

KASUS LANGKA CHYLOTHORAX BILATERAL BERULANG PADA LIMFOMA NON-HODGKIN

Amiruddin¹, Herison Efrata Sinulingga²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara, Medan, Indonesia

²RSUP H Adam Malik/Departemen Pulmonologi dan Kedokteran Respirasi, Fakultas Kedokteran, Universitas Sumatera Utara, Medan, Indonesia

ABSTRAK

Chylothorax adalah efusi pleura mirip susu atau adanya kekeruhan. Meskipun pasien dengan limfoma kadang-kadang muncul dengan efusi pleura ganas, chylothorax jarang ditemui sebagai gambaran umum pada pasien tersebut.

Seorang laki-laki kebangsaan Indonesia, 62 tahun, mengeluhkan sesak nafas, nyeri dada sebelah kanan, dan riwayat batuk. Rontgen dada dan CT scan toraks menunjukkan efusi pleura bilateral dengan massa di abdomen tengah atas. Cairan pleura dari kedua hemitoraks berwarna susu dan keruh tetapi tidak berbau. Kultur aerob dan sitologi cairan pleura negatif. Trigliserida (TG) kedua cairan pleura >110 mg/dL dengan rasio kolesterol/trigliserida cairan pleura <1 mendukung kearah chylothorax. Limfoma non-Hodgkin dikonfirmasi dengan biopsi torakotomi terbuka dan pemeriksaan imunohistokimia. Pasien dilakukan thoracentesis di ruangan dan memiliki riwayat thoracentesis sebelumnya. Di klinik rawat jalan, pasien direncanakan kemoterapi dengan regimen R-CHOP.

Chylothorax bilateral akibat limfoma non-Hodgkin dikonfirmasi berdasarkan analisis cairan pleura, biopsi terbuka, dan pemeriksaan imunohistokimia.

PENDAHULUAN

Chylothorax adalah efusi mirip susu atau adanya kekeruhan. Pada efusi pleura yang berlangsung lama, sejumlah besar kolesterol atau kompleks lesitin-globulin dapat terakumulasi dalam cairan pleura untuk menghasilkan efusi pleura chyliform, yang disebut pseudochylothorax.¹

Keganasan dilaporkan sebagai penyebab utama chylothorax non-trauma. Limfoma non Hodgkin (NHL), leukemia limfositik kronis, dan kanker metastatik

adalah keganasan umum yang terkait dengan chylothorax.²

Meskipun pasien dengan limfoma kadang-kadang muncul dengan efusi pleura ganas, chylothorax jarang ditemui sebagai gambaran umum pada pasien tersebut.³ Chylothorax bilateral adalah kasus langka yang penting untuk dilaporkan.⁴ Penelitian ini melaporkan seorang laki-laki dengan chylothorax bilateral.

Ada dua mekanisme untuk terjadinya chylothorax karena limfoma. Yang pertama adalah pecahnya duktus torasikus, yang mungkin disebabkan oleh infiltrasi keganasan, menyebabkan duktus torasikus menjadi kaku dan rentan pecah. Mekanisme kedua adalah tekanan berlebihan pada duktus torasikus. Hal ini mengakibatkan aliran balik cairan getah bening ke pleura parietal melalui limfatik dan kemudian ke rongga pleura. Tekanan ini juga membentuk kanal kolateral yang melebar dan membuka rongga pleura.^{5,6} Teori lain menyatakan bahwa sejumlah besar limfosit dan bahan protein dalam cairan getah bening pada pasien dengan limfoma dan leukemia dapat menyebabkan viskositas cairan getah bening yang tinggi. Viskositas cairan getah bening yang tinggi menyebabkan tekanan luar biasa pada dinding pembuluh getah bening dan tekanan intraluminal yang tinggi ini menyebabkan distensi dan kerapuhan pembuluh getah bening. Trauma kecil seperti batuk keras atau bersin dapat menyebabkan mikroruptur dinding pembuluh darah yang rapuh yang mengakibatkan kebocoran cairan getah bening ke dalam rongga pleura.^{7,8}

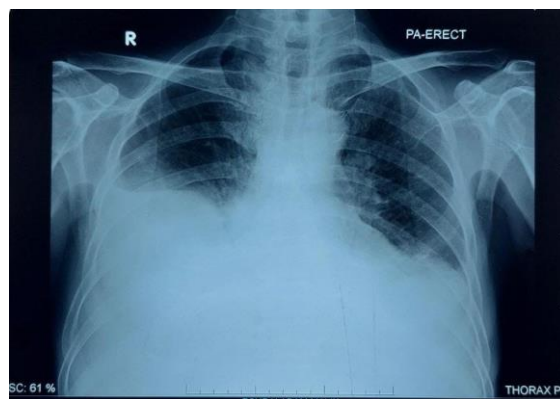
LAPORAN KASUS

Seorang laki-laki, 62 tahun mengeluh sesak nafas sejak 2 bulan lalu dan semakin memberat sejak 2 hari sebelum

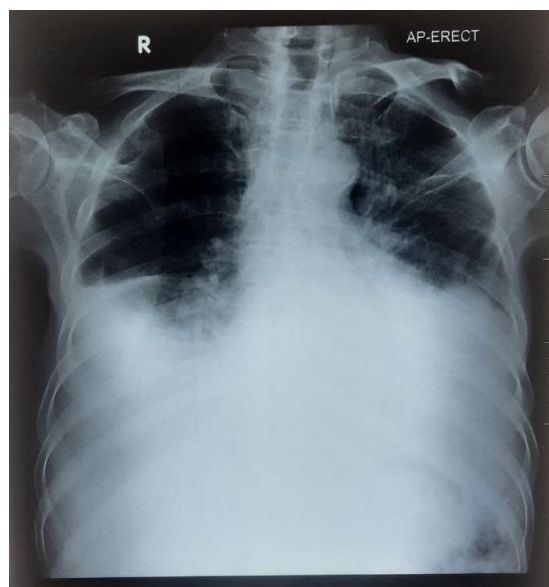
masuk rumah sakit. Nyeri dada kanan ditemukan dengan VAS 4-5. Riwayat batuk ditemukan 2 minggu yang lalu. Wajah bengkak tidak dijumpai. Demam tidak ditemukan. Pasien dalam keadaan compos mentis, dengan tekanan darah 102/65 mmHg, denyut nadi 100 kali per menit, laju pernapasan 26 kali per menit, suhu 36,8 C, saturasi oksigen 97% dengan kanula nasal 3 liter per menit. Pemeriksaan fisik thoraks menunjukkan perkusi redup, fremitus taktil menurun, suara pernapasan melemah di bagian tengah ke bawah paru kanan dan kiri.

Rontgen toraks menunjukkan efusi pleura bilateral, USG toraks menunjukkan anechoic (+) pada kedua hemithorax, dengan kesimpulan efusi bilateral. CT-

Scan abdomen pasien menunjukkan massa di abdomen tengah atas, dan efusi pleura masif kanan dengan atelektasis bagian bawah paru kanan. Sitologi cairan pleura ditemukan negatif untuk keganasan. Histopatologi kelenjar getah bening omentum dikonfirmasi limfoma non Hodgkin. Laboratorium cairan pleura menunjukkan protein total 2,7 g/dL, LDH 341 U/L, glukosa 100 mg/dL, pH 8,0, leukosit $0,159 \times 10^3/\mu\text{L}$. Selain itu, saat pada kultur cairan pleura, tidak ditemukan bakteri. Pasien mendapatkan terapi oksigen 3 L/menit (nasal cannula), Ranitidin mg/12 jam, Ketorolac 30 mg/8 jam, dan diet tinggi protein tinggi kalori 2100,87 kkal/hari.



Gambar 1. Rontgen dada saat pasien masuk IGD



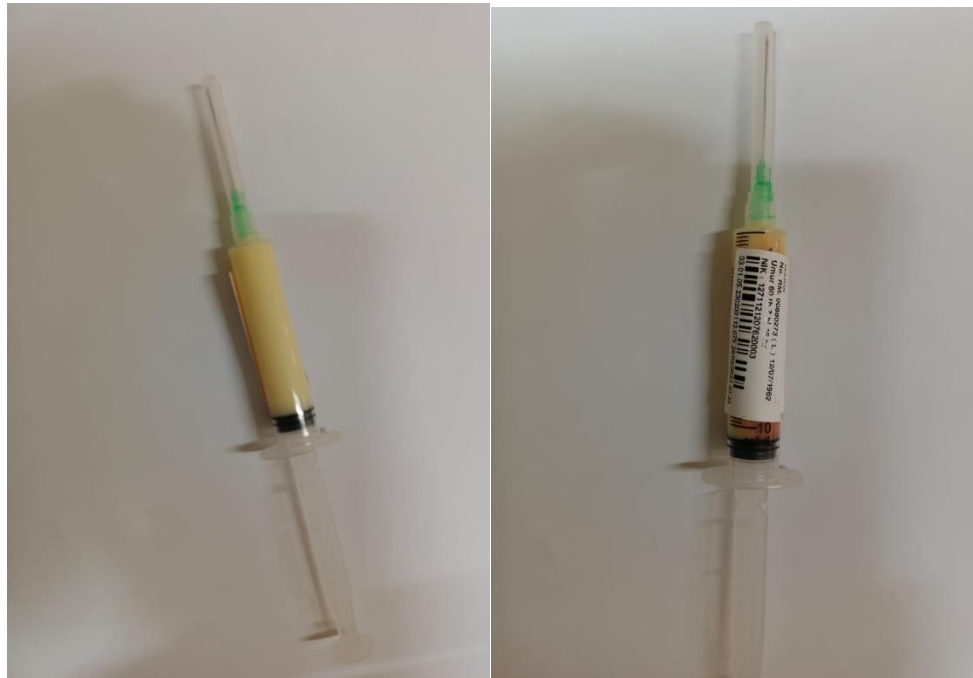
Gambar 2. Rontgen dada setelah pasien melakukan thoracocentesis

Pasien dilakukan thoracentesis per 3 hari dengan total volume cairan pleura 3750 ml. Hasil pemeriksaan profil lipid

pada cairan pleura menunjukkan eksudat dengan kolesterol total 84 mg/dL, dan trigliserida 1084 mg/dL. Hasil

pemeriksaan histopatologi kelenjar getah bening omentum dipastikan limfoma non Hodgkin. Analisis imunohistokimia menunjukkan CD45 dan CD20 positif dengan kesimpulan limfoma non Hodgkin

B. Pasien menerima regimen kemoterapi R CHOP (Rituximab + Cyclophosphamide, prednisone, doxorubicin, vincristine) dari rawat jalan.



Gambar 3. Cairan pleura dari hemithorax kanan (kanan), dan dari hemithorax kiri

KESIMPULAN

Chylothorax bilateral adalah kondisi langka dan penampilannya bisa menyerupai empiema. Keganasan adalah penyebab utama chylothorax non-traumatik, yang sebagian besar adalah limfoma. Limfoma non-Hodgkin memiliki insiden chylothorax yang lebih tinggi daripada limfoma Hodgkin. Chylothorax bilateral dan limfoma non-Hodgkin dikonfirmasi berdasarkan analisis cairan pleura, biopsi terbuka, dan pemeriksaan imunohistokimia.

REFERENSI

Light RW. *Pleural Diseases*. 6th ed. 2013.

Doerr CH, Allen MS, Nichols FC, et al. Etiology of Chylothorax in 203 Patients. *Mayo Clin Proc* 2005; 80: 867–870.

Sugeeth MT, Narayanan G, V.Soman L. Chylous pleural effusion: A rare presentation of Non-Hodgkin-Lymphoma. *Iran J Blood Cancer* 2018; 10: 130–132.

Barillas S, Rodas A, Ardebol J, et al. Nontraumatic chylothorax secondary to lymphoma and filariasis. *J Surg Case Reports* 2020; 2020: 1–3.

Talwar A, Lee HJ. A contemporary review of chylothorax. *Indian J Chest Dis Allied Sci* 2008; 50: 343–351.

Laba JM, Nguyen TK, Boldt RG, et al. Spontaneous Resolution of Chylothorax-Associated Lymphoma Treated with External Beam Radiotherapy: A Case Report and Comprehensive Review of the Literature. *Cureus* 2016; 8: e761.

Elmer P, Allen CJ, Dipasco PJ, et al. Non-Hodgkin ' s Lymphoma as a Risk Factor for Persistent Chylothorax After Transhiatal Esophagectomy. 2012; 3: 233–235.

Classical P, Hodgkin L, Mixed T. Problema Diagnostik dan Respons Kemoterapi pada Seorang Penderita Classical Limfoma Hodgkin Tipe Mixed Cellularity dengan Temporary Spontaneous Regression. 2017; 3: 7–11.