

[Case Report]

KOLESISTITIS AKUT AKIBAT KOLELITIASIS PADA WANITA USIA 51 TAHUN: LAPORAN KASUS

Acute Cholecystitis Secondary to Cholelithiasis in a 51-Year-Old Woman: A Case Report

Desita Asri Yulistina¹, Hitaputra Agung Wardhana²

¹Departemen Ilmu Kedokteran, Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Surakarta

²Departemen Ilmu Bedah, Rumah Sakit Umum Pusat, Surakarta

Korespondensi: author 1. Alamat email: j510235050@student.ums.ac.id

ABSTRAK

Kolesistitis akut merupakan salah satu penyebab tersering nyeri abdomen akut dan umumnya terjadi akibat obstruksi duktus sistikus, yang menimbulkan stasis empedu, aktivasi proses inflamasi, serta dapat disertai infeksi sekunder pada dinding kandung empedu. Penyebab paling sering dari obstruksi tersebut adalah kolelitiasis. Kolelitiasis sendiri dilaporkan terjadi pada sekitar 10–15% populasi umum dan 20–40% pasien mengalami komplikasi kolesistitis akut sebagai manifestasi yang paling sering. Kolesistektomi masih menjadi pilar utama terapi pada sebagian besar kasus kolesistitis akut akibat batu empedu. Modalitas diagnostik utama yang digunakan adalah ultrasonografi, karena mudah, non-invasif, dan memiliki akurasi tinggi untuk mendeteksi batu empedu, penebalan dinding kandung empedu, cairan perikolekistik, dan tanda Murphy sonografis. Tokyo Guidelines 2018 juga menekankan pentingnya integrasi gejala klinis, temuan laboratorium, dan pencitraan untuk menegaskan diagnosis serta menentukan derajat keparahan. Tatalaksana yang tepat waktu sangat berpengaruh pada luaran pasien. Kolesistektomi laparoskopik dini (early laparoscopic cholecystectomy) direkomendasikan sebagai standar perawatan, karena terbukti menurunkan angka kekambuhan, komplikasi, serta lama rawat dibandingkan pendekatan konservatif atau operasi tertunda. Laporan kasus ini menyajikan kolelitiasis dengan kolesistitis akut pada seorang wanita berusia 51 tahun.

Kata kunci: Batu Empedu, Kolesistitis Akut, Kolelitiasis, Kolesistektomi Laparoskopik

ABSTRACT

Acute cholecystitis is one of the most common causes of acute abdominal pain and generally occurs due to obstruction of the cystic duct, resulting in bile stasis, inflammation, and possible secondary infection of the gallbladder wall. The most common cause of this obstruction is cholelithiasis. Cholelithiasis occurs in approximately 10–15% of the general population, and about 20–40% of patients develop complications, most commonly acute cholecystitis. Cholecystectomy remains the mainstay of treatment in most cases of gallstone-related acute cholecystitis. Ultrasonography is the primary diagnostic modality because it is accessible, non-invasive, and highly accurate in detecting gallstones, gallbladder wall thickening, pericholecystic fluid, and a positive sonographic Murphy's sign. The Tokyo Guidelines 2018 emphasize integrating clinical symptoms, laboratory findings, and imaging to establish the diagnosis and assess severity. Timely management significantly affects patient outcomes. Early laparoscopic cholecystectomy is recommended as the standard of care because it reduces recurrence, complications, and length of hospital stay. This case report presents acute cholecystitis due to cholelithiasis in a 51-year-old woman.

Keywords: Acute cholecystitis, Cholelithiasis, Gallstones, Laparoscopic cholecystectomy

PENDAHULUAN

Kolelitiasis, atau pembentukan batu pada kantung empedu, dilaporkan terjadi pada 10–15% populasi umum. Dari jumlah tersebut, sekitar 20–40% dapat mengalami komplikasi klinis, termasuk kolesistitis akut sebagai manifestasi yang paling sering. Kolesistitis akut umumnya terjadi akibat obstruksi duktus sistikus oleh batu, yang memicu stasis empedu, aktivasi inflamasi, dan infeksi sekunder pada dinding kandung empedu. Perawatan standar yang diakui saat ini menempatkan tindakan bedah (kolesistektomi) sebagai pilar terapi utama pada sebagian besar pasien (Pisano *et al.*, 2020).

Modalitas diagnostik utama yang digunakan adalah ultrasonografi, karena mudah diakses, non-invasif, dan memiliki akurasi tinggi untuk mendeteksi batu empedu maupun tanda khas kolesistitis akut, seperti penebalan dinding kandung empedu, cairan perikolekistik, dan tanda Murphy sonografis (Okamoto *et al.*, 2018). Pedoman Tokyo Guidelines 2018 juga menekankan pentingnya integrasi gejala klinis, temuan laboratorium, dan pencitraan untuk menegaskan diagnosis serta menentukan derajat keparahan.

Tatalaksana yang tepat waktu sangat berpengaruh pada luaran pasien. Kolesistektomi laparoskopik dini (*early laparoscopic cholecystectomy*) direkomendasikan sebagai standar perawatan, karena terbukti menurunkan angka kekambuhan, komplikasi, serta lama rawat dibandingkan pendekatan konservatif atau operasi tertunda (Pisano *et al.*, 2020). Laporan kasus ini menyajikan kolelithiasis dengan kolesistitis akut pada seorang wanita berusia 51 tahun.

LAPORAN KASUS

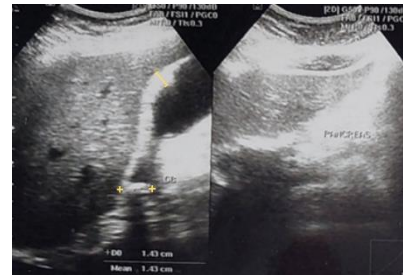
Seorang wanita berusia 51 tahun datang ke Poliklinik dengan keluhan nyeri perut kanan atas sejak ± 3 bulan yang memberat dalam 2 hari terakhir. Nyeri dirasakan di regio hipokondriaka dekstra dan epigastrium, bersifat hilang timbul, terasa seperti diremas, dengan durasi lebih dari 5 menit setiap episode dan frekuensi lebih dari lima kali per hari, terkadang terasa menjalar ke punggung dan mengganggu aktivitas serta tidur pasien. Pasien tidak mengeluhkan mual maupun muntah. Tidak didapatkan ikterus dan perubahan warna urin maupun feses. Kebiasaan buang air besar dan kecil dalam batas normal. Pasien memiliki riwayat keluhan serupa sebelumnya

yang berkaitan dengan konsumsi makanan berlemak serta riwayat *Gastroesophageal Reflux Disease* (GERD), sementara riwayat penyakit sistemik lain, operasi, alergi, dan penyakit keluarga disangkal.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum tampak lemah dengan kesadaran compos mentis. Tanda vital menunjukkan tekanan darah 123/84 mmHg, frekuensi nadi 101 kali/menit, frekuensi napas 20 kali/menit, suhu 36,6°C, dan saturasi oksigen 98% *room air*. Pemeriksaan abdomen menunjukkan nyeri tekan pada regio hipokondriaka dekstra dengan *murphy sign* positif, tanpa defans muskular, nyeri tekan lepas, massa abdomen, hepatomegali, maupun splenomegali. Pemeriksaan sistem lain dalam batas normal.

Pemeriksaan laboratorium darah menunjukkan hasil dalam batas normal dengan hemoglobin 11,9 g/dL dan leukosit 4.450/ μ L, serta didapatkan hipokalsemia ringan (1.10 mmol/L; nilai normal 1.17 – 1.29). Pemeriksaan foto toraks dalam batas normal. Pemeriksaan ultrasonografi abdomen menunjukkan kandung empedu berukuran normal dengan dinding menebal dan ireguler, tanpa dilatasi duktus

biliaris, serta tampak batu empedu berukuran $\pm 1,43$ cm (Gambar 1).



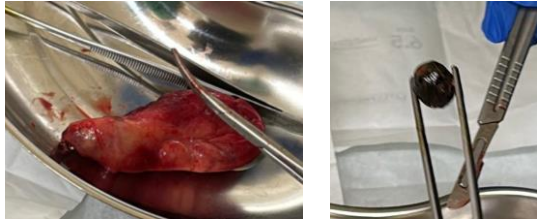
Gambar 1. USG menunjukkan batu empedu dengan penebalan dinding kandung empedu

Berdasarkan temuan klinis dan pemeriksaan penunjang tersebut, pasien didiagnosis kolelitiasis dengan kolesistitis akut.

Pasien diberikan terapi awal berupa rehidrasi dengan infus Ringer Laktat, pemberian omeprazol, sukralfat, parasetamol, serta antibiotik cefazolin intravena sebagai persiapan praoperatif. Pasien kemudian menjalani tindakan kolesistektomi terbuka dengan anestesi umum. Intraoperatif tampak kandung empedu dengan tanda peradangan dan didapatkan batu empedu pada spesimen hasil kolesistektomi (Gambar 4), tanpa komplikasi selama prosedur, dengan hemostasis adekuat dan tanpa kebocoran empedu. Pascaoperasi, pasien dirawat dengan pemantauan klinis, menunjukkan perbaikan keluhan nyeri, tanda vital stabil, dan tidak ditemukan komplikasi selama perawatan, dengan

luaran klinis yang baik.

PEMBAHASAN



Gambar 2. Makroskopis kantung empedu dan batu empedu

Kolelitiasis merupakan suatu kondisi patologis yang ditandai dengan terbentuknya kalkuli di dalam kantung empedu. Proses ini terjadi akibat ketidakseimbangan komposisi empedu, meliputi supersaturasi kolesterol, gangguan motilitas kantung empedu, dan adanya faktor nukleasi yang mempercepat presipitasi kristal. Salah satu komplikasi klinis yang paling sering adalah kolesistitis akut, yaitu peradangan akut dinding kandung empedu yang pada lebih dari 90% kasus disebabkan oleh impaksi batu pada duktus sistikus. Obstruksi ini mengakibatkan stasis empedu, peningkatan tekanan intraluminal, iskemia mukosa, serta respons inflamasi yang dapat berlanjut menjadi infeksi sekunder. Kolelitiasis sering kali merupakan kondisi dasar, sedangkan kolesistitis akut menjadi manifestasi klinis yang paling menonjol dan merupakan salah satu indikasi

bedah abdomen yang paling sering dijumpai di unit gawat darurat (EASL, 2016; Okamoto *et al.*, 2018; Pisano *et al.*, 2020).

Di Asia, prevalensi kolelitiasis umumnya lebih rendah dibanding Barat, berkisar 3–10% berdasarkan survei ultrasonografi dan studi populasi (Chang *et al.*, 2013). Di negara barat, Secara global, batu empedu jenis kolesterol kian sering dijumpai. Sebaliknya, di banyak negara berkembang batu pigmen (berbasis bilirubin) lebih lazim dijumpai, biasanya berhubungan dengan gangguan hematologis dan infeksi saluran bilier (Gutt *et al.*, 2020).

Faktor risiko terjadinya kolelitiasis meliputi jenis kelamin perempuan, usia di atas 40 tahun, obesitas, serta faktor metabolik lain yang memengaruhi komposisi dan motilitas empedu. Estrogen diketahui meningkatkan sekresi kolesterol ke dalam empedu dan menurunkan motilitas kandung empedu, sedangkan obesitas berperan dalam meningkatkan supersaturasi kolesterol empedu (EASL, 2016; Di Ciaula *et al.*, 2019). Pada kasus ini, pasien merupakan perempuan berusia 51 tahun dengan indeks massa tubuh 30 kg/m², yang menunjukkan adanya dua faktor risiko utama sekaligus, yaitu

usia dan obesitas. Kombinasi faktor-faktor tersebut secara signifikan meningkatkan kemungkinan terbentuknya batu empedu kolesterol, yang selanjutnya dapat menyebabkan obstruksi duktus sistikus dan memicu terjadinya kolesistitis akut, sebagaimana tampak pada perjalanan klinis pasien.

Penegakan diagnosis kolelitiasis dan kolesistitis akut diawali dari anamnesis nyeri bilier yang khas, berupa nyeri kuadran kanan atas atau epigastrium yang bersifat kolik, berlangsung episodik, dapat menjalar ke punggung atau skapula kanan, dan sering dipicu konsumsi makanan berlemak. Pada kolelitiasis tidak terkomplikasi, pemeriksaan fisik dan parameter laboratorium umumnya masih dalam batas normal, sedangkan progresi menjadi kolesistitis akut ditandai oleh nyeri yang lebih menetap, *Murphy sign* positif, serta dapat disertai respons inflamasi sistemik (EASL, 2016).

Berdasarkan Tokyo Guidelines 2018, diagnosis kolesistitis akut ditegakkan melalui kombinasi kriteria A (tanda lokal peradangan), B (tanda inflamasi sistemik), dan C (temuan pencitraan khas). Pada pasien ini, kriteria A terpenuhi melalui nyeri tekan kuadran kanan atas

dan *Murphy sign* positif, sementara kriteria B tidak menonjol karena leukosit normal dan tidak ditemukan demam. Oleh karena itu, pemeriksaan ultrasonografi kuadran kanan atas sebagai modalitas lini pertama menjadi krusial untuk memenuhi kriteria C. Hasil ultrasonografi menunjukkan adanya batu empedu disertai penebalan dinding kandung empedu tanpa dilatasi duktus biliaris, yang secara konsisten mendukung diagnosis kolesistitis akut kalkulus sesuai kriteria TG18 (EASL, 2016; Yokoe *et al.*, 2018). Modalitas pencitraan lanjutan seperti *Hepatobiliary Scintigraphy* (HIDA) direkomendasikan secara selektif pada kasus dengan kecurigaan klinis tinggi namun hasil USG inkonklusif, sedangkan CT lebih berperan dalam menilai komplikasi seperti perforasi atau abses (EASL, 2016; Kiewiet *et al.*, 2012).

Tidak ditemukannya ikterus, urin gelap, feses pucat, maupun tanda kolestasis klinis pada pasien ini menurunkan kemungkinan koledokolitiasis. Sesuai dengan pedoman *American Society for Gastrointestinal Endoscopy* (ASGE) 2019, pasien dengan probabilitas rendah terhadap batu duktus koledokus tidak memerlukan pemeriksaan tambahan seperti

MRCP atau ERCP sebelum kolesistektomi. (Buxbaum *et al.*, 2019; Cianci & Restini, 2021).

Pada batu empedu simptomatik, pilihan tatalaksana ditentukan oleh derajat gejala, adanya komplikasi, serta kondisi klinis pasien. Pada kasus ini, pasien datang dengan nyeri kolik bilier berulang yang memberat, disertai *murphy sign*. Kondisi tersebut memerlukan intervensi definitif untuk mengatasi sumber obstruksi dan mencegah komplikasi lanjutan (EASL, 2016; Cianci & Restini, 2021).

Berdasarkan Tokyo Guidelines 2018 dan rekomendasi *European Association for the Study of the Liver* (EASL), kolesistektomi dini merupakan standar terapi pada kolesistitis akut derajat ringan hingga sedang karena terbukti menurunkan angka kekambuhan, komplikasi, dan lama rawat inap dibandingkan terapi konservatif atau operasi tertunda. Pada pasien ini, kolesistektomi dipilih sebagai terapi definitif dan dilakukan tanpa penundaan karena kondisi hemodinamik stabil serta tidak ditemukan disfungsi organ, sehingga sesuai dengan rekomendasi berbasis pedoman internasional (Yokoe *et al.*, 2018; EASL, 2016; Pisano *et al.*, 2020). Luaran klinis pascaoperasi yang baik

tanpa komplikasi pada pasien ini menegaskan bahwa tatalaksana operatif yang dilakukan telah sesuai dengan rekomendasi berbasis bukti dan kondisi klinis pasien

KESIMPULAN DAN SARAN

Kolelitiasis dengan kolesistitis akut kalkulus dapat dikenali melalui kombinasi gambaran klinis khas dan temuan ultrasonografi. Penegakan diagnosis yang cepat dan akurat serta penerapan tatalaksana sesuai pedoman berbasis bukti sangat penting untuk mencegah komplikasi dan memperbaiki luaran pasien dengan kolelithiasis simptomatik.

PERSANTUNAN

Penulis menyampaikan terima kasih kepada pasien yang telah memberikan persetujuan untuk penggunaan data klinis dalam laporan kasus ini. Penulis juga mengucapkan terima kasih kepada dosen pembimbing dan tim medis yang telah memberikan bimbingan, arahan, serta dukungan dalam penyusunan dan penatalaksanaan kasus ini.

DAFTAR PUSTAKA

Buxbaum, J.L., Fehmi, S.M.A., Sultan, S., Fishman, D.S., Qumseya, B.J., Cortessis, V.K. *et al.* (2019). ASGE guideline on

- the role of endoscopy in the evaluation and management of choledocholithiasis. *Gastrointestinal Endoscopy*, 89(6), pp. 1075–1105.
- Cianci, P. and Restini, E. (2021). Management of cholelithiasis with choledocholithiasis: Endoscopic and surgical approaches. *World Journal of Gastroenterology*, 27(28), pp. 4536–4554.
- European Association for the Study of the Liver (EASL). (2016). EASL Clinical Practice Guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of gallstones. *Journal of Hepatology*, 65(1), pp. 146–181.
- Gutt, C., Schläfer, S. and Lammert, F. (2020). The treatment of gallstone disease. *Deutsches Ärzteblatt International*, 117(9), pp. 148–158.
- Hapca, S., Ramsay, G., Murchie, P. and Ahmed, I. (2021). Biliary colic. *BMJ*, 374, n2085.
- Kiewiet, J.J., Leeuwenburgh, M.M., Bipat, S., Bossuyt, P.M., Stoker, J. and Boermeester, M.A. (2012). Diagnostic performance of imaging in acute cholecystitis: A systematic review and meta-analysis. *Radiology*, 264(3), pp. 708–720.
- Okamoto, K., Suzuki, K., Takada, T., Strasberg, S.M., Asbun, H.J., Endo, I. *et al.* (2018). Tokyo Guidelines 2018: Diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis. *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences*, 25(1), pp. 41–54.
- Pisano, M., Allievi, N., Gurusamy, K., Borzellino, G., Cimbanassi, S., Boerna, D. *et al.* (2020). 2020 World Society of Emergency Surgery updated guidelines for the diagnosis and treatment of acute calculus cholecystitis. *World Journal of Emergency Surgery*, 15, 61.
- Srikanth, M.S., Shreyas, A., Desai, S., Mehdi, S., Gangadharappa, H.V., Suman and Krishna, K.L. (2021). Recent advances, novel targets and treatments for cholelithiasis: A narrative review. *European Journal of Pharmacology*, 908, 174376.
- Strasberg, S.M. (2008). Acute calculous cholecystitis. *New England Journal of Medicine*, 358(26), pp. 2804–2811.
- Yokoe, M., Hata, J., Takada, T., Strasberg, S.M., Asbun, H.J., Wakabayashi, G. *et al.* (2018). Tokyo Guidelines 2018: Diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences*, 25(1), pp. 41–54.