

Abses Parafaringeal, Submandibular dan Subtracheal dengan Komplikasi Fistula Faringokutan

Eva Nur Lizar¹, Hadjiman Yotosudarmo², Mukhlis Imanto³

¹Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Telinga Hidung Tenggorokan Rumah Sakit Ahmad Yani, Kota Metro, Lampung

³Bagian Ilmu Telinga Hidung Tenggorokan Rumah Sakit Abdul Moeloek, Bandar Lampung, Lampung

Abstrak

Infeksi leher dalam merupakan salah satu kegawatdaruratan medis dalam bidang telinga, hidung dan tenggorokan. Infeksi leher dalam terjadi pada ruang potensial di dalam leher sebagai akibat penjalaran infeksi dari berbagai sumber dari bagian mulut, telinga, hidung dan tenggorokan. Abses terjadi sebagai akumulasi pus dalam rongga tubuh, dalam hal ini terjadi pada rongga dalam leher. Laki-laki usia 37 tahun datang dengan keluhan bengkak dan nyeri pada leher sisi kanan sejak 5 hari sebelum masuk RS, pasien juga mengeluhkan nyeri tenggorokan, sulit menelan disertai demam. Pada pemeriksaan fisik di temukan tampak karies gigi molar III kanan bawah dan hiperemis pada faring. Pada pemeriksaan leher tampak abses pada spatiun submandibular, parafaringeal dan subtracheal dextra, fluktiasi (+) ukuran >10 cm, angulus mandibularis tidak teraba. Pasien didiagnosis abses parafaringeal dekstra, abses submandibular dextra dan abses subtracheal. Terapi direncanakan yaitu RL 20 tpm, kombinasi metronidazole 3 x 500 mg IV infus, ciprofloxacin 2 x 1 gr IV dan gentamicin 3x80 mg IV, Ketorolac 2x30 mg IV, Ranitidine 2x50 mg IV dan kultur swab molar III kanan bawah, serta pemeriksaan darah lengkap ulang. Pasien dilakukan pemasangan NGT. Pada hari keempat perawatan terbentuk fistul faringokutan.

Kata kunci: Abses, Fistula, Parafaring, Submandibula, Subtracheal

Parapharyngeal, Submandibular and Subtracheal Abscess with Pharyngocutaneus Fistule

Abstract

Deep neck infection is one of the most important medical emergencies in the ear, nose, and throat fields. Deep neck infections occur in the potential space inside the neck as a result of the spread of infection from various sources of the mouth, ear, nose and throat. The abscess occurs as an accumulation of pus in the body cavity, in this case occurring in the cavity within the neck. The 37-year-old man came with swelling and pain complaints on the right side of the neck 5 days before admission, the patient also complained of sore throat, difficulty swallowing with fever. On the physical examination found caries molar caries lower right third molars and hyperemia in the pharynx. On neck examination the abscess is present on the submandibular, parafaringeal and subtracheal dextra spurum, fluctuation (+) size> 10 cm, the mandibular angle is not palpable. The patient was diagnosed with a right parapharyngeal abscess, a dextra submandibular abscess and a subtracheal abscess. Treatment was planned to be RL 20 gtt, combination of metronidazole 3 x 500 mg IV IV, ciprofloxacin 2 x 1 g IV and gentamicin 3x80 mg IV, Ketorolac 2x30 mg IV, Ranitidine 2x50 mg IV and lower right second molar swab culture. Patients performed NGT installation. On the day of prompt care treatment fistul pharyngocutan formation.

Keywords: Abscess, Fistul, Parapharyngeal, Submandibular, Subtracheal

Korespondensi: Eva Nur Lizar, alamat Jl. Taman Malaka Selatan, Buaran Regency Blok E-9, Jakarta Timur, HP 082177846999, email evanurlizar@yahoo.co.id

Pendahuluan

Abses leher dalam adalah terbentuknya pus pada salah satu atau lebih ruang potensial di antara fasia leher

dalam sebagai akibat penjalaran infeksi dari berbagai sumber seperti gigi, mulut, tenggorok, sinus paranasal serta telinga tengah dan leher. Abses parafaring yaitu

peradangan yang disertai pembentukan pus pada ruang parafaring. Sebelum era antibiotika, 70% dari abses leher dalam merupakan penjalaran infeksi dari tonsil dan faring, akan tetapi saat ini penyebab abses leher dalam yang sering ditemukan adalah infeksi gigi dan sekitar 20% kasus abses leher dalam dengan sumber infeksi yang tidak ditemukan.¹

Infeksi leher dalam merupakan infeksi leher pada ruang (potensial) diantara fasia leher dalam sebagai akibat penjalaran infeksi dari berbagai sumber seperti gigi, mulut, tenggorok, sinus paranasal, telinga tengah dan leher.² Abses terjadi sebagai akumulasi dari pus dalam suatu rongga patologis yang dapat terjadi dibagian tubuh manapun sebagai reaksi pertahanan tubuh terhadap benda asing. Infeksi pada area leher dalam tidak selalu menyebabkan abses. Pada kasus-kasus dimana infeksi jaringan lunak tidak terlokalisir dimana eksudat menyebar keantara celah interstitial jaringan ikat.³

Pembentukan abses merupakan hasil perkembangan dari flora normal dalam tubuh. Flora normal dapat tumbuh dan mencapai daerah steril dari tubuh baik secara perluasan langsung, maupun melalui laserasi atau perforasi. Berdasarkan kekhasan flora normal yang ada di bagian tubuh tertentu maka kuman dari abses yang terbentuk dapat diprediksi berdasarkan lokasinya. Sebagian besar abses leher dalam disebabkan oleh campuran berbagai kuman, baik kuman aerob, anaerob, maupun fakultatif anaerob.²

Ruang yang berpotensi di leher dalam yang dapat mengalami infeksi yaitu ruang parotis, ruang submandibular, ruang peritonsilar, retrofaringeal, *danger space*, ruang prevertebra, dan ruang mastikator. Menurut penelitian yang dilakukan Parhischar dan kawan-kawan, terhadap 210 infeksi leher dalam, 175 (83,3%) dapat diidentifikasi penyebabnya. Penyebab terbanyak infeksi gigi 43%. Ludwig's angina

yang disebabkan infeksi gigi 76%, abses submandibular 61% disebabkan oleh infeksi gigi.⁴

Penatalaksanaan infeksi leher dalam dapat berupa tindakan dan pemberian antibiotik guna mengeradikasi mikroorganisme penyebab abses. Antibiotik empiris merupakan langkah awal untuk meng-cover infeksi bakteri yang memproduksi beta lactamase. Terapi spesifik dilakukan bila hasil kultur telah muncul. Drainase bedah diindikasikan untuk penderita dengan abses atau ancaman terjadinya komplikasi. Ruang primer yang terkena dan perluasan keruangan lainnya harus dibuka dan didrainase. Drainase dapat berupa aspirasi abses atau insisi dan eksplorasi, tergantung pada luasnya abses dan komplikasi yang ditimbulkannya.³

Kasus

Pria, usia 37 tahun datang dengan keluhan Bengkak dan nyeri pada leher sisi kanan sejak 5 hari sebelum masuk rumah sakit. Nyeri bertambah terutama dengan penekanan. Pasien masih dapat berbicara dengan jelas, tetapi terbatas. Pasien mengurangi pergerakan pada rahang dan leher karena dapat memicu nyeri. Bengkak pada leher dirasakan semakin membesar hingga membuatnya tak nyaman. Pasien juga mengeluhkan nyeri tenggorokan, sulit menelan disertai demam yang hilang timbul. 2 hari sebelumnya sudah berobat ke mantri tetapi belum mengalami perbaikan.

Pasien pernah mengalami sakit gigi kurang lebih 6 bulan lalu selama 3 hari. Keluhan seperti ini baru pertama kali dialami pasien. Sakit gigi dirasakan pada sisi kanan dan terjadi berulang. Riwayat radang mulut, telinga, hidung, dan tenggorokan disangkal. Pasien merupakan perokok sejak 17 tahun yang lalu.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum sedang, kesadaran compos mentis, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi

84 x/menit, laju pernapasan 18 x/menit, dan suhu 37,4°C. Status gizi baik, status generalis kepala dan leher, pada pemeriksaan mulut di temukan tampak karies gigi molar III kanan bawah dan hiperemis pada faring. Pada pemeriksaan leher tampak abses pada spatium submandibular, parafaringeal dan subtracheal dextra, fluktuasi (+) ukuran >10 cm, angulus mandibularis tidak teraba. Pada pemeriksaan thorax, abdomen dan ekstremitas dalam batas normal. Pada pemeriksaan penunjang terdapat peningkatan leukosit yaitu 14.310/l dan penurun hemoglobin yaitu 13,9 g/dl.

Pasien didiagnosis abses parafaringeal dekstra, abses submandibular dextra dan abses subtracheal. Terapi direncanakan yaitu pemberian cairan RL 20 tpm, kombinasi metronidazole 3 x 500 mg IV infus, ciprofloxacin 2 x 1 gr IV dan gentamicin 3 x 80 mg IV, Ketorolac 2 x 30 mg IV drip, Ranitidine 2 x 50 mg IV dan kultur swab molar III kanan bawah, serta pemeriksaan darah lengkap ulang. Pasien juga dilakukan pemasangan NGT dan diberikan diet makanan cair.

Pada hari ke-dua perawatan, pasien mengeluh tenggorokan terasa sangat sakit dan tidak dapat menelan, demam tidak ada. Pada pemeriksaan fisik abses masih tampak berukuran sama, pemeriksaan darah terjadi peningkatan leukosit menjadi 15.000/l. Sambil menunggu hasil kultur, antibiotik di ganti menjadi meropenem 3 x1 gr IV dan pengobatan lain diteruskan. Pada hari ke-tiga keluhan sudah berkurang, tidak ada demam dan pada pemeriksaan fisik ukuran abses berkurang. Pada hari keempat, abses pecah dan mengeluarkan pus keputihan, odinofagi dan disfagi menurun, demam tidak ada. Pada pemeriksaan fisik, abses pecah meninggalkan dua ulkus, batas tidak rata, ukuran 3 mm pada trigonum musculare regio colli arah cranial, pus (+) putih mukoid aktif. Sehingga diagnosis menjadi abses parafaringeal dekstra, abses

submandibular dextra, abses subtracheal disertai fistel faringokutan. Fistel dirawat dengan dibersihkan dengan NaCl 0,9%.

Pembahasan

Berdasarkan anamnesis, dapat diketahui bahwa pasien mengalami infeksi leher dalam yang menyebabkan odinofagia, disfagia, keterbatasan gerak pada leher dan rahang serta tanda peradangan lokal pada leher pasien. Letak dan jenis infeksi leher dalam masih belum dapat ditentukan, apakah hanya berupa peradangan lokal atau dengan tanda abses/selulitis. Sumber infeksi sementara diketahui bersifat odontogenik karena didapatkan riwayat sakit gigi sisi kanan sebelumnya serta tidak ada riwayat peradangan pada hidung, telinga, tenggorok, maupun rongga mulut. Untuk itu diperlukan pemeriksaan fisik untuk menentukan jenis, lokasi dan sumber infeksinya.⁵

Pada pemeriksaan fisik status *present*, keadaan umum tampak sakit sedang, sadar penuh tanpa tanda-tanda toksik. Saat itu pasien tidak mengalami demam dengan suhu tubuh 37,4 derajat *celsius*. Pada pemeriksaan status generalis, rongga mulut tampak bersih, gigi molar III kanan bawah tampak karies, mukosa tenang tanpa gingivitis dan stomatitis. Inspeksi dan palpasi leher didapatkan indurasi fluktuasi (+) pada spatium parafaringeal, submandibular dan subtracheal cendrung ke arah lateral kanan. Angulus submandibular dextra tidak teraba. Ukuran abses kurang lebih di atas 10 cm dengan demarkasi cukup jelas. Pembesaran KGB submandibular, submental, anterior dan posterior cervical masih sulit dinilai karena tertutupi abses. Pada pemeriksaan telinga, hidung dan tenggorok saat itu tidak didapatkan kelainan yang berarti, hanya tampak dinding faring sedikit hiperemis. Dengan demikian, pasien mengalami abses leher dalam pada spatium parafaringeal,

submandibular dan subtracheal kanan dengan dugaan sumber infeksi sementara secara odontogenik molar III.⁶

Berdasarkan pemeriksaan fisik, didapatkan abses pada spatium parafaringeal, submandibular dan subtracheal cendrung ke arah lateral kanan. Ekstensi abses mulai dari bawah angulus mandibularis kanan meluas ke arah caudal mengisi spatium parafaringeal dan subtracheal. Sumber infeksi berat kemungkinan berasal dari molar III kanan bawah. Peradangan pada radix molar II dan III bawah cendrung mengalami invasi ke arah spatium submandibular, sedangkan radix molar I ke arah spatium sublingual. Pasien ini mengalami karies pada molar III kanan bawah sebagai sumber infeksi abses. Spatium submandibular sebagai lokasi awal terjadinya abses pada pasien ini. Abses submandibular kanan kemudian menyebar ke spatium parafaringeal melalui fascia buccopharyngeal infrahyoideal. Selanjutnya, invasi ke spatium subtracheal melalui fascia pretracheal dari spatium parafaringeal.⁷

Pasien tidak mengalami Angina Ludwig meskipun spatium submandibular terisi. Disebut sebagai Angina Ludwig jika pasien mengalami selulitis (bukan abses) pada kedua spatium submandibular dan spatium sublingual yang menyebabkan lingua terdorong ke arah cranioposterior sehingga mengobstruksi jalan napas. Selulitis bukanlah abses, pada selulitis didapatkan demarkasi tidak jelas dengan fluktiasi (-), sedangkan pada abses sebaliknya. Pada pasien ini fluktiasi (+) dengan demarkasi cukup jelas pada spatium submandibular dextra, dan bukan bersifat bilateral. Keadaan imunitas tubuh yang lemah pada pasien ini memungkinkan terjadinya invasi sumber infeksi ke berbagai ruang potensial leher, yaitu spatium submandibular, parafaringeal dan subtracheal.⁵

Pada pemeriksaan penunjang, didapatkan leukositosis pada hari rawat

pertama dan cendrung meningkat pada hari rawat kedua. Hal ini menguatkan diagnosis abses leher dalam. Pada abses sering kali didapatkan leukositosis sebagai respon tubuh untuk melawan penyebab piogenik. Pemeriksaan lain yang dapat menunjang diagnosis abses leher dalam termasuk lokasinya adalah pemeriksaan foto rontgen cervical AP lateral. Pada pasien tidak dilakukan pemeriksaan karena pasien menolak dilakukan pemeriksaan ini dikarenakan memiliki kendala biaya. Jika dilakukan pemeriksaan ini, akan didapatkan gambaran *radioluscent* dengan demarkasi *radioopaque* pada ruang parafaringeal, submandibular dan subtracheal.⁵ Pemeriksaan kultur swab dari molar III kanan bawah dilanjutkan uji resistensi antibiotik telah dilakukan, dengan hasil biakan bakteri batang gram negatif *pseudomonas aeruginosa*, sensitif terhadap amikasin dan gentamisin (*1st line*) serta ciprofloxacin dan imipenem (*2nd line*).⁸

Pada hari rawat pertama, pada pasien diberikan kombinasi metronidazole 3 x 500 mg IV infus, ciprofloxacin 2 x 1 gr IV dan gentamicin 3 x 80 mg IV. Pada hari rawat kedua, antibiotik digantikan dengan meropenem 3 x 1 gr IV. Penggunaan 1 hari berikutnya, klinis membaik, ukuran abses sedikit berkurang. Saat itu masih menunggu hasil kultur swab. Pengobatan dilanjutkan hingga hari-hari berikutnya. Pada hari rawat ke-4 hasil kultur swab telah keluar dengan hasil uji resistensi terlampir. Pemberian meropenem 3 x 1 gr IV yang masih merupakan golongan carbapenem bersama dengan imipenem (*2nd line therapy*) masih tetap dilanjutkan. Penulis merekomendasikan pada hari rawat pertama dengan dugaan abses odontogenik, pilihan terapi empiris yang digunakan adalah Ampicillin-sulbactam 4 x 3 gr IV atau tetap menggunakan ciprofloxacin 2 x 1 gr IV selama menunggu hasil kultur. Penggunaan antibiotik yang rasional akan mengurangi resistensi

mikroorganisme terhadap antibiotik. Hasil kultur dengan biakan *Pseudomonas aeruginosa* pada pasien ini, terapi spesifik antibiotiknya adalah meropenem 3 x 1 gr IV, selebihnya terapi berdasarkan simptomatis.

Pada hari rawat ke-4, abses pecah meninggalkan 2 ulkus berukuran \pm 3 mm pada trigonum musculare regio colli arah cranial dengan pus aktif berwarna keputihan mukoid. Abses pecah terjadi karena adanya akumulasi pus yang menekan membrana piogenik didukung keadaan imunitas tubuh yang lemah. Lokasi ulkus pada trigonum musculare regio colli arah cranial dekat dengan os. Hyoid karena kulit yang melapisinya cendrung lebih tipis. Ada kemungkinan ulkus terekstensi hingga menembus m. Platysma dan dinding lateral hipofaring yang membentuk *pharyngocutan fistule*. Hal ini yang menyebabkan keluarnya cairan yang teringesti melalui fistel tersebut. Pada pemeriksaan laringoskopi indirek fistel berada pada dinding lateral hipofaring arah kranial dari fossa piriformis dan epiglottis.



Gambar 1 : A. Tampak Samping Fistel
B. Tampak Depan Fistel

Fistel faringokutan ini merupakan komplikasi yang sedang dialami pasien yang akan memperburuk keadaan pasien jika penangannya tidak sesuai. Perawatan luka yang baik dibutuhkan untuk menghindari perburukan keadaan pasien. Luka yang timbul dari perforasi abses cendrung sulit menutup dibandingkan luka hasil insisi abses sehingga perlu perawatan khusus.⁹ Pipa nasogastric diaplikasikan untuk mencegah basahnya fistel akibat cairan diet yang melewati fistel, fistel yang basah cendrung sulit untuk menutup sehingga dijaga agar tetap kering.

Terapi yang dianjurkan untuk abses leher dalam adalah aspirasi jarum atau insisi dan drainase abses untuk mencegah perforasi yang menimbulkan ulkus yang cendrung sulit untuk menutup. Hal ini juga bertujuan untuk kepentingan diagnosis mencari penyebab spesifik dari abses yang terbentuk dengan pemeriksaan kultur biakan. Insisi dilakukan pada polus membrana pyogenik yang paling membonjol sehingga memudahkan drainase. Lokasi insisi juga perlu memperhatikan ekstensi anatomis dari abses yang terbentuk.¹⁰ Pada pasien ini perlu juga dipertimbangkan insisi dan drainase abses pada hari-hari pertama perawatan untuk mencegah timbulnya fistel. Tindakan ini tidak dilakukan kepada pasien mengingat pasien tidak bersedia dilakukan tindakan, sehingga komplikasi yang muncul berupa fistula faringokutan.

Perawatan pada pasien ini akan dapat dilakukan dengan cepat dan tepat agar risiko munculnya komplikasi dapat dikurangi. Pemberian edukasi bagi pasien merupakan hal yang sangat penting untuk menangani kasus tersebut sehingga tidak muncul komplikasi.

Simpulan

Infeksi leher dalam merupakan infeksi leher pada ruang (potensial) diantara fasia leher dalam sebagai akibat penjalaran infeksi dari berbagai sumber seperti gigi, mulut, tenggorok, sinus paranasal, telinga tengah dan leher. Abses terjadi sebagai akumulasi dari pus dalam suatu rongga patologis yang dapat terjadi di bagian tubuh manapun sebagai reaksi pertahanan tubuh terhadap benda asing. Terapi infeksi leher dalam berupa terapi antibiotik empiris dan spesifik berdasarkan hasil kultur biakan, jika perlu dilakukan

aspirasi atau insisi dan drainase abses. Pada kasus ini pasien mengalami abses parafaring, submandibular dan subtrakeal dan diterapi sesuai dengan teori yang ada. Pada hari keempat abses pecah dan menyisakan dua fistula faringokutan yang terjadi sebagai komplikasi dari abses leher dalam. Sebaiknya, sebelum terjadi komplikasi seperti ini, pasien lebih cepat dilakukan insisi dan drainase abses untuk mengurangi penyebaran kuman dan timbulnya fistel.

Daftar Pustaka

1. Bailey BJ. Tonsillitis, Tonsillectomy and adenoidectomy in head and neck surgery otolaryngology. Edisi ke-4. Philadelphia: Lippincott Williams & wilkins. 2006. hlm.1183-97.
2. Fachruddin D. Abses leher dalam. Dalam: Iskandar M, Soepardi AE editor. Buku ajar ilmu penyakit telinga hidung tenggorok. Edisi ke 6. Jakarta: Balai Penerbit FK-UI. 2007. Hlm.185-8.
3. Surarso Bakti. Abses leher dalam di dalam pendidikan kedokteran berkelanjutan ix ilmu kesehatan tht-kl. penatalaksanaan kegawatdarurat di bidang telinga hidung tenggorok-bedah kepala dan leher. departemen ilmu kesehatan THT-KL FK UNAIR-RSUD Dr Soetomo. Surabaya. 2011. Hlm. 123-32.
4. Parhiscar. Deep neck abscess: a review of 210 cases. Ann Otol Rhinol laryngology. 2011; 110(11):1051-4.
5. Dhingra PL. Disease of ear nose and throat. Edisi ke-4. New Delhi, India: Elsevier. 2007. hlm. 129-135; 145-48.
6. Raharjo SP. Infeksi leher dalam. Edisi pertama. Yogyakata: Graha Ilmu. 2013. hlm.1-57.
7. Vieira F, Allen SM, Stock RIM. Deep neck infection. Otolaryngol Clin North Am. 2008; 41(3):459-83.
8. Motahari SJ, Poormoosa R, Nikkhah M, Bahari M, Shirazy SM, Khavarinejad F, Dkk. Treatment and prognosis of deep neck infections. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 2015; 11(1): 6-7.
9. Yang S. Analysis of life-threatening complications of deep neck abscess and the impact of empiric antibiotics. ORL. 2007.hlm.249-56.
10. Lee Joon-Kyoo, Kim Hee-Dae, Lim Sang-Chul. Predisposing factors of complicated deep neck infection: an analysis of 158 cases. Yonsei Medical Journal. 2007; 48(1):55-62.