bakteriologi, radiologi dan pemeriksaan penunjang lainnya

Gejala klinik

Gejala klinis tuberkulosis dapat dibagi menjadi 2 golongan, yaitu gejala lokal dan gejala sistemik, bila organ yang terkena adalah paru maka gejala lokal ialah gejala respiratori (gejala lokal sesuai organ yang terlibat) (PDPI,2006).

Gejala respiratorik :

batuk > 2 minggu batuk darah sesak napas nyeri dada. Gejala respiratori ini sangat

bervariasi, dari mulai tidak ada gejala sampai gejala yang cukup berat tergantung dari luas lesi. Kadang pasien terdiagnosis pada saat medical check up. Bila bronkus belum terlibat dalam proses penyakit, maka pasien mungkin tidak ada gejala batuk. Batuk yang pertama terjadi karena iritasi bronkus, dan selanjutnya batuk diperlukan untuk membuang dahak ke luar (PDPI, 2006).

Gejala sistemik

Demam gejala sistemik lain adalah malaise, keringat malam, anoreksia dan berat badan menurun (PDPI, 2006)

Pasien ini adalah salah satu pasien TB dengan gejala klinis yang tidak spesifik, dan ditemukan gambaran rontgen yang pada awalnya juga tidak di diagnosis sebagai TB. Pada akhirnya dapat ditegakkan TB dan diberikan terapi TB.

Salah satu karakteristik pasien yang dapat mengakibatkan hal ini adalah pasien adalah juga seorang penderita diabetes. Pasien diabetes pada dasarnya cenderung pada kondisi imunokompromised sehingga gejala tanda penyakit bisa samar.

Drug Eruption

Berdasarkan klasifikasi Coombs and Gell, patomekanisme yang mendasari erupsi obat alergi dibagi menjadi 2 mekanisme. Tipe I dimediasi oleh imunoglobulin (Ig)E yang dapat menyebabkan reaksi anafilaksis, urtikaria dan angiodema, timbul sangat cepat, terkadang dapat urtikaria/angiodema persisten beberapa minggu setelah obat dihentikan. Tipe II merupakan mekanisme sitotoksik yang diperantarai reaksi antigen, IgG dan komplemen terhadap eritrosit, leukosit, trombosit, atau sel prekursor hematolitik lain. Obat yang dapat menyebabkan hipersensitivitas tipe ini antara lain golongan penisilin, sefalosporin, streptomisin, klorpromazin, sulfonamid, analgesik, dan antipiretik. Sedangkan tipe III adalah reaksi imun kompleks yang sering terjadi akibat penggunaan obat sistemik tinggi dan terapi jangka panjang, menunjukkan manifestasi berupa vasculitis pada kulit dan penyakit autoimun yang diinduksi obat. Tipe terakhir yaitu tipe IV (tipe lambat) yang diperantarai oleh limfosit T dengan manifestasi klinis erupsi ringan hingga berat (Budianti,2015) .

Pada pasien ini juga mengalami reaksi hipersensitivitas tipe IV setelah minum obat TB selama seminggu. Reaksi hipersensitivitas terhadap obat TB memang cukup sering terjadi,

dengan sebagian kasus yang sering dilaporkan adalah rifampicin.

Terapi yang dianjurkan adalah penghentian obat TB sementara sampai dengan kondisinya membaik disertai dengan pemberian anti histamin dan kortikosteroid. Setelah kondisi klinis membaik, obat TB dimasukkan kembali dengan cara desentisasi, pemberian dosis kecil bertahap sampai pasien bisa mentoleransi terapi obat TB.

KESIMPULAN

Kasus ini didiagnosis dengan TB Paru dengan manifestasi klinis yang tidak khas disertai drug eruption Rifampicin berdasarkan dari anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang, sehingga diagnosis yang cepat dan tepat, serta tindakan terapi yang sesuai dapat menurunkan angka mortalitas dan morbiditas pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Budianti WK. Erupsi Obat Alergik. In: Menaldi SLSW, Bramono K, Indriatmi W, editors. Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin, 7th ed. Badan Penerbit FKUI: Jakarta;2015:190-3.
- PDPI. Pedoman Diagnosis Dan Penatalaksanaan Tuberkulosis Di Indonesia, 2006. Available URL:<http://www.klikpdpi.com/konsensus/tb/tb.html>

PERKENI, 2015, Pengelolaan dan Pencegahan
Diabetes Melitus Tipe 2 di Indonesia,
PERKENI, Jakarta.

Sudoyo W. Aru, Setyohadi B, Alwi I, Simadibrata
M, Setiasi S. Perhimpunan Dokter Spesialis
Penyakit Dalam Indonesia. Buku Ajar Ilmu
Penyakit Dalam Jilid 1 Edisi IV. EGC.
Jakarta. 2009.

World Health Organization. Global tuberculosis
report 2018 [internet]. Geneva; [cited 2018
Sep 27]. Available from:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274453/9789241565646-eng.pdf?ua=1>