

[Case Report]

SEORANG LAKI-LAKI 59 TAHUN DENGAN HEPATOCELLULAR CARCINOMA (HCC)

A 59-Year-Old Man With Hepatocellular Carcinoma (HCC)

Nuzhulla Nuri Akmalina¹, Dian Prasetyawati²

¹Program Studi Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Surakarta

²Bagian Ilmu Penyakit Dalam RSUD dr. Sayidiman Magetan

Korespondensi: Nuzhulla Nuri Akmalina. email: j510215319@student.ums.ac.id

ABSTRAK

Karsinoma hepatoseluler (KHS) merupakan tumor ganas hati primer yang berasal dari hepatosit. Sebagian besar kasus KHS disertai dengan kelainan hati lain seperti penyakit hati kronis Hepatitis B, Hepatitis C, dan sirosis hati. Pada kasus ini, laki-laki usia 59 tahun datang dengan keluhan utama nyeri perut pada bagian kanan atas sejak 2 minggu sebelum masuk rumah sakit. Nyeri menjalar ke seluruh lapang perut, dirasakan terus menerus, semakin memberat dalam 1 minggu. Pasien juga mengeluhkan perut kembung, terasa penuh dan kencang. Buang air kecil pasien berwarna kuning pekat seperti teh. Pasien terdiagnosis Hepatitis B pada 5 bulan yang lalu dan sempat dirawat inap. Saat dilakukan pemeriksaan USG dicurigai terdapat benjolan pada hati pasien dilakukan pemeriksaan lebih lanjut dengan MSCT scan abdomen tanpa dan dengan kontras didapatkan gambaran mengarah pada karsinoma hepatoseluler multifokal. Tekanan darah didapatkan hasil 111/60 mmHg. Pemeriksaan kimia klinik berupa SGOT 122 U/L, SGPT 47 U/L dan tes HBsAg reaktif. Pemberian terapi farmakologis berupa infus Aminoleban 500ml/24jam, injeksi Pantoprazole 40mg/24jam, Injeksi Ceftriaxone 2gr/24jam dan Infus Metronidazole 500mg/12jam. Selanjutnya pasien diberikan edukasi terkait pemberian terapi dan perkembangan penyakit.

Kata Kunci: Karsinoma hepatoseluler, hepatitis B, sirosis hati

ABSTRACT

Hepatocellular carcinoma (HCC) is a primary liver malignant tumor originating from hepatocytes. Most cases of HCC are accompanied by other liver disorders such as chronic liver disease Hepatitis B, Hepatitis C, and liver cirrhosis. In this case, a 59-year-old male presented with a chief complaint of right upper abdominal pain since 2 weeks before admission. The pain radiated to the entire abdominal area, felt continuously, getting worse in 1 week. The patient also complained of abdominal bloating, feeling full and tight. The patient's urination is thick yellow like tea. The patient was diagnosed with Hepatitis B 5 months ago and was hospitalized. When an ultrasound examination was suspected of a lump in the patient's liver, further examination was carried out with an abdominal MSCT scan without and with contrast obtained a picture leading to multifocal hepatocellular carcinoma. Blood pressure was found to be 111/60 mmHg. Clinical chemistry examination was SGOT 122 U/L, SGPT 47 U/L and reactive HBsAg test. Pharmacological therapy was given in the form of Aminoleban infusion 500ml/24 hours, Pantoprazole injection 40mg/24 hours, Ceftriaxone injection 2gr/24 hours and Metronidazole infusion 500mg/12 hours. Furthermore, the patient was given education regarding the provision of therapy and disease progression.

Keywords: Hepatocellular carcinoma, hepatitis B, liver cirrhosis

PENDAHULUAN

Karsinoma hepatoseluler merupakan tumor ganas hati primer yang

berasal dari hepatosit. Kanker ini juga

memiliki insiden terbanyak nomor enam di dunia pada tahun 2018 sebanyak 841.080

kasus baru, dan didominasi oleh pria daripada wanita dengan perbandingan sekitar 2-3:1, sehingga menduduki peringkat kelima kejadian kanker di dunia dan peringkat keempat kanker yang menyebabkan kematian yaitu sebanyak 781.631 kasus kematian (WHO IARC, 2019). Karsinoma hepatoseluler di Indonesia masuk empat besar kasus kanker dengan 18.468 kasus baru di tahun 2018 dan sekitar 18.148 orang diantaranya meninggal dunia (Puri, 2021). Sebagian besar kasus ini disertai dengan kelainan hati lain seperti penyakit hati kronis Hepatitis B, Hepatitis C, dan sirosis hati. Pemilihan pengelolaan didasarkan pada penyakit hati yang mendasari, status kapasitas fungsi hati, status fisik pasien, ukuran dan jumlah nodul. *Staging system* tersebut sangat penting selain untuk menilai keberhasilan terapi juga berguna untuk menilai prognosis. Penulis melaporkan kasus pasien laki-laki berusia 59 tahun yang didiagnosa *Hepatocellular Carcinoma (HCC)* di RSUD dr. Sayidiman Magetan.

LAPORAN KASUS

Seorang laki-laki berusia 59 tahun datang ke IGD RSUD dr. Sayidiman Magetan pada 22 Juli 2023 pukul 21.15 WIB dengan keluhan nyeri perut pada bagian kanan atas sejak 2 minggu sebelum masuk rumah sakit. Nyeri menjalar ke seluruh lapang perut, dirasakan terus menerus dan sangat hebat, serta semakin memberat dalam 1 minggu. Pasien juga mengeluhkan perut kembung, mbesesek, dan terasa kencang. Terkadang mual dirasakan oleh pasien namun tidak sampai muntah. Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien semakin hari semakin lemas hingga sulit untuk berjalan, dan sulit makan. Keluarga mengatakan pasien mengalami kesulitan BAB namun masih bisa buang angin. Selain itu BAK pasien berwarna kuning pekat seperti teh, keluhan dirasakan sejak 5 bulan lalu. Keluarga pasien juga mengatakan bahwa pada 5 bulan lalu, mata pasien sempat berwarna kuning, dan bengkak pada kaki, dan mengalami penurunan berat badan yang drastis sehingga harus dirawat di RS.

Pasien rutin kontrol di Poli Penyakit Dalam RS Moewardi Solo satu bulan sekali sejak 4 bulan lalu. Keluarga pasien mengatakan bahwa saat di IGD pasien masih bisa diajak berbicara, namun mulai mengalami penurunan kesadaran sejak minggu sore, tidak bisa diajak berbicara dan tidak membuka mata. Pasien pernah mengalami keluhan serupa pada bulan 5 lalu dan terdiagnosis Hepatitis B. Pasien dirawat inap selama 6 hari di RSUD Sayidiman Magetan. Saat dilakukan pemeriksaan USG, dokter mengatakan bahwa terdapat benjolan pada hati pasien dan menyarankan untuk dilakukan pemeriksaan lebih lanjut ke RS Moewardi Solo, kemudian setelah KRS pasien rutin kontrol ke poli penyakit dalam RS Moewardi Solo satu bulan sekali. Penyakit lain seperti diabetes melitus, hipertensi, penyakit jantung, gangguan ginjal, asma, dan alergi disangkal oleh pasien. Riwayat penyakit keluarga seperti penyakit serupa, diabetes melitus, hipertensi, penyakit jantung, gangguan ginjal, asma, dan, alergi tidak dialami oleh keluarga pasien. Pasien

dahulu bekerja sebagai petani, akan tetapi semenjak sakit pasien hanya menetap di rumah. Pasien sehari-hari tinggal bersama anak dan menantunnya, yang membantu merawat pasien di rumah. Sebelum sakit, pasien mempunyai kebiasaan minum jamu dan suka membeli obat warung jika badan terasa lelah karena pekerjaannya.

Dari hasil pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum tampak sakit berat, kesadaran stupor, hasil tanda vital didapatkan tekanan darah 128/96 mmHg, nadi 93 kali/menit, suhu 36,4^oC, pernapasan 24 kali/menit.

Pada pemeriksaan kepala didapatkan bentuk kepala normocephal, konjungtiva anemis (-/-), sklera ikterik (+/+), udem palpebra (-/-), wajah udem (-), wajah simetris (+), pembesaran KGB (-). Pemeriksaan paru dan jantung dalam batas normal. Pemeriksaan abdomen pada inspeksi, jejas (-), distensi abdomen (+), massa (-), pada auskultasi peristaltik usus normal, pada palpasi: defans muskular (+), nyeri ketok CVA (-/-), pembesaran organ (-), dan pada perkusi, timpani (+), hepar

pekok (+), undulasi (-), pekok beralih (-).

Pemeriksaan penunjang laboratorium yang dilakukan meliputi darah lengkap dan MSCT scan abdomen tanpa dan dengan kontras. Hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan Hb 8,9 g/dL, Hct 24,0 %, eritrosit $2,68 \times 10^6$ / μ L, GDS 99 mg/dL, SGOT 122 U/L, SGPT 47 U/L, Ureum 28,93 mg/dL, Creatinin 3,71 mg/dL., pemeriksaan imunologi didapatkan HBsAg reaktif. Hasil MSCT Scan Abdomen tanpa dan dengan Kontras didapatkan Ukuran normal 11,1 cm dan densitas inhomogen, sudut tumpul, tepi irregular, tampak dilatasi Vena Porta dengan ukuran 1,5 cm, tampak multiple lesi solid batas tidak tegas tepi ireguler di lobus kanan hepar dengan ukuran terbesar 5,1 cm, disertai sirosis hepatis dan hipertensi porta mengarah gambaran Multifokal *Hepatocellular Carcinoma*.

Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang yang dilakukan, diagnosis kerja pasien adalah *Hepatocellular Carcinoma*.

Pasien selanjutnya menjalani rawat inap dengan tatalaksana medikamentosa yang diberikan yaitu dengan infus aminoleban 500ml/24jam Pantoprazole 40mg/24jam IV, Ceftriaxone 2gr/24jam IV, infus Metronidazole 500mg/12jam.

PEMBAHASAN

Karsinoma hepatoseluler merupakan tumor ganas hati primer yang berasal dari hepatosit. Karsinoma hepatoseluler sering disebut sebagai hepatoma, sebuah sebutan yang kurang memuaskan bukan hanya karena sebutannya itu menunjukkan jinak (padahal ganas) namun karena beberapa dokter menggunakan istilah hepatoma secara kolektif pada berbagai tumor primer pada hati: karsinoma hepatoseluler, kolangiosarkoma dan kadang-kadang angiosarkoma.

Kanker ini juga memiliki insiden terbanyak nomor enam di dunia pada tahun 2018 sebanyak 841.080 kasus baru, dan didominasi oleh pria daripada wanita dengan perbandingan sekitar 2-3:1 (WHO IARC,2019). Di Indonesia, kanker hati

adalah penyakit kanker terbanyak nomor dua pada laki-laki, sebesar 12,4 per 100.000 penduduk dengan rata-rata kematian 7,6 per 100.000 penduduk (Kementerian Kesehatan RI, 2019).

Sebagian besar kasus KHS disertai dengan kelainan hati lain seperti penyakit hati kronis Hepatitis B, Hepatitis C, dan sirosis hati. Faktor risiko lain juga dapat memperburuk KHS seperti pola hidup, geografi, jenis kelamin, umur, riwayat keluarga, serta tingkat keparahan kerusakan hati.

Karsinoma hepatoseluler adalah tumor ganas hepatosit. Fitur sitologis tergantung pada diferensiasi hepatosit. Dari HCC berdiferensiasi baik hingga berdiferensiasi buruk. Pola arsitektur trabekular adalah yang paling umum. Pola lain termasuk pseudoacinar (asinar dengan bahan berprotein), kompak dan sarcomatoid. Histologi dapat menunjukkan variasi, sesuai dengan diferensiasi jaringan:

1. Diferensiasi baik (Well-Differentiated) : sel lebih kecil dari

normal, atypia nukleus minimal, densitas nukleus dua kali lipat dari hati normal

2. Diferensiasi sedang (Moderately Differentiated) : sel tumor lebih besar dengan lebih banyak sitoplasma eosinofilik, pseudogland, nukleolus berbeda, empedu, dan sel tumor raksasa
3. Diferensiasi buruk (Poorly Differentiated) : sel tumor besar dengan pleomorfisme nuklei hiperkromatik yang menonjol mungkin memiliki sel gelendong atau area sel kecil

Karsinoma hepatoseluler secara klasik muncul dan tumbuh secara asimtomatik, sehingga ketika ditemukan sudah merupakan perkembangan tahap lanjut. Manifestasi klinis dari karsinoma hepatoseluler umumnya sangat bervariasi dan berhubungan dengan sejauh mana luas kanker ini pada hati saat didiagnosis. 15 Pada area dengan angka insidensi rendah, penyakit ini cenderung lebih berbahaya dan sering muncul sebagai keadaan

memburuknya kesehatan pada pasien dengan sirosis. Nyeri perut kanan atas dapat terjadi pada 50-70% kasus dan pada beberapa pasien terlihat massa pada abdominal. Asites, perdarahan varises atau temuan lain yang sesuai dengan hipertensi portal dapat menunjukkan adanya invasi sel ganas karsinoma hepatoseluler ke dalam sistem portal. Manifestasi sistemik atau sindroma paraneoplastik yang paling penting adalah hipoglikemia dan hiperkalsemia. Hipoglikemia dapat ditemukan pada 30% pasien. Pasien dengan hipoglikemia dapat dibagi menjadi 2 kategori, yaitu tipe A merupakan tipe yang paling sering pada pasien dengan tumor yang berdiferensiasi buruk dan anoreksia serta adanya penurunan berat badan drastis. Hipoglikemia biasanya terjadi sebagai gejala terminal dan mudah dikontrol. Hal ini diakibatkan karena sedikitnya jumlah jaringan hati yang berfungsi normal untuk menjaga sintesis glukosa. Sedangkan pada pasien dengan tipe B, hipoglikemia terjadi ketika pasien berada pada kondisi yang baik dengan

tumor berdiferensiasi baik. Biasanya pasien dengan tipe B kesulitan untuk menjaga kadar glukosa darah, meskipun sudah mengonsumsi diet tinggi karbohidrat, kortikosteroid dan diazoxide. Pada pasien dengan hiperkalsemia biasanya dikarenakan adanya pseudohiperparatiroidisme. Sel tumor yang mengandung zat menyerupai parathormon sehingga kadar parathormon dalam serum meningkat.

Diagnosis bisa ditegakkan dengan beberapa penemuan. Pada pemeriksaan laboratorium temuan pada karsinoma hepatoseluler sering tidak ditemukan adanya keabnormalan. Enzim aspartat aminotransferase (AST) dan alanin aminotransferase (ALT) biasanya masih dalam batas normal atau mengalami hanya sedikit peningkatan. Tes laboratorium yang cukup spesifik pada kasus karsinoma hepatoseluler adalah kadar α -fetoprotein (AFP) dalam serum yang meningkat pada 70-90% pasien karsinoma hepatoseluler. Kadar AFP dapat dijadikan pendekatan diagnostik pada karsinoma

hepatoseluler jika kadarnya sangat tinggi (> 1000 mg/ml) atau ketika kadarnya meningkat. Namun pada saat ini terbukti AFP memiliki spesifitas maupun sensitifitas yang tidak cukup tinggi untuk mendukung diagnosis karena AFP juga meningkat pada keganasan lain diluar karsinoma hepatoseluler. Selain α -fetoprotein, tumor marker lainnya yang berhubungan dengan karsinoma hepatoseluler adalah carcinoembryonic antigen (CEA). CEA akan meningkat pada hampir seluruh bentuk penyakit hati kronis dan memiliki kadar yang tinggi pada metastasis tumor pada hati. CEA ini berguna dalam mendiagnosis karsinoma hepatoseluler meskipun kadarnya meningkat hanya pada 60% kasus. Pencitraan yang diperlukan untuk menegakkan diagnosis karsinoma hepatoseluler adalah pemeriksaan Multidetector CT scan atau MRI yang diperkuat dengan kontras. Nodul dengan lesi < 1 cm pada ultrasonografi, khususnya pada sirosis hati, memiliki kemungkinan yang kecil untuk menjadi karsinoma hepatoseluler.

Jika nodul berdiameter lebih dari 1 cm, harus ditindaklanjuti dengan pemeriksaan MRI yang diperkuat dengan kontras, diagnosis dianggap tegak bila dijumpai gambaran nodul hipervaskular pada fase arterial diikuti dengan washout pada fase vena.

Terdapat beberapa modalitas pengelolaan karsinoma hepatoseluler. Pada dasarnya modalitas tersebut dapat dibagi menjadi modalitas yang bertujuan untuk kuratif, paliatif, dan suportif. Pemilihan pengelolaan didasarkan pada penyakit hati yang mendasari, status kapasitas fungsi hati, status fisik pasien, ukuran dan jumlah nodul. Staging system tersebut sangat penting selain untuk menilai keberhasilan terapi juga berguna untuk menilai prognosis. Terapi karsinoma hepatoseluler tergantung dari stadium penyakit dan fungsi hati. Pembedahan merupakan satu-satunya terapi yang mempunyai potensi sembuh. Pada kasus yang terseleksi dengan baik, angka ketahanan hidup dapat mencapai 70%. Reseksi merupakan terapi pilihan

bagi penderita karsinoma hepatoseluler tanpa sirosis. Transplantasi hati merupakan pilihan bagi penderita karsinoma hepatoseluler stadium awal yang tidak cocok untuk reseksi (tumor multifocal, sirosis yang disertai disfungsi hati berat).

Komplikasi hati dari karsinoma hepatoseluler meliputi ensefalopati hepatic, trombosis vena porta, asites yang memburuk, perdarahan varises, ikterus obstruktif, dan abses hati piogenik.

Perdarahan intraperitoneal adalah komplikasi HCC yang mengancam jiwa. Pasien datang dengan lingkaran perut yang memburuk dan nyeri, hipotensi, dan anemia. Angiografi darurat dengan embolisasi dan pembedahan untuk mengontrol perdarahan. CT scan perut tanpa kontras diperlukan untuk diagnosis dan CT scan perut dengan angiografi untuk studi angiografi darurat. Metastasis ekstrahepatik HCC yang paling umum adalah ke paru-paru, kelenjar getah bening intra-abdominal, tulang, dan adrenal.

Kelangsungan hidup lima tahun

karsinoma hepatoseluler adalah 18% dan kedua setelah kanker pankreas. Prognosis pasien dengan HCC tergantung pada ukuran tumor, diferensiasi atau derajat tumor pada histopatologi, tingkat keparahan penyakit hati yang mendasarinya, ada tidaknya metastasis, dan perluasan tumor ke struktur yang berdekatan. Pasien dengan HCC terkait virus hepatitis B dan antigen serum hepatitis B e (HBeAg) positif dikaitkan dengan prognosis yang buruk dan kekambuhan HCC yang lebih tinggi. Tingginya kadar DNA virus hepatitis B serum dikaitkan dengan risiko yang lebih tinggi untuk HCC dan kekambuhan. Diabetes melitus merupakan faktor risiko terjadinya HCC dan juga berhubungan dengan prognosis yang buruk.

KESIMPULAN

Atas dasar pertimbangan aspek klinis (anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang) pada pasien ini dapat ditegakkan diagnosis *Hepatocellular Carcinoma (HCC)* dan telah mendapatkan terapi konservatif.

PERSANTUNAN

Ucapan terimakasih penulis haturkan kepada dr. Dian Prasetyawati, Sp.PD atas bimbingan, masukan dan saran skepada penulis untuk menyelesaikan tulisan ini. Penulis juga mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang turut serta membantu sehingga tulisan ini bisa dipublikasikan. Penulis berharap tulisan ini bisa bermanfaat bagi para pembaca.

DAFTAR PUSTAKA

- Asafo-Agyei KO, Samant H. Hepatocellular Carcinoma. [Updated 2023 Mar 27]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-.
- Balogh, J. et al. (2016) 'Hepatocellular carcinoma: a review', *Journal of Hepatocellular Carcinoma*, Volume 3, pp. 41–53. Available at: <https://www.dovepress.com/hepatocellular-carcinoma-a-review-peer-reviewed-article-JHC>.
- Dewantoro, G. R. and Hidayat, R. (2012) 'Peran Fibrinogen Sebagai Faktor Prognostik Karsinoma Hepatoseluler', *Essence of Scientific Medical Journal Tinjauan Pustaka*, 1, pp. 13–20.
- Dinda Aprilistya Puri, Murti, S. and Riastiti, Y. (2021) 'Insidensi dan Karakteristik Karsinoma Hepatoseluler di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda', *Jurnal Sains dan Kesehatan*, 3(2), pp. 158–164. doi: 10.25026/jsk.v3i2.275.
- Fadillah, M. A. M. et al. (2022) 'Profil Pasien Karsinoma Hepatoseluler yang Menjalani Terapi Transarterial Chemoembolization (TACE) di RSUD Ulin Banjarmasin Periode 2016-2018', *Homeostasis*, 5(1), p. 19. doi: 10.20527/ht.v5i1.5158.
- Kresno SB. *Imunologi: diagnosis dan prosedur laboratorium*. Edisi ke-4. Jakarta: Balai penerbit FKUI; 2003.hlm.178
- Putra, R., Kusuma, I. and Handoko, A. (2022) 'Faktor Prediktor Mortalitas Pasien Penderita Karsinoma Hepatoselulerdi RSD dr. Soebandi Jember Tahun 2018-2020', *Journal of Agromedicine and Medical Sciences*, 8(1), pp. 18–24.
- Reig, M. et al. (2022) 'BCLC strategy for prognosis prediction and treatment recommendation: The 2022 update', *Journal of Hepatology*, 76(3), pp. 681–693. doi: 10.1016/j.jhep.2021.11.018.