

DIAGNOSIS BANDING PADA NYERI AKUT ABDOMEN

dr. Putri Wulandari

Nyeri akut abdomen yang secara konvensional didefinisikan sebagai nyeri non-traumatik dengan durasi maksimum 5 hari, merupakan salah satu keluhan paling umum pada pasien datang ke IGD. Diagnosis banding dari nyeri akut abdomen cukup luas seperti obstruksi usus akut, penyakit ulkus peptikum, appendisitis akut, pankreatitis akut, kolesistitis akut dan lain-lain, di mana penyebab dari nyeri akut abdomen dapat berasal dari berbagai spesialisasi seperti ginekologi, bedah, penyakit dalam, dan urologi. Oleh karena itu penilaian yang teliti diperlukan oleh dokter di IGD untuk menangani pasien dengan keluhan seperti ini.¹ Pada tulisan ini akan dibahas secara singkat diagnosis banding beberapa penyakit dengan keluhan nyeri abdomen, yang diharapkan dapat menambah wawasan pembaca.

Obstruksi Usus Akut

Literatur lain menyebutkan bahwa penyebab paling sering dari obstruksi usus akut adalah adhesi pasca-operasi di abdomen, keganasan, dan herniasi. Adhesi pasca-operasi di abdomen menyebabkan obstruksi di usus halus sebanyak 60%-75% kasus dewasa. Meskipun jarang terjadi, obstruksi sekunder karena keganasan lebih sering terjadi di usus besar.² Tanda dari obstruksi pada usus misalnya nyeri kolik abdomen, mual, muntah, dan tidak ada flatus atau bising usus. Pada pasien seperti itu, harus ditanyakan mengenai riwayat operasi di daerah perut atau pelvis, keganasan di perut, hernia, dan *inflammatory bowel disease*.²

Segera setelah diagnosis obstruksi usus akut ditegakkan, pemberian cairan isotonik intravena (IV) dimulai dan asupan oral harus dibatasi. Pada kebanyakan pasien, pemasangan pipa nasogastrik dilakukan untuk dekomresi, selain

itu kateterisasi urin juga dipertimbangkan untuk memantau ketat urin *output* dan mengevaluasi dari kecukupan resusitasi cairan. Adanya demam dan leukositosis menjadi tanda untuk harus segera diberikan antibiotik sebagai regimen terapi awal. Eksplorasi bedah direkomendasikan pada pasien yang mengalami perburukan kondisi klinis ketika dirawat di rumah sakit dan pasien yang sudah dirawat 3-5 hari namun tidak ada perbaikan, karena risiko terjadinya komplikasi pada pasien tersebut meningkat.²

Penyakit ulkus peptikum

Penyakit ulkus peptikum yang mungkin juga dapat menyebabkan nyeri akut abdomen, merupakan lesi akibat asam pada lambung dan duodenum, dengan karakteristik defek pada mukosa yang meluas hingga lapisan submukosa atau muskularis propria.³ Ulkus gaster paling umum terjadi di *lesser curvature* lambung, sedangkan ulkus duodenum paling umum terjadi di *duodenal bulb*.⁴ Prevalensi ulkus peptikum diperkirakan 5-10% dari populasi, di mana faktor risiko utamanya adalah infeksi *Helicobacter pylori* dan penggunaan NSAID, namun hanya sebagian kecil dari pasien yang terinfeksi *H. pylori* atau menggunakan NSAID akan berkembang menjadi penyakit ulkus peptikum, hal ini berarti kerentanan individu menjadi hal yang penting pada awal dari kerusakan mukosa.³

Diagnosis banding dimulai ketika klinisi mencurigai pasien yang datang dengan keluhan nyeri epigastrik, sensasi terbakar, *post-prandial fullness*, atau kekenyangan dini. Pasien dengan ulkus duodenum umumnya mengeluhkan nyeri perut 2-3 jam setelah makan atau pada malam hari, sebaliknya pasien dengan ulkus gaster melaporkan mual, muntah, dan nyeri perut 15-30 menit

setelah makan. Jika gejala klinis mengarah ke ulkus peptikum tanpa adanya *alarm symptoms* yaitu perdarahan pada saluran cerna, penurunan berat badan, disfagia, riwayat keganasan saluran cerna pada keluarga, atau usia >55 tahun; dapat dilakukan pemeriksaan *H. pylori* seperti tes napas urea atau *stool antigen*. Namun pada pasien dengan *alarm symptoms* direkomendasikan untuk dilakukan endoskopi.⁵

Terapi lini pertama ulkus peptikum akibat *H. pylori* adalah pemberian *proton-pump inhibitor* (PPI) yang disertai 2 jenis antibiotik selama 7-14 hari, namun pemberian klaritromisin harus dihindari ketika resistensi di wilayah tersebut >15%. Pada kasus seperti itu, dapat diberikan bismuth *quadruple therapy* selama 14 hari. Jika terjadi kegagalan pada terapi lini pertama, lakukan terapi lini kedua dengan menghilangkan pemberian metronidazol atau klaritromisin.^{3,5}

Appendisitis akut

Appendisitis akut merupakan salah satu kegawatdaruratan akut abdomen yang membutuhkan dengan segera tindakan operasi. Penyebab appendisitis adalah penyumbatan pada lumen appendiks karena akumulasi feses yang mengeras (*fecalith*), parasit, tumor, malignansi, dan bakteri seperti *Escherichia coli*, sehingga terjadi akumulasi cairan pada lumen dan meningkatkan tekanan intraluminal.⁶

Inflamasi akan menstimulasi saraf aferen dari T8-T10, menghasilkan nyeri pada regio epigastrik dan periumbilikal. Rasa nyeri umumnya akan berpindah-pindah lalu menetap di kuadran kanan bawah. Jika kondisi ini terus berlanjut, akan terjadi gangguan pada aliran darah ke arteri yang menyebabkan infark, kemudian gangrene, lalu perforasi antara 24-36 jam.⁶

Sistem skoring Alvarado merupakan metode diagnosis noninvasif dan sederhana yang dapat membantu klinisi menegakkan diagnosis dan juga terapi AA, sedangkan pada pasien anak dapat menggunakan *Pediatric Appendicitis Score* (PAS). Interpretasi dari skoring Alvarado adalah jika skor 5-6 maka ada kemungkinan appendisitis (*compatible*), skor 7-8 maka kemungkinan besar (*probable*), skor 9-10 maka kemungkinan sangat besar (*very probable*). Skoring Alvarado merekomendasikan tindakan operasi jika skornya ≥ 7 dan

Tabel 2. Sistem Skoring Alvarado.⁶

Component	Score	
Symptoms	Migration of pain from epigastric to the right lower quadrant	1
	Anorexia	1
	Nausea/vomiting	1
Signs	Tenderness in to the right lower quadrant	2
	Rebound pain	1
	Elevation of temperature (above 37.5°C)	1
Laboratory	Leucocytosis >10.000 cel/mm ³	2
	Shift to the left (percentage of neutrophil >75%)	1

reobservasi setiap 4 atau 6 jam pada pasien dengan skor 5 atau 6.⁶

Pankreatitis akut

Kasus pankreatitis akut di Inggris diperkirakan 15-42 kasus per 100.000 pertahun, dan meningkat 2,7% setiap tahunnya, dengan angka mortalitas 1-7% dan meningkat hingga 20% pada kasus nekrosis pankreatis. Pankreatitis karena batu empedu menjadi penyebab paling umum pada wanita berusia >60 tahun, sedangkan pankreatitis karena alkohol lebih sering terjadi pada laki-laki.⁷

Diagnosis AP dapat dipertimbangkan ketika pasien datang dan memenuhi 2 dari 3 kriteria sebagai berikut : (i) nyeri abdominal yang konsisten terhadap AP; (ii) peningkatan serum amilase dan/atau lipase 3 kali dari batas atas normal; (iii) pemeriksaan radiologi (CT, MRI, atau USG) yang menunjang AP. Pasien dengan AP umumnya mengeluhkan nyeri epigastrik yang parah, menjalar ke punggung atau dada, memburuk ketika bergerak dan membaik ketika mencondongkan tubuh ke depan. Ada riwayat mual, muntah, penurunan asupan makan, dan anorexia. Pada pemeriksaan fisik abdomen, dapat ditemukan distensi abdomen dan *muscular guarding* dan penurunan bising usus jika ada ileus.⁷

Tujuan terapi awal adalah mengurangi keluhan, mencegah komplikasi dengan mengurangi stimulasi sekresi pankreas, serta koreksi cairan dan elektrolit. Pemberian antibiotik pada pasien pancreatitis noninfeksi tidak direkomendasikan, begitu juga antibiotik profilaksis tidak menunjukkan penurunan mortalitas. Beberapa penelitian menunjukkan manfaat antibiotik yang kecil pada kasus pankreatitis nekrotikans yang parah, oleh karena itu penggunaan antibiotik harus dibatasi pada pasien dengan indikasi kuat infeksi.⁷

Kolesistitis akut

Kolesistitis akut didefinisikan sebagai inflamasi akut pada dinding kantung empedu, yang umumnya karena batu empedu di *cystic duct* atau *gallbladder neck*.⁸ Pada orang

berusia <50 tahun, perempuan memiliki risiko 3 kali lipat lebih besar terkena kolesistitis akut dibandingkan laki-laki.⁹

Kolesistitis akut harus dicurigai pada pasien dengan keluhan nyeri perut kuadran kanan atas, yang kadang disertai demam, mual, dan muntah. Pada pemeriksaan fisik, adanya Murphy sign positif (lakukan palpasi pada kuadran kanan atas pada saat inspirasi) sangat mengarah ke kolesistitis akut, dengan spesifisitas 87-97%. Pada pemeriksaan penunjang, dapat ditemukan leukositosis dan peningkatan C-reactive protein. USG adalah teknik pencitraan yang paling banyak digunakan untuk diagnosis awal dari kolesistitis akut. Penebalan dinding kandung empedu (>3 mm) dengan penampakan berlapis, adanya batu empedu atau sisa debris, cairan pericholecystic dan pembesaran kandung empedu adalah tanda-tanda khas kolesistitis akut yang didapatkan dari pemeriksaan USG.⁸

Berdasarkan Tokyo Guideline 2018, kriteria diagnosis kolesistitis akut terdiri dari 3 komponen: (a) tanda inflamasi lokal (Murphy's sign, dll); (b) tanda inflamasi sistemik (demam, peningkatan C-reactive protein, dll); (c) temuan radiologi. Jika ditemukan komponen a dan b, maka diagnosis yang dicurigai, sedangkan ditemukan komponen a, b dan c maka merupakan diagnosis yang pasti.⁹ Tokyo Guidelines 2013 dan 2018 merekomendasikan *laparoscopic cholecystectomy* dilakukan secepatnya dalam 72 jam sejak muncul onset, yang merupakan terapi *gold standard* dari kolesistitis akut akibat batu empedu.^{8,9} Pasien juga harus berpuasa, diberikan cairan dan elektrolit IV, analgesik, dan antibiotik.⁸ MD

Daftar Pustaka

- Cervellin G, Mora R, Ticinesi A, et al. Epidemiology and outcomes of acute abdominal pain in a large urban Emergency Department: Retrospective analysis of 5,340 cases. *Ann Transl Med*. 2016;4(19):1-8. doi:10.21037/atm.2016.09.10
- Jackson P, Cruz MV. Intestinal obstruction: Evaluation and management. *Am Fam Physician*. 2018;98(6):362-367.
- Kuna L, Jakab J, Smolic R, Raguz-Lucic N, Vcev A, Smolic M. Peptic Ulcer Disease: A Brief Review of Conventional Therapy and Herbal Treatment Options. doi:10.3390/jcm8020179

4-9 ada pada redaksi

Tabel 1. Terapi Eradikasi *H. pylori*.³

Type	Duration	Efficiency
First line Standard triple therapy: PPI + two antibiotics (clarithromycin + metronidazole or amoxicilin)	7-14 days	70-85%
Second line Bismuth containing quadruple therapy: PPI + bismuth salt + tetracycline + metronidazole Non-bismuth based concomitant therapy: PPI + clarithromycin + amoxiciline + metronidazole Levofloxacin triple therapy: PPI + clarithromycin + amoxicilin + metronidazole	14 days	77-93%
	14 days	75-90%
	14 days	74-81%
Salvage regiment Rifabutine based triple therapy: PPI + rifabutine + amoxicilin	7-14 days	70-85%