



Diare pada HIV

Dr. Yuly

RS Karya Husada Cikampek

HIV pada anak khas ditandai dengan adanya disfungsi usus berupa diare, malabsorpsi besi, steatore, insufisiensi pankreas, malabsorpsi laktosa, berkurangnya absorpsi usus, kebocoran protein melalui usus dan permeabilitas usus yang meningkat.

Biasanya disertai penyakit penyerta yaitu gizi buruk tipe marasmik (80%), TB Paru (30%), Pneumonia pneumosisis jiroveci /PCP (10%), dan diare kronik (55%). Diare kronik pada anak dengan HIV sebagian besar terjadi karena infeksi usus, sedangkan pada 15-46% kasus diare kronik anak dengan AIDS tidak ditemukan patogen penyebab.

Diare adalah bertambahnya frekuensi defekasi lebih dari biasanya (≥ 3 kali da-

lam 24 jam) disertai perubahan konsistensi tinja dengan / tanpa darah dan/ atau lendir. Berdasarkan lamanya diare dibedakan menjadi dua yaitu diare akut dan kronik.

Diare akut (*acute watery diarrhoea*) didefinisikan sebagai buang air besar (defekasi) ≥ 3 kali dalam 24 jam dengan konsistensi cair dan berlangsung ≤ 1 minggu. Dapat terjadi pada anak dengan infeksi HIV simptomatik. Diare akut umumnya disebabkan oleh infeksi virus (40-60%), hanya 10% disebabkan oleh infeksi bakteri yang rentan terhadap antibiotika. Penyebab lain adalah infeksi parenteral, salah makan, malabsorpsi, kadang oleh faktor kejiwaan.

Diare kronik adalah diare yang berlangsung ≥ 14 hari. Umumnya terjadi pada anak terinfeksi HIV. Terbanyak pada usia 1-5 tahun (80%).

Tabel 1. Etiologi diare kronik pada pasien AIDS

Bakteri	Virus	Protozoa
Salmonella	Rotavirus	Criptosporidium
Escherichia coli	Norovirus	Microsporidium
Clostridium perfringens		Isospora
Staphylococcus aureus		Cyclospora
Aeromonas hydrophylia		Giardia lamblia
Bacillus cereus		Entamoeba hystolitica
Vibrio cholera		
Campylobacter		
Shigella		
Clostridium difficile		
Yersinia		
Vibrio parahaemolyticus		
Enteroinvasive E.coli		
Plesiomonas shigelloides		
Klebsiella oxytica		

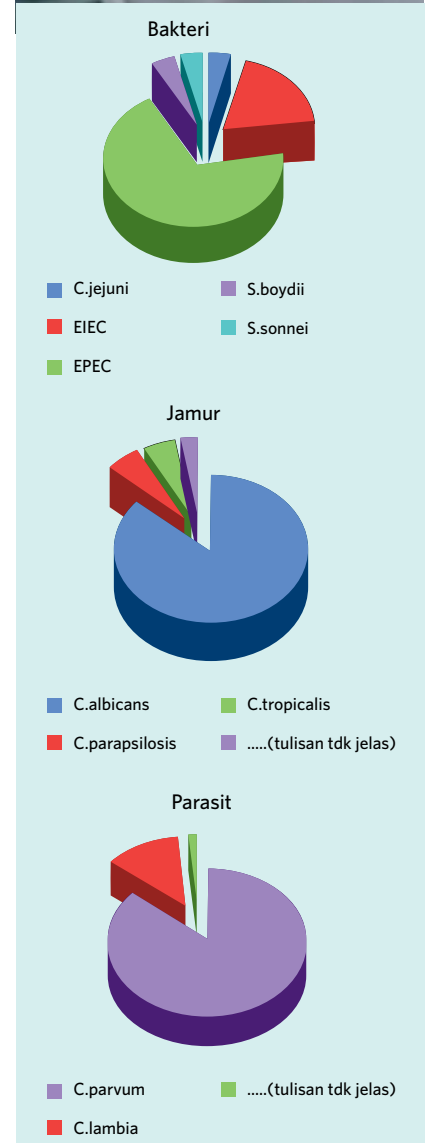


Diagram 2 Enteropatogen penyebab diare pada 100 sampel tinja anak dengan AIDS



Pemeriksaan penunjang

Tahap 1

Uji Tinja
 Kultur bakteri dan deteksi virus
 Pemeriksaan telur dan parasit
 Uji toksin *C.difficile*
 Pemeriksaan Cryptosporidia
Breath hydrogen test

Tahap 2

Sigmoidoskopi dan biopsi
 Mikroskop : Mycobacteria, CMV, Cryptosporidia
 Kultur : Mycobacteria

Tahap 3

Endoskopi dan kolonoskopi
 Mikroskop : Mycobacteria, CMV, Cryptosporidia
 Kultur : Mycobacteria
 Mikroskop elektron dan diagnostik molekular

Tata laksana

1. Pemberian cairan dan elektrolit

- Tanpa dehidrasi : cairan rumah tangga dan Asi diberikan semauanya,oralit diberikan sesuai usia setiap kali buang air besar dengan dosis :
 - < 1tahun : 50-100 ml
 - 1-5 tahun : 100-200 ml
 - >5 tahun : semauanya
- Dehidrasi ringan-sedang : rehidrasi dengan oralit 75 ml/kgbb. dalam 3 jam pertama dilanjutkan dengan pemberian oralit sesuai kehilangan cairan yang sedang berlangsung sesuai umur seperti diatas setiap kali buang air besar
- Dehidrasi berat: Rehidrasi parenteral dengan cairan RL/RingAs 100 ml/kgbb.

Cara pemberian :

- <1tahun : 30 ml/kgbb dalam 1 jam pertama dilanjutkan dengan 70 ml/kgbb dalam 5 jam berikutnya

- >1tahun : 30 ml/kgbb dalam ½ jam pertama dilanjutkan dengan 70 ml/kgbb dalam 2½ jam berikutnya
- Berikan minum jika anak sudah mau minum : 5 ml/kgbb selama proses rehidrasi

2. Pemberian nutrisi

- Nilai gizi seimbang,cukup karbohidrat, protein,vitamin dan mineral
- Bebas laktosa
- Rendah lemak,rendah serat
- Pemberian ASI diteruskan
- Diberikan dalam porsi kecil tetapi dengan frekuensi yang sering ±6x/hari



3. Terapi spesifik

- Salmonella : Ampisilin, Amoksisilin, TMP-SMX, Cefotaxim, Ceftriaxon
- Shigella : Ampisilin, Amoksisilin, TMP-SMX, Cefotaxim, Ceftriaxon, Cefixim, Ciprofloxacin,
- Ofloxcacin
- Campylobacter : Eritromisin, Ciprofloxacin
- Mycobacterium avium complex: Klartromisin + Etambutol + Rifabutin
- Mycobacterium tuberculosis : Terapi standar untuk tuberkulosis
- Yersinia enterocolica : TMP-SMX
- Giardia lamblia : Metronidazol
- E.hystolitica : Metronidazol
- C.difficile : Spiramisin, metronidazol, vankomisin
- C.parvum : Paromomisin
- Microsporidia : Albendazol
- Cytomegalovirus : Terapi suportif, Gansiklovir (mahal)
- Rotavirus : Terapi suportif, Hyperimmune bovine colostrum
- Ket : Ciprofloxacin tidak dapat diberikan pada bayi dan anak < 5 tahun, Rifabutin tidak tersedia di kawasan Asia Tenggara

4. Terapi lain

- Mikronutrien : vitamin A,B12,Asam folat, Zinc, Fe untuk regenerasi mukosa dan fungsi imunologis
- Probiotik ■

Daftar Pustaka

1. Pedoman tatalaksana infeksi HIV dan terapi retroviral pada anak di Indonesia. Dalam: Kurniati N, penyunting. Jakarta:Depkes RI;2008.
2. Pusponegoro H, Hadinegoro SR, Firmanda D dkk. Standar Pelayanan Medis Kesehatan Anak. Ed.1.Jakarta;IDAI 2005,h 49-52
3. Wilcox CM, Wanke CA. Evaluation of the HIV-infected patient with diarrhea. Diunduh dari:http://www.update.com/online/content/topic
4. Ball C. Diarrhea in patient with AIDS .AIDS Read.2002;12:380-8
5. Greenberg PD,Cello JP.Treatment of severe diarrhea caused by C.parvum with oral bovine immunoglobulin concetrare in patient with AIDS. J AIDS.Hum. Retrovirol.1996;13 :348-54
6. Rossit ARB, Almeida MTG, Nogueira CAM, Oliveira JDC, Barbosa D, Moscardini A,dkk.Bacterial,yeast,parasitic and viral enteropathogens in HIV-infected children from Sao Paolo State. Southern Brazil.Diag.Microbiol.Inf.Dis.2007;57 :59-66
7. Guarino A, Bruzzese E, Marco GD, Buccigrossi V. Management of gastrointestinal disorders in children with HIV infection. Pediatr Drugs.2004;6 :347-62
8. FAO/WHO. Joint Working Group Guidelines for Probiotic in food.Http/www.who.int/foodsafety/fs_management/en/probiotic_guidelines.pdf.