



MENYERUPAI KANKER, MENGUNGKAP AMUBA: KASUS LANGKA ABSES HATI AMUBIK YANG TERBUKTI MELALUI BIOPSI

Sabrina Azmi¹, Silpi Hamidiyah², Pangisti Dwi Ana Ningsih³

^{1,3}departemen Parasitologi Fakultas Kedokteran Universitas Yarsi

²departemen Patologi Anatomi Fakultas Kedokteran Universitas Yarsi
sabrinaazmi30@gmail.com

Abstrak

Abses hati amuba disebabkan oleh parasit *Entamoeba histolytica* dan menjadi masalah yang signifikan di Indonesia, hingga menyebabkan 50000 kematian di dunia. Gejala penyakit ini dapat berupa demam, nyeri perut dan pembesaran organ hepar. Dengan dilakukannya penegakkan diagnosis yang tepat, salah satunya adalah dengan menemukan parasit di jaringan hati yang terinfeksi, maka diharapkan angka kematian akibat AHA dapat berkurang. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk melaporkan kasus mengenai Wanita 58 tahun dengan keluhan nyeri perut kanan atas sejak $\pm$ 3 minggu, disertai dengan perut terasa sebah, mual, dan penurunan nafsu makan. Metode yang digunakan adalah analisis gejala klinis dan pemeriksaan penunjang laboratorium dan biopsi histopatologi dengan pewarnaan HE. Pemeriksaan laboratorium menunjukkan peningkatan leukosit (21.600) dengan $NLR > 10$, hipalbuminemia (2,4 g/dL), CRP meningkat (16,03), dan rasio R sebesar 0,32. USG abdomen mengungkapkan adanya massa padat dengan bagian kistik di lobus kiri hepar berukuran 10,7 x 7,56 x 11,1 cm dengan dugaan abses atau hepatoma. Hasil biopsi hepar menunjukkan adanya area nekrotik yang luas dengan infiltrasi sel radang, dominan neutrofil, limfosit, dan makrofag, serta ditemukan struktur menyerupai amuba yang sebagian mengahami lisis degeneratif. Kesimpulan, pasien didiagnosis dengan abses hepar amubik berdasarkan gambaran klinis, pemeriksaan penunjang, dan hasil biopsi histopatologis.

Keywords : *Entamoeba histolytica*, Abses hati, Biopsi

Abstract

Amoebic Liver Abscess is caused by the parasite *Entamoeba histolytica* and remains a significant health problem in Indonesia, contributing to approximately 50,000 deaths worldwide. The symptoms of this disease may include fever, abdominal pain, and hepatomegaly. With accurate diagnostic procedures—such as the identification of parasites in the infected liver tissue—the mortality rate caused by Amoebic Liver Abscess (ALA) can be reduced. The purpose of this study is to report a case of a 58-year-old woman presenting with complaints of right upper abdominal pain for approximately three weeks, accompanied by abdominal bloating, nausea, and loss of appetite. The methods used included analysis of clinical symptoms, laboratory examinations, and histopathological biopsy using Hematoxylin-Eosin (HE) staining. Laboratory results showed elevated leukocyte count (21,600) with an $NLR > 10$, hypoalbuminemia (2.4 g/dL), elevated CRP (16.03), and an R ratio of 0.32. Abdominal ultrasound revealed a solid mass with cystic components in the left lobe of the liver measuring 10.7 × 7.56 × 11.1 cm, suggesting either an abscess or hepatoma. Liver biopsy results demonstrated extensive necrotic areas with infiltration of inflammatory cells—predominantly neutrophils, lymphocytes, and macrophages—as well as structures resembling amoebae, some showing degenerative lytic changes. Conclusion is The patient was diagnosed with amoebic liver abscess based on clinical features, supporting examinations, and histopathological biopsy findings.

Keywords: *Entamoeba histolytica* , Liver abscess, Biopsy

@Jurnal Ners Prodi Sarjana Keperawatan & Profesi Ners FIK UP 2025

* Corresponding author :

Address : Universitas YARSI

Email : sabrinaazmi30@gmail.com

PENDAHULUAN

Amebiasis merupakan penyakit intestinal yang disebabkan oleh parasit *Entamoeba histolytica*, yang bertanggung jawab terhadap meningkatnya angka kesakitan dan kematian pada anak-anak dan dewasa muda. Abses hati amuba (AHA) menjadi komplikasi amebiasis ekstraintestinal terbanyak. Pada 9% kasus, abses hati berkembang menjadi komplikasi amebiasis, dan pada tahun 2020 AHA menyebabkan hampir 50000 kematian.¹ Komplikasi ini disebabkan kemampuan trofozoit untuk menyerang dan melewati mukosa, menyebabkan migrasi melalui sirkulasi portal ke hati, yang merupakan organ target pembentukan abses.² Meskipun AHA merupakan komplikasi yang paling penting, paru-paru, jantung, dan otak juga dilaporkan dapat terkena dampak parasit ini³. Beberapa studi epidemiologi menunjukkan bahwa beberapa negara di India, Amerika Tengah dan Selatan, Mexico, Afrika, dan Asia merupakan wilayah dengan insidensi tinggi⁴. Kebanyakan orang tertular melalui konsumsi makanan atau air yang terkontaminasi meskipun cara penularan lainnya termasuk seks *oral* dan *anal*, terutama di antara laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki.^{5,6} Sekitar 2% hingga 5% pasien dengan amebiasis usus mungkin berakhir dengan abses hati.⁷ Organisme ini tersebar di seluruh dunia, menimbulkan risiko besar di negara-negara yang tidak memiliki sanitasi yang memadai pada pasokan air kota.⁸

80% pasien akan mengalami gejala dalam waktu 2 hingga 4 minggu setelah terpapar. Di beberapa daerah endemik AHA terjadi pada anak dibawah 5 tahun hingga dewasa muda. Laki-laki lebih rentan mengalami abses hati amuba bila dibandingkan dengan perempuan. Gejala dapat berupa demam (38°C), menggigil, anoreksia, *diaphoresis* dan nyeri perut kuadran kanan atas, hingga pembesaran hati (hepatomegali). Nyeri dapat menjalar ke pundak dan punggung. Mual dan diare terjadi pada 50% kasus AHA.^{9,10,11}

Abses hati amuba merupakan masalah kesehatan yang signifikan di Indonesia, terutama di daerah dengan sanitasi buruk dan iklim tropis yang mendukung penyebaran *Entamoeba histolytica*¹², karena abses hati amuba memiliki gejala yang tidak khas yang cukup sulit untuk dibedakan dengan abses hati lainnya, sehingga penulis mencoba untuk mengangkat laporan kasus ini untuk dapat mendalami pentingnya penegakkan diagnosis dengan menemukan parasit *Entamoeba histolytica* itu sendiri.

METODE

Wanita, 58 tahun mengeluh nyeri perut bagian atas sejak ± 3 minggu sebelum masuk rumah sakit. Nyeri seperti ditusuk dan semakin

memberat, tidak menjalar, berlangsung terus menerus hingga membuat pasien hanya berbaring di tempat tidur. 2 minggu sebelum masuk rumah sakit pasien mengeluh demam tidak tinggi, hilang timbul, tidak menggigil disertai perut sebah dan membesar, juga terdapat mual dan penurunan nafsu makan, dan tidak ditemukan gangguan pencernaan lainnya maupun gangguan pada buang air kecil. Akhirnya pasien di rawat di rumah sakit, dilakukan pemeriksaan, dan didapatkan adanya pembesaran hati.

Pasien mengaku bahwa keluhan ini baru pertama kali dialami. Pasien menyatakan hanya memiliki riwayat penyakit asam urat dan di keluarganya tidak ada yang memiliki penyakit sama seperti pasien. Pasien juga mengatakan bahwa suplai air untuk kebutuhan sehari-hari dari air sungai, dan air minum dengan membeli air isi ulang, sedangkan makanan sering beli diluar dan tidak dimasak ulang sebelum di kon

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum tampak sakit sedang, dengan tekanan darah 155/95 mmHg, frekuensi nadi 109 x per menit, laju napas 36 x per menit, saturasi oksigen sebesar 95%, suhu 37,5oC. Pada pemeriksaan paru didapatkan fremitus menurun pada SIC VI kebawah paru kiri saat dilakukan palpasi. Saat dilakukan perkusi didapatkan redup pada SIC kebawah paru kiri, dan pada auskultasi paru kiri ditemukan suara napas vesikuler menurun di SIC VI. Pemeriksaan abdomen didapatkan liver span melebar saat perkusi, saat palpasi perabaan terasa hangat dengan hepar teraba 6 cm dibawah arcus costae kanan, juga terdapat nyeri tekan.

Hasil pemeriksaan penunjang didapatkan Leukosit 21.600, NLR > 10 9. Tes fungsi hati: R ratio 0,32, albumin 2,4. CRP 16,03. USG abdomen: massa padat disertai bagian kistik didalamnya pada lobus kiri, ukuran sekitar 10,7 x 7,56 x 11,1 cm dd/abses, hepatoma.

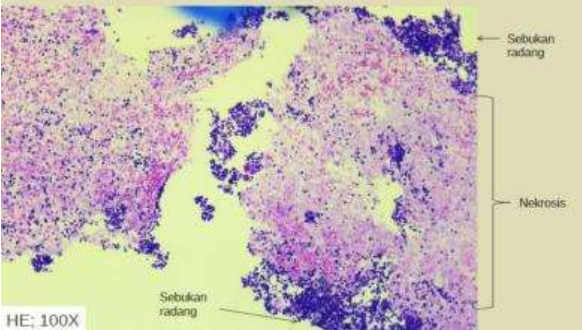
Kemudian dilakukan biopsi hepar,



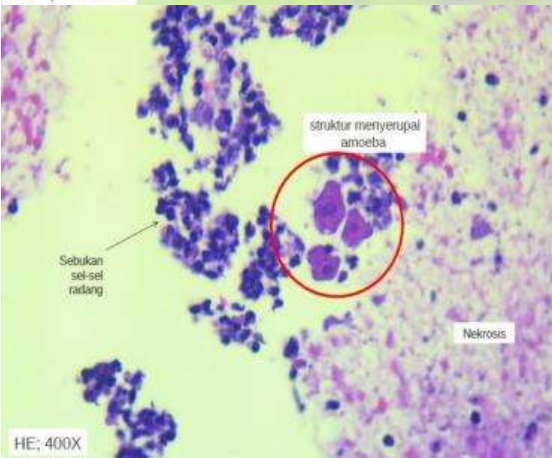
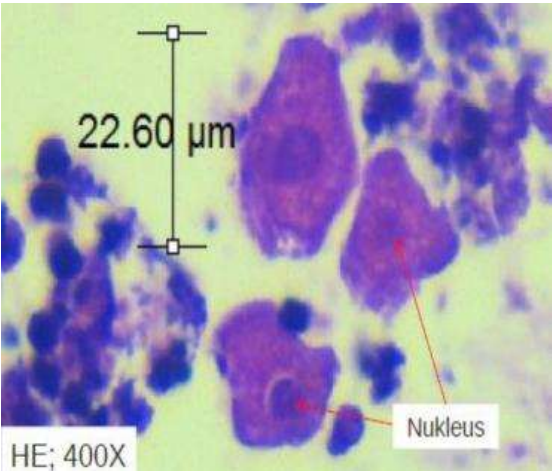
Cairan biopsi hepar: BTA (-), leukosit < 25/LPK, pewarnaan gram tidak ditemukan kuman, pewarnaan jamur yeast cell negatif. Seroamuba 6,6 – negative.

Gambaran Makroskopik: Keping-keping jaringan yang sangat halus dengan volume kurang lebih 1 cc, dengan ukuran terbesar 1.5x0.2x0.1 cm, ukuran terkecil diameter kurang dari 0.1 cm, warna kecoklatan, lunak rapuh. Mikroskopik: Sediaan biopsi hati menunjukkan sebaran luas area nekrotik bersebaran keras sel-sel radang limfosit, makrofag dan dominan neutrofil, diantaranya tampak struktur menyerupai amuba yang sebagian besar mengalami lisis degeneratif. Tak tampak tanda ganas pada sediaan ini.

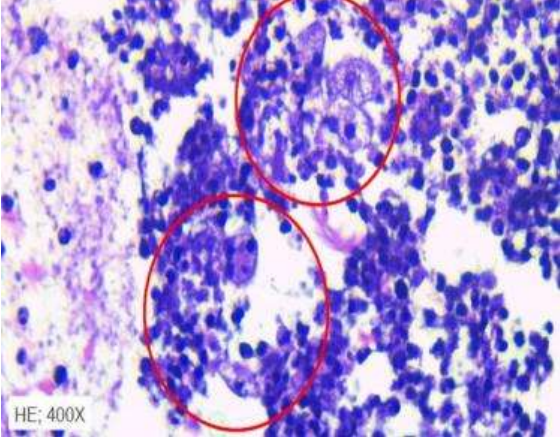
Gambaran hasil biopsi pada jaringan hati sesuai pada gambar dibawah ini.



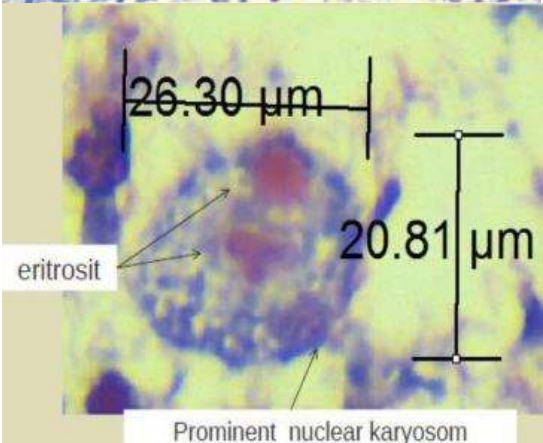
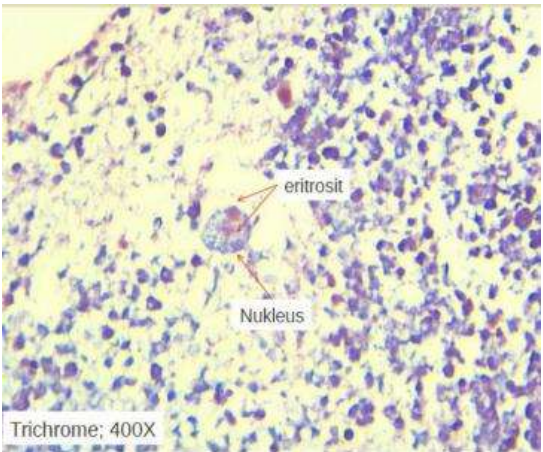
Gambar 1. Sebaran luas area nekrotik bersebutkan keras sel-sel radang (HE, pembesaran 100x)



Gambar 2. Stadium Trofozoit, Entamoeba histolytica (HE, pembesaran 400x)



Gambar 3. Multiple amoeba yang sebagian besar degenerasi (HE, pembesaran 400x)

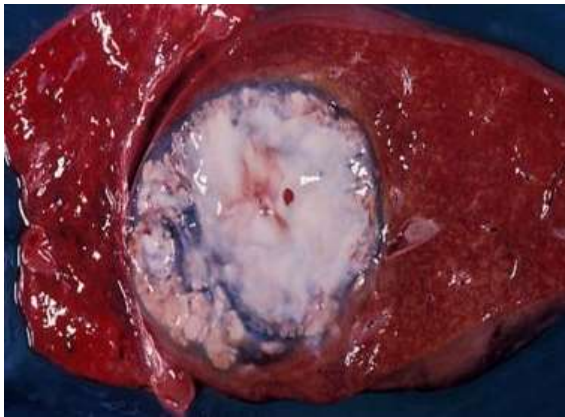


Gambar 4. Stadium trofozoit, Entamoeba histolytica. Tampak stadium trofozoit mengingesti eritrosit (Trichrome, pembesaran 400x)

HASIL DAN PEMBAHASAN

AHA biasanya terjadi 2–4 minggu setelah paparan, dengan gejala berupa nyeri kuadran kanan atas, demam, hepatomegali, anoreksia, dan 10% hingga 35% pasien memiliki gejala gastrointestinal non spesifik.^{9 10 11,13} Manifestasi ini sesuai dengan kasus yang dilaporkan, namun pasien tidak mengalami diare, yang dapat dijelaskan oleh mekanisme invasi trofozoit langsung ke hati tanpa menimbulkan gejala usus, begitu juga penelitian Kumar dkk tahun 2024 yang menunjukkan adanya gangguan pencernaan yang hebat pada pasien AHA.¹⁴ Sehingga pada awalnya pasien ini diduga mengalami keganasan hati.

Mahmud R dalam buku Medical Parasitology tahun 2017 menjelaskan bahwa AHA muncul karena penyebaran trofozoit *Entamoeba histolytica* secara hematogen baik dari mukosa usus besar ataupun penyebaran secara langsung, untuk itu seringkali pasien AHA tidak menunjukkan adanya gangguan pada usus. Kerusakan hati terjadi disebabkan karena enzim lisosom dan sitokin dari sel inflamasi pada sekeliling trifozoit. Abses hati bisa multiple ataupun soliter, biasanya terletak di lobus kanan hati. Gejala kuning dapat terjadi hanya ketika lesinya banyak atau ketika menekan saluran empedu.¹⁵



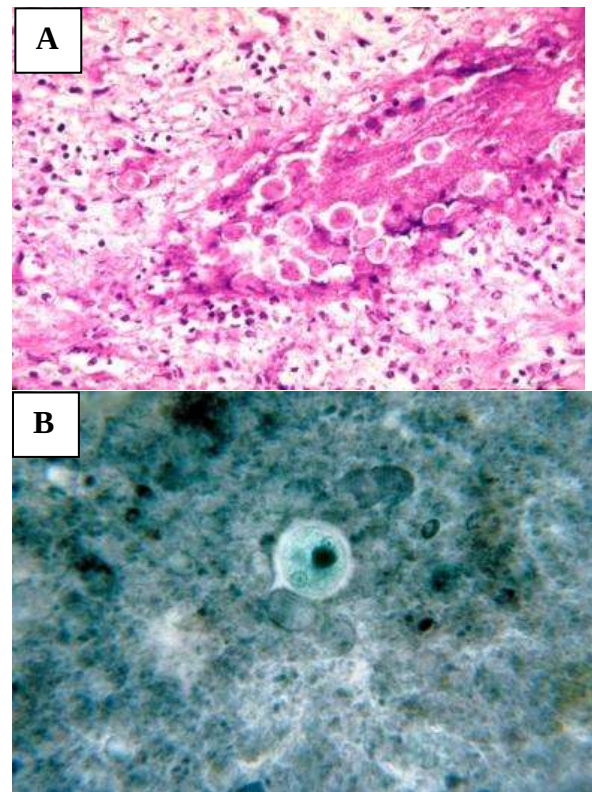
Gambar 1. Abses Liver Amuba. Abses putih pada organ hati karena infeksi *Entamoeba histolytica*.
(sumber:<http://www.sciencephoto.com/media/250248/enlarge>)

Diagnosis AHA memerlukan kombinasi anamnesis, pemeriksaan laboratorium, pencitraan, dan konfirmasi parasit. Pada pemeriksaan laboratorium, pasien dengan abses hati amuba biasanya akan menunjukkan tanda-tanda leukositosis, serum bilirubin dan kadar enzim hati normal atau sedikit meningkat pada kondisi tertentu. Alkaline fosfatase meningkat, penanda inflamasi seperti CRP meningkat, dan terdapat penurunan serum albumin.^{15,16} Pada pencitraan, sebagian besar abses hati amuba akan ditemukan di lobus kanan. Pada USG lesi pada hati cenderung berbentuk bulat atau oval, hipo-echoic, dengan batas yang tegas. USG mampu membedakan lesi hati pada berbagai tahap penyakit, menentukan jumlah, ukuran dan posisi, juga dapat membedakan tumor padat dan penyakit saluran empedu.^{16,17}

Pada kasus ini, laboratorium menunjukkan leukositosis yang sangat tinggi, hipoalbuminemia, serta peningkatan CRP yang konsisten dengan proses inflamasi. Gambaran USG menunjukkan massa padat dengan gambaran kistik di dalamnya yang menunjukkan gambaran hepatoma atau abses hepar.

Riwayat perjalanan ke daerah endemik, sanitasi yang buruk ditambah dengan tanda dan gejala yang khas serta visualisasi lesi pada pencitraan maka pasien pada kasus ini memiliki diagnosis banding berupa *Bacterial Liver abscess*, *Echinococcus Granulosus*, *Candida*, *Salmonella Typhi*^{18,17} sehingga dilakukan pemeriksaan biopsi jaringan untuk pemeriksaan mikroskopis dengan pewarnaan HE dan trikrom. Ditemukan stadium trofozoit *Entamoeba histolytica* pada jaringan hati yang sudah mengalami degenerasi karena obat-obatan. Pemeriksaan mikroskopis menjadi standar emas dalam mendiagnosis AHA, dengan menemukan kista maupun trofozoit *Entamoeba histolytica* dalam nanah yang diaspirasi, atau lebih sering dari bahan nekrotik yang diperoleh melalui biopsi jarum pada tepi atau dasar lesi. Pemeriksaan histologi menunjukkan zona

fibrinosa nekrotik, jaringan granulasi, tidak ada/jarang neutrophil. Stadium trofozoit berukuran 10 hingga 60 mikron dengan inti eksentrik kecil dan vakuola sitoplasma yang mungkin berisi sel darah merah (tanda patognomonik *Entamoeba histolytica*), ektoplasma bening homogen dibagian tepi sel, pseudopodium besar dan lebar dibentuk dari ektoplasma. Hati yang berdekatan dapat mengalami fibrosis, peradangan kronis, dan hepatosit reaktif.^{15,16,19,20}



Gambar 2. *Entamoeba histolytica* pada jaringan hati. A. Stadium trofozoit, B. Stadium kista (sumber: Centers for Disease Control and Prevention's Public Health Image Library)

Dengan diagnosis pasti yang sudah didapatkan, maka penatalaksanaan dapat berupa antiprotozoa sistemik, seperti metronidazole 500–750 mg setiap 8 jam selama 7–10 hari, yang dapat dilanjutkan dengan luminal agent (paromomisin, iodoquinol, atau tiliquinol-tilbroquinol) untuk eradikasi kista intestinal. Drainase abses dipertimbangkan bila abses berdiameter >10 cm, terletak di lobus kiri, terdapat risiko ruptur, atau tidak ada perbaikan setelah terapi medikamentosa.^{21–23}

SIMPULAN

Abses hati amuba merupakan komplikasi ekstraintestinal serius dari *E. histolytica* dengan manifestasi klinis yang tidak spesifik. Diagnosis pasti ditegakkan melalui identifikasi langsung trofozoit pada jaringan hati. Laporan kasus ini menegaskan pentingnya pemeriksaan histopatologi dalam membedakan AHA dari abses hati piogenik maupun keganasan, sehingga terapi dapat diberikan secara tepat.

DAFTAR PUSTAKA

Usuda D, Tsuge S, Sakurai R, Kawai K, Matsubara S, Tanaka R, et al. Amebic liver abscess by *Entamoeba histolytica*. *World J Clin Cases*. 2022 Dec 26;10(36):13157–66.

Gupta P, Singh KK, Balodhi A, Jain K, Deebe F, Salam N. Prevalence of Amoebiasis and Associated Complications in India: A Systematic Review. *Acta Parasitol*. 2022 Jun 11;67(2):947–61.

Rangel-Castañeda IA, Castillo-Romero A, León-Ávila G, Zermeño-Ruiz M, Hernández-Hernández JM. Drug repositioning: antiprotozoal activity of terfenadine against *Entamoeba histolytica* trophozoites. *Parasitol Res*. 2022 Jan 6;121(1):303–9.

Bauidh NK, Jadon RS, Ranjan P, Vikram NK. Metastatic amebic brain abscess: A rare presentation. *Trop Parasitol*. 2020;10(1):47–9.

Kannathasan S, Murugananthan A, Kumanan T, de Silva NR, Rajeshkannan N, Haque R, et al. Epidemiology and factors associated with amoebic liver abscess in northern Sri Lanka. *BMC Public Health*. 2018 Dec 10;18(1):118.

Kannathasan S, Murugananthan A, Kumanan T, Iddawala D, de Silva NR, Rajeshkannan N, et al. Amoebic liver abscess in northern Sri Lanka: first report of immunological and molecular confirmation of aetiology. *Parasit Vectors*. 2017 Dec 7;10(1):14.

Arellano-Aguilar G, Marín-Santillán E, Castilla-Barajas JA, Bribiesca-Juárez MC, Domínguez-Carrillo LG. Breve historia del absceso hepático amebiano, con un caso ilustrativo. *Rev Gastroenterol Mex*. 2017 Oct;82(4):344–8.

Atabati H, Kassiri H, Shamloo E, Akbari M, Atamaleki A, Sahlabadi F, et al. The association between the lack of safe drinking water and sanitation facilities with intestinal *Entamoeba* spp infection risk: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2020 Nov 4;15(11):e0237102.

Paniker CJ, Ghosh S, Chander J. Paniker's Textbook of Medical Parasitology. 8th ed. Ghosh S, editor. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd ; 2018. 20–21 p.

Morán P, Serrano-Vázquez A, Rojas-Velázquez L, González E, Pérez-Juárez H, Hernández EG, et al. Amoebiasis: Advances in Diagnosis, Treatment, Immunology Features and the Interaction with the Intestinal Ecosystem. Vol. 24, International Journal of Molecular Sciences. Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI); 2023.

El-Radhi AS. Fever in Common Infectious Diseases. In: Clinical Manual of Fever in Children. Cham: Springer International Publishing; 2018. p. 85–140.

Kantor M, Abrantes A, Estevez A, Schiller A, Torrent J, Gascon J, et al. *Entamoeba Histolytica*: Updates in Clinical Manifestation, Pathogenesis, and Vaccine Development. *Can J Gastroenterol Hepatol*. 2018 Dec 2;2018:1–6.

Ximénez C, Morán P, Rojas L, Valadez A, Gómez A, Ramiro M, et al. Novelties on amoebiasis: A neglected tropical disease. *J Glob Infect Dis*. 2011;3(2):166.

Kumar R, Patel R, Priyadarshi RN, Narayan R, Maji T, Anand U, et al. Amebic liver abscess: An update. *World J Hepatol*. 2024 Mar 27;16(3):316–30.

Mahmud R, Lim YAL, Amir A. Medical Parasitology [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2017 [cited 2023 Sep 26]. 6–8 p. Available from: <https://vetbooks.ir/medical-parasitology-a-textbook/>

Priyadarshi RN, Kumar R, Anand U. Amebic liver abscess: Clinico-radiological findings and interventional management. *World J Radiol*. 2022 Aug 28;14(8):272–85.

Maria Salles J, Alberto Moraes L, Costa Salles M. Hepatic Amebiasis. Vol. 7, The Brazilian Journal of Infectious Diseases. 2003.

Zuluaga-Gómez M, Orjuela-Correa R, González-Arroyave D, Naranjo-Hernández D, Ardila C. Point-of-care ultrasound for the diagnosis of liver abscess in a patient with HIV in the emergency department: A case report. *Medicine International*. 2023 Jan 3;3(1):5.

Morán P, Serrano-Vázquez A, Rojas-Velázquez L, González E, Pérez-Juárez H, Hernández EG, et al. Amoebiasis: Advances in Diagnosis, Treatment, Immunology Features and the Interaction with the Intestinal Ecosystem. *Int J Mol Sci*. 2023 Jul 21;24(14):11755.

Servián A, Lorena Zonta M, Navone GT. Differential diagnosis of human *Entamoeba* infections: Morphological and molecular characterization of new isolates in Argentina. *Rev Argent Microbiol*. 2023;

Salles JM, Moraes LA, Salles MC. Hepatic amoebiasis. *Braz J Infect Dis*. 2003 Apr;7(2):96–110.

Singh S, Chaudhary P, Saxena N, Khandelwal S, Datta Poddar D, Biswal UC. Treatment of liver abscess: prospective randomized comparison of catheter drainage and

needle aspiration [Internet]. 2013.
Available from: www.annalsgastro.gr

Singh R, Adhikari DR, Patil BP, Talathi NR,
Hanamshetti SR, Joshi RM. Amoebic
Liver Abscess: An Appraisal. Int Surg.
2011 Oct 1;96(4):305–9.