



EFUSI PLEURA DENGAN ADENOKARSINOMA PARU PADA LAKI-LAKI BERUMUR 64 TAHUN

Ardiansyah R

Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

Abstrak

Latar Belakang. Kanker paru merupakan penyakit paru yang memerlukan penanganan dan tindakan yang cepat dan terarah. Penegakan diagnosis penyakit ini membutuhkan ketrampilan dan sarana yang tidak sederhana dan memerlukan pendekatan multidisiplin kedokteran. **Kasus.** Pasien Tn. G 64 tahun mengalami keluhan sesak, batuk kering, dan nyeri dada yang hilang timbul selama 2 bulan ini, pada pemeriksaan fisik *fremitus tactil* asimetris, perkusi redup pada hemitoraks kanan, dan penurunan bunyi vesikuler. Dari pemeriksaan penunjang *rontgen* torak diperoleh gambaran efusi pleura, pada bronkoskopi ditemukan penyempitan lumen lobus medialis dan setelah dilakukan biopsi diperoleh hasil positif adenokarsinoma. **Diagnosa.** Efusi pleura dextra *e.c* adenokarsinoma. Pasien direncanakan mendapat terapi *water seal drainage* dan *pleurodesis* diikuti kemoterapi. Selain itu pasien juga mendapat terapi medikamentosa *ceftriaxone* 2x1 gr, *salbutamol* 2x2 mg, *glyceryl guaiacolat* 2x70 mg, *metil prednisolon* 2x2 mg, *cetirizine* 2x1 tab, *codein* 2x10 mg, dan *paracetamol* 3x1 tab. **Simpulan.** Memerlukan teknik yang tepat serta kecermatan lebih dalam mendeteksi kanker paru. [Medula Unila.2014;2(1) : 1-7]

Kata Kunci: Adenokarsinoma, Efusi Pleura, Laki-laki, Usia Tua

PLEURAL EFFUSION WITH LUNG ADENOCARCINOMA IN 64 YEARS OLD MAN

Ardiansyah R

Medical Faculty University of Lampung

Abstract

Background . Lung cancer is one type of lung disease that requires treatment and rapid and effective action . Diagnosis of this disease requires skills and tools that are not simple and requires a multidisciplinary approach medicine. **Case.** Mr. G 64 years old has suffered with dispnea, dry cough, and intermittent chest pain in 2 monts, On physical examination found asymmetrical tactile fremitus, dull percussion in the right hemithorax, and decrease of vesicular sound on the right hemithorax. From the X-ray examination was obtained a description of pleural effusion, from bronchoscopy was found stenosis of the lumen of medial lobes, from biopsy was obtained positive results adenocarcinoma. **Diagnosis.** Pleural effusion *e.c* adenocarcinoma. The patient will plan to get the water seal drainage and pleurodesis therapy follow with chemotherapy. The patient also get medication such as *ceftriaxone* 2x1 gr, *salbutamol* 2x2 mg, *glyceryl guaiacolat* 2x70 mg, *metil prednisolon* 2x2 mg, *cetirizine* 2x1 tab, *codein* 2x10 mg, dan *paracetamol* 3x1 tab. **Conclusion** Need right technic and higher accuracy to detect lung cancer[Medula Unila.2014;2(1) : 1-7]



Keywords : Adenocarcinoma, Pleural effusion, Laki-laki, Usia Tua

Pendahuluan

Kanker paru adalah salah satu jenis penyakit paru yang memerlukan penanganan dan tindakan yang cepat dan terarah. Kanker ini merupakan penyebab utama kematian oleh kanker di dunia. Terdapat dua bentuk terbesar dari kanker paru yaitu kanker paru sel kecil (15%) dan kanker paru bukan sel kecil (85% dari semua kanker paru). Adenocarcinoma paru merupakan jenis kanker paru bukan sel kecil yang paling sering pada perokok ataupun non perokok (Herbst *et al.*, 2008). Meskipun semakin berkembangnya teknik pemeriksaan untuk deteksi dini penyakit ini, kanker paru bukan sel kecil sering terdiagnosa pada saat stadium akhir dan memiliki prognosis yang sangat buruk (PDPI, 2011).

Penegakan diagnosis penyakit ini membutuhkan ketrampilan dan sarana yang tidak sederhana dan memerlukan pendekatan multidisiplin kedokteran. (Travis *et al.*, 2011). Penyakit ini membutuhkan kerja sama yang erat dan terpadu antara ahli paru dengan ahli radiologi diagnostik, ahli patologi anatomi, ahli radiologi terapi dan ahli bedah toraks, ahli rehabilitasi medik dan ahli-ahli lainnya (PDPI, 2011)

Kasus

Tn. G, laki-laki, 64 tahun, seorang pegawai negeri yang berdomisili di Pekalongan, Lampung Timur, datang ke Rumah Sakit Abdul Moeloek dengan keluhan batuk kering yang telah dirasakan sejak dua bulan yang lalu yang semakin lama semakin berat, keluhan diikuti sesak setelah batuk yang juga timbul saat melakukan aktifitas yang dan dipengaruhi oleh posisi yang kadang membuat pasien terbangun di malam hari karena sesak. Karena keluhan tersebut pasien datang ke Rumah Sakit Islam Metro dan dilakukan pemeriksaan rontgen dada yang kemudian diketahui bahwa terdapat cairan di dalam rongga dadanya yang kemudian dilakukan pengambilan cairan untuk dilakukan pemeriksaan. Dari hasil pengambilan cairan tersebut diperoleh cairan berwarna kuning kemerahan yang kemudian dilakukan pemeriksaan sitologi dan diperoleh hasil terdapat tanda



keganasan pada rongga dada pasien, pasien kemudian dirujuk ke Rumah Sakit Persahabatan Jakarta untuk dilakukan pemeriksaan lebih lanjut. Di Rumah Sakit Persahabatan pasien menjalani sejumlah pemeriksaan antara lain :

- *Rontgen* dada : disimpulkan terdapat efusi pleura
- CT Scan torak : terdapat Tb pulmonal kanan dengan *hidropneumothorax* dan emfisema paru kiri
- Bronkoskopi : lobus medial tampak edema dan hiperemis
- Pleuros kopi : pelebaran pleura disertai efusi pleura terlokalisir
- Sitologi : Limfosit and macrofag, there is no malignancy cell
- Reevaluasi dari slide patologi anatomi dari Rumah Sakit Metro: sugestif metastase adenokarsinoma atipik

Dari pemeriksaan tersebut dan disimpulkan bahwa tidak terdapat tanda keganasan kemudian pasien didiagnosa tuberculosa paru.

Setelah kembali dari Jakarta pasien kontrol ke spesialis paru di Kota Metro dan mendapat obat paket untuk tuberculosis. Kurang lebih 1 minggu sebelum pasien datang ke Rumah Sakit Abdul Moeloek pasien mengeluh batuk kering, dan sesak yang semakin bertambah berat disertai nyeri dada yang hilang timbul penurunan berat badan, penurunan nafsu makan dan keringat malam. Karena keluhan tersebut pasien pergi ke Rumah Sakit Mardi Waluyo dan dirawat selama tiga hari kemudian dirujuk ke Rumah Sakit Abdul Moeloek.

Pasien merupakan seorang perokok dengan jumlah 1 bungkus per hari selama 40 tahun. Pasien tidak memiliki riwayat diabetes, darah tinggi, asma, bengkak pada kedua lengan dan tungkai, gangguan pencernaan, dan gangguan dalam system saluran kemih. Tidak terdapat anggota keluarga pasien dengan keluhan yang sama.

Berdasarkan pemeriksaan fisik pasien pada tanggal 9 september 2013 diperoleh data sebagai berikut: kesadaran *compos mentis*, berat badan 64 kg, tinggi badan 165 cm, Indeks massa tubuh normal 23,4, tekanan darah 110/60 mmHg, nadi 80 x/menit, pernafasan 22 x/menit, suhu 36,5 °C. Status generalis pasien didapatkan kepala, mata, hidung, mulut, leher, perut ,dan ekstremitas dalam batas normal. Pada daerah dada ditemukan pelebaran batas jantung kiri di



linea midclavicula lateral sinistra, hemitorak kanan tertinggal, *fremitus* taktil asimetris, perkusi redup pada hemitoraks kanan, dan penurunan bunyi vesikuler pada hemitoraks kanan tanpa ditemukan ronki ataupun *wheezing*. Status Neurologis dalam batas normal.

Pasien menjalani pemeriksaan rontgen torak dan diperoleh gambaran efusi pleura pada hemitorak kanan, kemudian pasien dilakukan pungsi pleura untuk dilakukan pemeriksaan sitologi dari pungsi pleura kami mendapat cairan seroxantochrome berbeda dari gambaran pungsi sebelumnya dari Metro dan hasilnya tidak ada keganasan kompatible dengan inflamasi kronis. Selanjutnya pasien dianjurkan untuk dilakukan bronkoskopi dan diperoleh perbedaan gambaran dari hasil bronkoskopi sebelumnya dimana telah terjadi penyempitan pada lobus medial kemudian dilakukan biopsi terdapat hasil temuan tersebut dan diperoleh hasil biopsi positif adenocarcinoma.

Dari anamnesa, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang maka pada pasien ini dapat ditegakkan diagnosis efusi pleura e.c adenocarcinoma. Kemudian pasien direncanakan untuk menjalani kemoterapi, pemasangan *water seal drainage*, dan *pleurodesis*. Pasien juga mendapat terapi medika mentosa antara lain adalah *ceftriaxone* 2x1 gr, *salbutamol* 2x2 mg, *glyceryl guaiacolat* 2x 70 mg, *metil prednisolon* 2 x 2 mg, *cetirizine* 2 x 1 tab, *codein* 2x 10 mg, dan *paracetamol* 3x1 tab.

Pembahasan

Pasien adalah seorang pria berusia 64 tahun yang datang pada tanggal 7 September 2013 ke Rumah Sakit Abdul Moeloek dengan keluhan sesak, batuk tidak produktif yang menjadi lebih parah dari sebelumnya sejak 2 bulan ini. Dari keluhan tersebut dapat diperkirakan kelainan bisa berasal dari paru, jantung, dan sistem ginjal.

Dari kasus ini kecendrungan penyebab dari sesak datang dari sistem paru berdasarkan kepustakaan gambaran klinis dari kanker paru tidak lah jauh berbeda dengan penyakit paru lain selain sesak dapat ditemukan keluhan batuk, nyeri dada, dahak bercampur darah, kehilangan nafsu makan dan berat badan (Buccheri &



Ferigno, 2004). Namun keluhan yang mengacu pada kegagalan jantung berdasarkan kriteria Framingham hanya dijumpai satu kriteria mayor yaitu *paroxysmal nocturnal dyspnea* dan satu kriteria minor yaitu *dyspnea d' effort* dan diagnosis dapat ditegakkan jika terdapat minimal 1 gejala mayor dan 2 gejala minor. (Marulam, 2006). Pasien juga tidak memiliki riwayat hipertensi, diabetes mellitus, anemia atau kelainan dalam sistem kemih atau oedem ekstremitas.

Pada pemeriksaan fisik diperoleh data objektif berupa gerakan asimetris dari paru dimana paru kanan tertinggal, *fremitus* taktil paru kanan lebih lemah dibandingkan dengan paru-paru kiri, suara perkusi redup pada hemitorak kanan, dan suara vesikuler yang lebih lemah pada paru kanan tapi tanpa ronki atau mengi. Dalam pemeriksaan *cor* terdapat pelebaran batas jantung kiri di *linea midclavicula sinistra lateral*. Dari pemeriksaan fisik tersebut kita dapat menyimpulkan diagnosa pasien dengan efusi pleura dekstra. Efusi pleura biasanya ditemukan pada pasien dengan tumor paru-paru atau tuberculosa (Zulkifli, 2006).

Telah dilakukan beberapa pemeriksaan penunjang untuk pasien ini mulai dari saat pasien datang ke rumah sakit metro hingga pasien dirujuk kembali ke Rumah Sakit Abdul Moeloek. Dari hasil pemeriksaan penunjang terdapat perbedaan kesimpulan dimana di Rumah Sakit Islam Metro pasien terdiagnosa adenokarsinoma berdasarkan hasil anamnesis dan pemeriksaan penunjang termasuk sitologi pleura. Namun kesimpulan tidak senada dengan hasil pemeriksaan di Rumah Sakit Persahabatan Jakarta hal ini dikarenakan perbedaan hasil sitologi cairan pleura yang dapat disebabkan oleh berbagai faktor antara lain jenis dan lokasi tumor, jumlah sampel, perbedaan kemampuan ahli sitologi (Bielsa *et al.*, 2008) dan perbedaan parameter biokimia (Keith Payne & Owen, 2004). Pemeriksaan citologi cairan pleura memang bukan merupakan pemeriksaan pasti keganasan pada paru-paru berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Lim *et al.* Hanya 54.8% hasil citologi cairan pleura yang positif dari pasien yang terdiagnosa malignansi pada paru (Lim *et al.*, 2013). Selain itu pada saat bronkoskopi di Rumah Sakit Persahabatan Jakarta lumen lobus medial belum mengalami penyempitan dan hanya mengalami edema sehingga sulit untuk menegakkan adanya tumor pada saat itu. Dari kecepatan penyempitan lobus medius yang hanya



berselang kurang dari 2 bulan dapat diperkirakan bahwa terdapat keganasan pada paru pasien.

Manajemen dari pasien ini adalah pemasangan *water seal drainage* dengan tujuan untuk mengurangi jumlah cairan di rongga pleura pasien. Kemudian pasien akan dilakukan sebuah prosedur *pleurodesis* yaitu sebuah teknik untuk mencegah terjadinya efusi pleura dengan cara merekatkan pleura parietal dan pleura visceral yang dikenal efektif sebagai terapi paliatif pada efusi pleura berulang akibat keganasan (Mourad *et al.*, 2004). Pada pasien ini tidak dapat dilakukan pembedahan karena prosedur pembedahan hanya berlaku pada stadium I dan II (PDPI, 2011). Berdasarkan kepustakaan pasien ini dapat ditatalaksana dengan kemoterapi karena nilai karnofsky pasien lebih dari 60 (PDPI, 2011). Terapi medikamentosa lain yang diberikan adalah *ceftriaxone* 2x1 gr, *salbutamol* 2x2 mg, *glyceryl guaiacolat* 2x 70 mg, *metil prednisolon* 2 x 2 mg, *cetirizine* 2 x 1 tab, *codein* 2x 10 mg, dan *paracetamol* 3x1 tab bertujuan untuk mengurangi keluhan pasien. Prognosis dari pasien ini adalah dubia ad malam karena dari hasil biopsi diperoleh hasil adenokarsinoma yang dapat memburuk seiring berjalannya waktu.

Simpulan, bahwa dalam mendiagnosis keganasan pada paru-paru masih cukup sulit karena itu perlu suatu teknik yang tepat dan kecermatan lebih untuk melakukan deteksi dini pada keganasan paru khususnya guna meningkatkan kualitas hidup pasien lebih lama lagi.



Daftar Pustaka

- Bielsa S, Panadés MJ, Egado R, Rue M, Salud A, Matías-Guiu X, Rodríguez-Panadero F, Porcel JM. 2008. Accuracy of pleural fluid cytology in malignant effusions. *An Med Interna*. 25(4):173-7.
- Buccheri G, Ferrigno D. 2004. Lung cancer: clinical presentation and specialist referral time. *European Respiration Journal* 24: 898–904
- Keith Payne D, Owen MW. 2004. Pleural disease. New York: Marcel dekker. inc. pp. 245-250.
- Lim MH, Lim MH, Garrett J, Mowlem L, Yap E. 2013. Diagnosing malignant pleural effusions: how do we compare?. *N Z Med J*. 126(1381):42-8.
- Marulam P. 2006. Galag Jantung: Dalam perhimpunan dokter spesialis penyakit dalam Indonesia. Buku ajar penyakit dalam, edisi ke-4. Jakarta: Pusat Penerbitan FKUI. hlm 1503-1504
- Mourad IA, Abdel Rahman AR, Aziz SA, Saber NM, Fouad FA. 2004. Pleurodesis as a palliative treatment of advanced lung cancer with malignant pleural effusion. *J Egypt Natl Canc Inst*. 16(3):188-94.
- PDPI. 2011. Kanker paru: Pedoman diagnosis & Penatalaksanaan di Indonesia. Jakarta. Hlm 2-3, hlm 8-9
- Herbst RS, Heymach JV, Lippman SM. 2008. Lung Cancer. *N Engl J Med*. 359:1367-80.
- Travis WD, Brambilla E, Noguchi M, Nicholson AG, Geisinger KR .2011. International Association for the Study of Lung Cancer/American Thoracic Society/European Respiratory Society International Multidisciplinary Classification of Lung Adenocarcinoma. *Journal of Thoracic Oncology* volume 6; 2; 244-285.
- Zulkifli A. 2006. Kanker Paru: Dalam perhimpunan dokter spesialis penyakit dalam Indonesia buku ajar ilmu penyakit dalam, edisi ke-4. Jakarta: Pusat penerbitan FKUI hl 1005-1010