



Nyeri Epigastrik sebagai Presentasi Awal Kolelitiasis

David Kristianus,¹ Rafael Eddy Setijoso,¹ Maria Mayasari,² Hendra Koncoro¹

¹Departemen Ilmu Penyakit Dalam, ²Departemen Ilmu Bedah, Rumah Sakit St. Carolus, Jakarta, Indonesia

ABSTRAK

Kolelitiasis sering dijumpai dalam praktek sehari-hari. Selain kolik bilier, kolelitiasis juga dapat menunjukkan gejala atipik berupa dispepsia, sehingga dapat menyebabkan kesalahan diagnosis. Laporan kasus ini bertujuan untuk menjelaskan pentingnya evaluasi sindrom dispepsia dengan diagnosis akhir kolelitiasis. Seorang wanita berusia 33 tahun dirawat dengan keluhan nyeri epigastrik. Pasien didiagnosis dispepsia, namun terapi penghambat pompa proton tidak menghasilkan perbaikan. Pada pemeriksaan fisik ditemukan demam, sklera ikterik, dan nyeri tekan abdomen kuadran kanan atas. Pemeriksaan laboratorium menunjukkan neutrofilia dan hiperbilirubinemia. Pada ultrasonografi (USG) abdomen, ditemukan batu kandung empedu, batu duktus sistikus, dan kolesistitis. Pemeriksaan *magnetic resonance cholangiopancreatography* (MRCP) menunjukkan adanya batu duktus koledokus. Intervensi berupa *endoscopic retrograde cholangiopancreatography* (ERCP) disertai ekstraksi batu dan kolesistektomi laparoskopik memperbaiki keluhan nyeri perut. Kolelitiasis perlu dipertimbangkan sebagai diagnosis banding keluhan dispepsia.

Kata kunci: Dispepsia, kolelitiasis, nyeri epigastrik

ABSTRACT

Cholelithiasis is often encountered in daily practice. Besides biliary colic, cholelithiasis may show atypical manifestations as dyspepsia. This may lead to misdiagnosis and inappropriate therapy. This case report reemphasized the importance of careful evaluation of dyspepsia. A 33-year-old woman was admitted with epigastric pain. She was diagnosed with dyspepsia, but proton pump inhibitor (PPI) did not result in any improvement. On physical examination, fever, icteric sclera, and right upper quadrant abdominal tenderness were found. Laboratory examination showed neutrophilia and hyperbilirubinemia. An abdominal ultrasound (USG) examination revealed gallbladder stones, cystic duct stones, and cholecystitis. Magnetic resonance cholangiopancreatography (MRCP) examination revealed the presence of stone in the common bile duct. The patient underwent endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) with stone extraction and laparoscopic cholecystectomy. After the procedure, the abdominal pain improved. Cholelithiasis should be considered a differential diagnosis of dyspepsia. **David Kristianus, Rafael Eddy Setijoso, Maria Mayasari, Hendra Koncoro.** Epigastric Pain as Presenting Symptom of Cholelithiasis

Keywords: Cholelithiasis, dyspepsia, epigastric pain



Mercuri Dunia Kedokteran is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

PENDAHULUAN

Kolelitiasis merupakan penyakit yang umum terjadi pada populasi dengan prevalensi 5%-22%, khususnya pada populasi wanita paruh baya.¹ Prevalensi bervariasi antar populasi; di populasi dewasa di Amerika Serikat, prevalensi kolelitiasis adalah sekitar 10%, di populasi Eropa Barat sekitar 6%-22%, sedangkan prevalensi kolelitiasis di populasi Asia berkisar antara 3%-16%.² Sama halnya dengan kolelitiasis, prevalensi dispepsia pada populasi umum juga tinggi, berkisar antara 10%-40%, dan populasi wanita paruh baya berisiko mengalami dispepsia fungsional.^{1,3}

asimtomatik; 10%-20% di antaranya berkembang menjadi simtomatik dalam 5-20 tahun.³ Gejala tipikal berupa kolik bilier dirasakan sebagai nyeri abdomen kuadran kanan atas, berlangsung lebih dari 30 menit, sering menjalar ke punggung, dan sering disertai mual dan muntah.¹ Namun, kolelitiasis dapat menunjukkan gejala atipikal berupa dispepsia yang menyertai keluhan kolik bilier atau bahkan merupakan keluhan utama. Gejala atipikal ini dapat menyulitkan klinisi untuk membedakan kolelitiasis simtomatik dari dispepsia fungsional.^{1,3}

Dispepsia merujuk pada kumpulan gejala yang berasal dari saluran pencernaan atas

yang terdiri dari rasa nyeri atau tidak nyaman di epigastrium, rasa penuh setelah makan, dan rasa cepat kenyang. Gejala penyerta dapat berupa mual, muntah, rasa kembung, bersendawa, dan *heartburn*.^{3,4} Sindrom dispepsia dapat disebabkan oleh berbagai hal, meliputi ulkus peptikum, penyakit refluks gastro-esofageal, hernia hiatus, dan dispepsia fungsional (sindrom dispepsia tanpa kelainan organik, sistemik, dan metabolik yang dapat menjelaskan penyebab keluhan tersebut).³

Persamaan gejala antara dispepsia fungsional dan kolelitiasis simtomatik dapat menyebabkan kesalahan diagnosis. Anamnesis dan pemeriksaan fisik yang

Sekitar 10%-15% kolelitiasis bersifat

Alamat Korespondensi email: david.kristianus97@gmail.com



Gambar 1. USG kandung empedu menunjukkan *sludge*, batu kecil multipel, dan batu pada duktus sistikus

tajam, serta serangkaian pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan laboratorium, ultrasonografi (USG) abdomen, dan endoskopi saluran pencernaan bagian atas penting untuk pendekatan diagnosis.³

Laporan kasus ini menekankan pentingnya pertimbangan berbagai diagnosis banding dispepsia, dalam hal ini kolelitiasis.

KASUS

Seorang wanita berusia 33 tahun datang ke IGD dengan keluhan nyeri epigastrik sejak hampir 2 minggu. Keluhan disertai nyeri perut kanan atas yang menjalar sampai ke pinggang kanan, mual, muntah, dan demam. Tidak ada keluhan batuk ataupun pilek. Pasien sebelumnya sudah berobat ke dokter spesialis penyakit dalam untuk keluhan tersebut, didiagnosis dispepsia, dan diberi penghambat pompa proton, *domperidone*, dan *sucralfate*, namun tidak ada perbaikan. Pasien memiliki riwayat hiperlipidemia. Pada pemeriksaan fisik pasien obesitas, suhu 38°C, denyut nadi 90x/menit, tekanan darah 120/70 mmHg; sklera ikterik dan nyeri tekan abdomen kuadran kanan atas. Pasien didiagnosis awal sebagai nyeri abdomen atas akut ec dd/pankreatitis akut dd/kolesistitis akut dd/hepatitis dengan kolangitis; pasien dirawat di rumah sakit.

Pemeriksaan laboratorium darah lengkap mendapatkan neutrofilia (74,1%). Pemeriksaan serologi hepatitis A, B, dan C, serta serum amilase dan lipase menunjukkan hasil normal. Ditemukan hiperbilirubinemia dengan bilirubin total 6,13 mg/dL, bilirubin direk 5,26

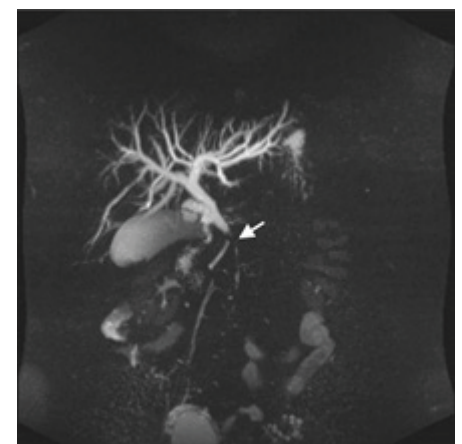
mg/dL, dan bilirubin indirek 0,87 mg/dL. USG abdomen mendapatkan kolesistitis kalkulosa dengan batu empedu kecil multipel dan *sludge* di dalamnya, serta tampak batu pada duktus sistikus berukuran 12 mm (**Gambar 1**). Pada pemeriksaan *magnetic resonance cholangiopancreatography* (MRCP) didapatkan dilatasi duktus biliaris intrahepatik sampai bagian tengah duktus koledokus akibat koledokolitiasis berukuran 6,5 mm x 4,3 mm (**Gambar 2**). Pasien didiagnosis kolesistitis akut + koledokolitiasis dengan kolangitis akut. Selanjutnya, pada *endoscopic retrograde cholangiopancreatography* (ERCP) ditemukan batu di pertengahan duktus koledokus yang kemudian diekstraksi. Setelah tindakan, kadar bilirubin total turun menjadi 5,47 mg/dL. Selanjutnya dilakukan kolesistektomi laparoskopik untuk mengatasi penyebab.

Setelah menjalani operasi kolesistektomi, pasien diperbolehkan pulang. Pasien kontrol 1 minggu kemudian, nyeri dirasa membaik dan hasil laboratorium menunjukkan perbaikan dengan bilirubin total 2,0 mg/dL, bilirubin direk 1,2 mg/dL, dan bilirubin indirek 0,8 mg/dL.

PEMBAHASAN

Kolelitiasis umum terjadi pada populasi dewasa (sekitar 10%-20%) disebabkan oleh pembentukan massa/batu di dalam kandung empedu karena tingginya kadar kolesterol atau bilirubin di dalam empedu. Pada lebih dari 20% pasien, kondisi penyakit berkembang menjadi simtomatik berupa kolik bilier atau mengalami komplikasi infeksi. Prevalensi

kolelitiasis lebih tinggi pada ras Kaukasia dan Hispanik, dan lebih rendah pada populasi Afrika dan Asia.⁵



Gambar 2. MRCP menunjukkan dilatasi duktus biliaris intrahepatik sampai pertengahan duktus koledokus akibat koledokolitiasis

Faktor risiko kolelitiasis dikenal dengan istilah "6F", yaitu *fat* (obesitas), *female* (wanita), *forty* (usia lebih dari 40 tahun), *fertile* (usia subur), *fair* (ras Kaukasia), dan *family history* (riwayat keluarga).⁶ Faktor risiko eksogen terbentuknya batu kolesterol antara lain obesitas, sindrom metabolik, hiperinsulinemia, resistensi insulin, diabetes melitus tipe 2, kurangnya aktivitas fisik, penurunan berat badan secara cepat (>1,5 kg per minggu karena diet sangat rendah kalori ataupun operasi bariatrik), kehamilan, dan obat-obatan (estrogen, progesteron, dan oktreotid). Faktor risiko genetik kolelitiasis berupa mutasi gen ABCG5, ABCG8, dan UGT1A1, yang banyak dijumpai



pada ras Hispanik.⁵ Penelitian Febyan, *et al*, (2017) di RSUD Koja atas 102 pasien kolelitiasis menunjukkan bahwa 63% pasien perempuan, 86% berusia >40 tahun, 49% pasien obesitas, dan 53% pasien hiperkolesterolemia.⁶ Hasil serupa juga ditunjukkan pada penelitian Naeem, *et al*, (2012) atas 410 pasien kolelitiasis di Pakistan; didapatkan 85% pasien perempuan, usia rata-rata 43,8 tahun, dan 64% pasien obesitas.⁷ Pada laporan kasus ini, pasien berusia 33 tahun, berjenis kelamin perempuan, obesitas, dan memiliki riwayat hiperlipidemia.

Komplikasi kolelitiasis berupa berkembangnya penyakit dari asimtomatik menjadi kolelitiasis simtomatik, kolesistitis akut, koledokolitiasis, kolangitis akut, hingga pankreatitis akut.⁸ Gejala tipikal kolelitiasis berupa kolik bilier, yaitu serangan episodik nyeri hebat di kuadran kanan atas abdomen selama minimal 20-30 menit dengan penjarangan nyeri ke punggung atau bahu kanan, membaik dengan analgesik. Selain kolik bilier, pasien kolelitiasis juga dapat menunjukkan gejala atipikal berupa sindrom dispepsia, seperti nyeri epigastrik, mual, kembung, dan flatulensi.⁵ Pada penelitian Febyan, *et al*, (2017) ditemukan bahwa keluhan utama pasien kolelitiasis berupa dispepsia (60%), nyeri perut kanan atas (19%), mual muntah (9%), sakit pinggang (7%), ikterus (3%), dan nyeri perut non-spesifik (3%).⁶ Pada laporan kasus ini, keluhan utama adalah dispepsia berupa nyeri epigastrik yang merupakan gejala atipikal kolelitiasis. Ditemukannya gejala penyerta berupa demam, nyeri tekan abdomen kuadran kanan atas, dan sklera ikterik mengarah ke diagnosis kolelitiasis.

Dispepsia merupakan kumpulan gejala regio gastroduodenal meliputi nyeri atau rasa terbakar di epigastrium, rasa penuh setelah makan, cepat kenyang, mual,

muntah, kembung, dan sendawa.^{9,10} Sindrom dispepsia dapat disebabkan oleh berbagai hal, meliputi kelainan esofagogastroduodenal (tukak peptik, gastritis, tumor), obat-obatan (antiinflamasi non-steroid, antibiotik), kelainan hepatobilier (hepatitis, kolelitiasis, tumor), kelainan pankreas (pankreatitis, keganasan), penyakit sistemik (diabetes melitus, penyakit jantung koroner, penyakit tiroid, gagal ginjal), dan dispepsia fungsional (sindrom dispepsia tanpa kelainan organik, sistemik, dan metabolik yang dapat menjelaskan keluhan tersebut).^{3,10} Prevalensi dispepsia pada populasi umum sekitar 20%, dan 80% di antaranya merupakan dispepsia fungsional.⁹ Dispepsia fungsional merupakan kelainan fungsional kronis saluran cerna dengan pendekatan terapi eradikasi *Helicobacter pylori*, jika ditemukan infeksi; supresi asam lambung; obat prokinetik; dan neuromodulator sentral.⁹

Kolelitiasis dapat menunjukkan gejala atipikal menyerupai dispepsia, seperti kembung, nyeri epigastrik, dan rasa nyeri/penuh setelah makan, yang menyertai gejala kolik bilier atau bahkan menjadi gejala utama yang dominan.¹⁵ Gejala dispepsia fungsional sering didapatkan pada pasien kolesistolitiasis.¹ Hal tersebut dapat menyulitkan klinisi untuk membedakan antara kolelitiasis simtomatik dan dispepsia fungsional. Selain itu, batu empedu sering ditemukan saat evaluasi dispepsia melalui pemeriksaan USG. Pemeriksaan USG memiliki sensitivitas dan spesifisitas lebih dari 95% untuk diagnosis batu empedu.³ Penelitian Froutan, *et al*, (2015) menunjukkan bahwa pemeriksaan USG menemukan batu empedu pada 19% pasien dispepsia fungsional.³ Pada kasus ini, keluhan utama nyeri epigastrik menyebabkan diagnosis awal dispepsia akibat kelainan gastroduodenal. Setelah pemeriksaan USG abdomen, ditemukan adanya batu empedu.

Intervensi bedah berupa kolesistektomi diindikasikan pada kolelitiasis simtomatik. Sebaliknya, pada kolelitiasis asimtomatik, intervensi bedah tidak dianjurkan.^{5,8} Untuk kolelitiasis simtomatik dengan manifestasi atipikal berupa dispepsia, intervensi kolesistektomi juga bermanfaat. Penelitian Aggarwal, *et al*, (2016) menunjukkan bahwa kolesistektomi laparoskopik pada pasien kolelitiasis dengan manifestasi dispepsia (tanpa manifestasi kolik bilier) menghasilkan perbaikan signifikan gejala dispepsia.⁴ Pada kasus ini, pasien menunjukkan perbaikan setelah menjalani ERCP disertai ekstraksi batu dan kolesistektomi laparoskopik.

Pada laporan kasus ini, gejala dispepsia berupa nyeri epigastrik yang merupakan manifestasi atipikal kolelitiasis menyebabkan pasien mendapat terapi awal obat-obat supresi asam lambung. Penemuan fisik berupa demam, sklera ikterik, dan nyeri tekan abdomen kuadran kanan atas, disertai ditemukannya batu empedu pada pemeriksaan USG, mengarah pada kemungkinan kolelitiasis. Terapi ERCP disertai ekstraksi batu dan kolesistektomi laparoskopik memperbaiki keluhan pasien.

SIMPULAN

Dispepsia merupakan keluhan yang sering dijumpai dalam praktek sehari-hari. Walaupun sekitar 80% dispepsia disebabkan oleh dispepsia fungsional, klinisi tetap perlu melakukan pemeriksaan dan evaluasi secara detail. Klinisi harus lebih berhati-hati pada pasien dengan keluhan dispepsia terutama jika ditemukan faktor risiko kolelitiasis, serta jika ditemukan tanda-tanda komplikasi kolelitiasis seperti demam ataupun sklera ikterik. Pasien dengan gejala tersebut perlu menjalani pemeriksaan penunjang, seperti USG, untuk skrining dan deteksi dini kolelitiasis.

DAFTAR PUSTAKA

1. Latenstein CSS, de Jong JJ, Eppink JJ, Lantinga MA, van Laarhoven CJHM, de Reuver PR, et al. Prevalence of dyspepsia in patients with cholecystolithiasis: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2019;31(8):928-34.
2. Gyedu A, Adae-Aboagye K, Badu-Peprah A. Prevalence of cholelithiasis among persons undergoing abdominal ultrasound at the Komfo Anokye Teaching Hospital, Kumasi, Ghana. *Afr Health Sci*. 2015;15(1):246-52.
3. Froutan Y, Alizadeh A, Mansour-Ghanaei F, Joukar F, Froutan H, Bagheri FB, et al. Gallstone disease founded by ultrasonography in functional dyspepsia: Prevalence and associated factors. *Int J Clin Exp Med*. 2015;8(7):11283-8.
4. Aggarwal M, Agarwal N, Mishra TS, Sharma N, Singh S. Is laparoscopic cholecystectomy effective in relieving dyspepsia in patients of cholelithiasis? A prospective study. *Trop Gastroenterol*. 2016;37(2):86-92.
5. Lammert F, Gurusamy K, Ko CW, Miquel JF, Méndez-Sánchez N, Portincasa P, et al. Gallstones. *Nature Rev Dis Primers*. 2016;2(1):16024.
6. Febyan F, Dhilion HRS, Ndraha S, Tendean M. Karakteristik penderita kolelitiasis berdasarkan faktor risiko di rumah sakit umum daerah Koja. *J Kedokt Meditek*.



2017;23(63):50-6.

7. Naeem M, Rahimnajjad NA, Rahimnajjad MK, Khurshid M, Ahmed QJ, Shahid SM, et al. Assessment of characteristics of patients with cholelithiasis from economically deprived rural Karachi, Pakistan. *BMC Res Notes*. 2012;5(1):334.
8. Littlefield A, Lenahan C. Cholelithiasis: Presentation and management. *J Midwifery Womens Health*. 2019;64(3):289-97.
9. Ford AC, Mahadeva S, Carbone MF, Lacy BE, Talley NJ. Functional dyspepsia. *The Lancet* 2020;396(10263):1689-702.
10. Setiati S, Alwi I, Sudoyo AW, Kolopaking MS, Setiyohadi B, Syam AF. *Buku ajar ilmu penyakit dalam*. 6th ed. Jakarta: Interna Publishing; 2015.