



PERHATI-KL CABANG SUMATERA BARAT
BEKERJA SAMA DENGAN
BAGIAN / SMF THT-KL FK UNAND / RSUP DR. M. DJAMIL PADANG



Diberikan kepada :

Dr. Sukri Rahman, Sp.THT-KL

Atas partisipasinya pada :

Simposium dan Workshop

EMERGENSI DI BIDANG TELINGA HIDUNG TENGGOROK

yang diselenggarakan pada tanggal 9 Februari 2013 di Pangeran Beach Hotel, Padang

Sebagai :

PEMBICARA

Akreditasi IDI SK No.161/IDI-WIL-SB/SK/XII/2012 dan SK No.161/IDI-WIL-SB/SK/XII/2012

Pembicara : 6 SKP

Peserta Simposium : 6 SKP

Moderator : 2 SKP

Peserta Workshop : 4 SKP

Panitia : 1 SKP

Prof. Dr. H. Fadil Oenzil, PhD, Sp.GK
Plt. Dekan Fak. Kedokteran Univ. Andalas

Dr. H. Yan Edward, Sp.THT-KL (K)
Ketua PERHATI-KL Cab. Sumbar

Dr. Hj. Effy Huriyati, Sp.THT-KL
Ketua Pelaksana

SERTIFIKAT

Diagnosis dan Penatalaksanaan Abses Leher Dalam

Dr. Sukri Rahman, Sp. THT-KL

Bagian Telinga Hidung Tenggorok Bedah Kepala Leher (THT-KL)
Fakultas Kedokteran Universitas Andalas – RSUP Dr. M. Djamil Padang

Diagnosis dan penatalaksanaan infeksi ruang leher dalam masih merupakan tantangan. Kompleksitas anatomi daerah ini membuat diagnosis dan pengobatan infeksi cenderung sulit. Sampai saat ini infeksi ini tetap menjadi masalah kesehatan dengan risiko morbiditas dan mortalitas yang tinggi. Penggunaan antibiotik telah menurunkan kematian akibat infeksi ruang leher dalam, namun infeksi leher dalam masih memiliki potensi untuk komplikasi yang serius dan bahkan dapat mengancam kehidupan.

Apabila pada infeksi leher dalam telah terjadi pembentukan abses, operasi masih dianggap sebagai pengobatan utama, namun infeksi awal dapat diobati dengan antibiotik. Antibiotik telah memodifikasi gejala dan perjalanan penyakit, dan munculnya resistensi terhadap antibiotik adalah masalah yang sering terjadi dalam pengobatan pasien. Keterlambatan dalam diagnosis, atau lebih buruk lagi salah diagnosis, dapat mengakibatkan konsekuensi yang berbahaya, termasuk mediastinitis dan kematian. Bahkan di era antibiotik modern, tingkat kematian dilaporkan masih tinggi mencapai 40%. Sebagian besar komplikasi ini merupakan akibat penyebaran infeksi sepanjang lapisan fascia kepala dan leher. Artikel ini lebih banyak memnjelaskan klinis praktis diagnosis dan penatalaksanaan abses leher dalam yang sering ditemukan di praktek sehari-hari dan tidak akan menjelaskan antomi lengkap ruang leher dalam.

Abses leher dalam merupakan abses yang terbentuk di ruang potensial leher dalam. Ruang potensial leher dalam adalah ruang yang terbentuk oleh sekat-sekat fascia leher dalam yang terdiri atas :

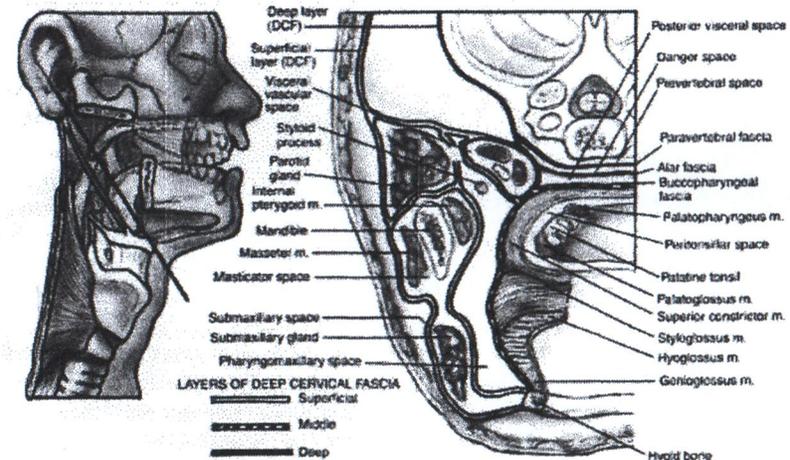
- Lapisan Superficial dari Deep Cervical Fascia (Investing Layer)
- Lapisan tengah dari Deep Cervical Fascia yang terdiri atas:
 - Lapisan Muscular
 - Lapisan Visceral
- Lapisan dalam dari Deep Cervical Fascia yang terdiri atas :
 - Alar fascia
 - Prevertebral fascia

Ruang leher dalam dapat dikelompokkan menjadi (modifikasi Hollingshead):

- Ruang yang melibatkan sepanjang leher
 - Ruang retropharyngeal (posterior visceral, retroviseral, retroesophageal)
 - Danger space

- Ruang prevertebral
- Ruang viseral vaskular
- Ruang yang terbatas di atas tulang hioid
 - Ruang parafaring (faringomaxilla, lateral faring, perifaring)
 - Ruang Submandibula and submental
 - Ruang Parotis
 - Ruang Mastikator
 - Ruang Peritonsil
 - Ruang Temporal
- Ruang yang terbatas di bawah tulang hioid
 - Ruang Pretrakea
 - Ruang Suprasternal

Diantara ruang-ruang ini terdapat hubungan yang memungkinkan infeksi pada satu ruang dapat meluas ke ruang-ruang potensial lainnya.



Gambar 1 . Ruang Leher Dalam (Gadre Ak, Gadre KC, Head & Neck Surgery - Otolaryngology, 4th Edition)

Abses Peritonsil

Abses Peritonsil atau quinsy, adalah infeksi leher dalam yang paling sering terjadi. Meskipun sebagian besar terjadi pada orang dewasa muda (decade kedua dan ketiga), peningkatan risiko juga terjadi pada keadaan imunokompromised dan pasien diabetes. Kebanyakan abses timbul sebagai komplikasi tonsilitis atau faringitis, tetapi juga dapat merupakan penyebaran odontogenik atau trauma mukosa lokal.

Abses biasanya unilateral yang merupakan kumpulan abses/pus antara kapsul tonsil, otot konstriktor faring superior dan otot palatofaringeus. Abses ini diyakini muncul dari penyebaran infeksi dari tonsil atau dari kelenjar mukosa Weber, yang

terletak di bagian superior tonsil. Abses ini paling sering dimulai dari pole atas tonsil, namun, dapat juga menyebar dari pole tengah atau bawah.

Patogen penyebab sama dengan kuman penyebab tonsilitis, terutama streptokokus, namun tidak jarang infeksi polimikroba dan melibatkan bakteri anaerob. Pasien dengan abses peritonsillar biasanya datang dengan nyeri tenggorok, odinofagi, demam ringan dan dengan berbagai derajat trismus. Trismus muncul sekunder akibat iritasi otot pterigoideus. Pasien mungkin juga mengeluhkan otalgia ipsilateral. Ketika abses meluas, pasien mungkin mengalami disfagia bahkan kesulitan menelan air liur. Pasien sering mengalami dehidrasi sekunder akibat asupan oral yang kurang. Perubahan suara sering terjadi (suara kentang panas/ hot potato voice) yang disebabkan oleh insufisiensi velopharyngeal sementara dan resonansi mulut yang tertahan. Napas berbau juga sering terjadi. Limfadenopati servikal anterior ipsilateral sering muncul. Apabila Demam lebih dari 39,4 ° C harus dicurigai adanya perluasan ke parafaring dan sepsis.

Pemeriksaan orofaring mungkin sulit karena terdapat trismus. Pemeriksaan dilakukan pada posisi pasien duduk. Minta pasien untuk membuka mulut selebar mungkin, dan tekan lidah untuk mempermudah evaluasi orofaring. Gunakan lampu kepala atau sumber cahaya untuk memudahkan pemeriksaan. Palpasi digital untuk menentukan lokasi yang fluktuatif kadang dapat dilakukan, dan mungkin cara terbaik untuk membedakan abses dari selulitis/infiltrat. Teknik ini biasanya dapat ditoleransi pasien, tetapi pasien mungkin muntah atau menggigit jari pemeriksa secara refleks. Dengan gambaran klinis umumnya sudah dapat menegakkan diagnosis abses peritonsil, namun sekitar 20% kasus diagnosis masih diragukan sampai dilakukan aspirasi. Aspirasi negatif belum menyingkirkan diagnosis abses. Pada tahap awal akan tampak tonsil dan pilar anterior yang eritematosa, dan dapat bergeser ke medial. Kemudian, palatum mole dan uvula akan terdorong ke sisi kontralateral, terdapat fluktuasi di sepanjang pilar anterior dan peritonsil.

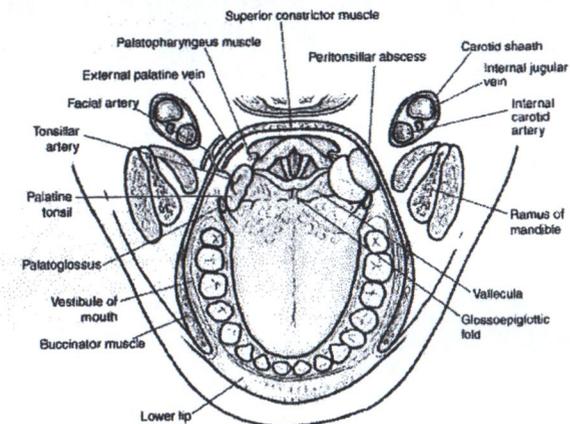
Terdapat perdebatan para ahli dalam penatalaksanaan abses peritonsil, mulai dari yang cukup hanya dilakukan aspirasi satu kali, aspirasi beberapa kali, insisi dan tonsilektomi, namun sebagian besar sepakat setiap kali terdapat abses harus dilakukan evakuasi disertai pemberian antibiotika dan analgetik. Pasien yang diobati dengan aspirasi saja memiliki tingkat keberhasilan berkisar 85-100%, kekambuhan paling jarang pada pasien yang dilakukan insisi dan drainase.

Sebagian besar dapat ditatalaksana sebagai pasien rawat jalan dengan antibiotik oral setelah drainase dengan anestesia lokal. Sedangkan pada pasien yang mengalami immunocompromised, dengan sumbatan jalan napas, tidak dapat mentoleransi pemberian antibiotik oral, pasien dehidrasi dan pasien anak perlu dilakukan rawat inap.

Setelah aspirasi atau insisi dan drainase, antibiotik dianjurkan untuk memusnahkan kuman penyebab. Penisilin, klindamisin, atau sefalosporin adalah pilihan pertama yang rasional. Angka resisten penisilin berkisar 0-56% tetapi uji sensitivitas laboratorium tidak selalu mencerminkan respon klinis. Alternatif termasuk ampisilin/amoksisilin dengan sulbaktam/ asam klavulanat. Banyak dokter secara

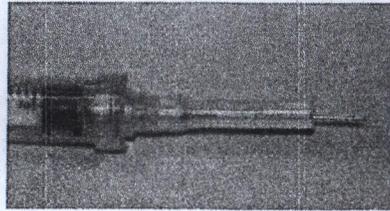
empiris juga memberikan dosis parenteral tunggal deksametason (10 mg) yang secara klinis dapat memperbaiki gejala. Reevaluasi dari semua pasien yang diobati dengan aspirasi jarum harus dilakukan dalam 24 jam untuk menilai perlunya dilakukan aspirasi berulang atau insisi dan drainase. Pasien harus segera kembali apabila terdapat kembali muncul gejala, atau pendarahan terus-menerus dari luka insisi.

Dalam penatalaksanaan abses peritonsil, pemahaman anatomi sangat diperlukan, terutama hubungan tonsil dan peritonsil terhadap struktur disekitarnya seperti arteri fasialis dan arteri karotis yang berjarak 2,5 cm postero-lateral dari tonsil.



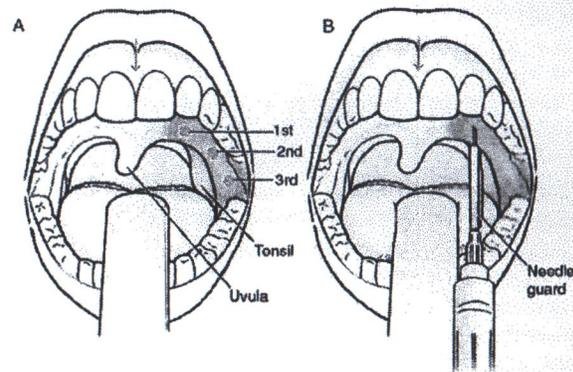
Gambar 2. Hubungan abses peritonsil terhadap struktur sekitarnya. (Reichman EF, Simon RR: Emergency Medicine Procedures)

Pada saat melakukan tindakan harus sangat hati-hati jangan menembus terlalu dalam yang berakibat trauma terhadap arteri ini. Untuk tujuan ini dapat dilakukan dengan model "penjaga jarum" dengan memotong 1 cm distal dari penutup jarum plastik, kemudian tutup kembali pada jarum, pastikan bahwa jarum menonjol hanya 1 cm di luar penutup. Prosedur ini akan membatasi kedalaman penetrasi jarum dan mengurangi risiko memasuki struktur pembuluh darah besar. Jika nanah tidak diperoleh pada kedalaman 1 cm, penetrasi lebih dalam tidak dianjurkan. Harus diingat bahwa aspirasinya negatif TIDAK menyingkirkan abses peritonsillar.



Gambar 3. Penjaga jarum (Reichman EF, Simon RR: Emergency Medicine Procedures)

Aspirasi jarum relatif sederhana, dapat dilakukan oleh dokter umum, tidak memerlukan peralatan khusus, dan relatif murah. Tingkat kekambuhan setelah aspirasi jarum adalah sekitar 10%, sekitar 4% sampai 10% dari pasien membutuhkan aspirasi ulang. Kekurangan aspirasi jarum kadang-kadang gagal mendeteksi adanya abses peritonsil dan oleh karena itu memungkinkan misdiagnosis sebagai abses peritonsillar selulitis. Trismus dan deviasi uvula jarang terjadi pada peritonsillar selulitis. Sebagian besar pasien abses peritonsillar berhasil dengan aman dan efektif dikelola dengan aspirasi jarum dan rawat jalan antibiotik.



Gambar 4. Teknik aspirasi dengan penjaga jarum (Reichman EF, Simon RR: Emergency Medicine Procedures)

Sementara itu insisi dan drainase biasanya dilakukan sebagai prosedur rawat jalan dengan anestesi lokal. Prosedur ini biasanya dilakukan setelah pus didapatkan dengan aspirasi jarum. Tampaknya yang paling logis adalah melakukan aspirasi sebagai upaya pertama dan insisi dan drainase merupakan tindakan lanjutan apabila dicurigai masih tersisa pus. Untuk menghindari kekambuhan sebagian ahli menganjurkan dilakukan tonsilektomi 4-6 minggu setelah drainase abses.

Abses Retrofaring

Abses retropharyngeal adalah kumpulan nanah ruang retrofaring. Hal ini terjadi dalam dua bentuk yaitu abses retrofaring akut primer yang biasa terjadi pada bayi dan anak (usia kurang dari 5 tahun); dan abses retrofaring kronis yang umum terjadi pada dewasa. Kedua jenis abses ini berbeda dalam etiologi dan penatalaksanaannya.

Abses dapat timbul mengikuti penyakit yang menurunkan daya tahan tubuh anak seperti demam scarlet, campak dll, disamping itu infeksi tonsil, adenoid dan nasofaring juga dapat menyebabkan pembentukan abses retrofaring. Meskipun jarang benda asing seperti tulang ikan dan jarum serta trauma dinding posterior faring juga dapat menyebabkan abses retrofaring.

Abses terbentuk akibat limfadenitis supuratif dari kelenjar retropharyngeal Henle, yang terletak di kedua sisi retrofaring. Kelenjar ini menerima limfatik dari rongga hidung, faring, tuba eustachius dan telinga tengah. Kelenjar ini akan mengalami atrofi antara usia 3 dan 5 tahun, sehingga abses retrofaring akut jarang terjadi pada anak di atas usia 5 tahun. kelenjar Henle ketika terinfeksi awalnya akan mengalami adenitis, kemudian periadenitis dan pembentukan abses terjadi. Nanah biasanya satu sisi.

Gejala dapat berupa nyeri menelan (odinofagia), pada bayi-muda akan menyebabkan rewel, menolak makan, hipersalivasi, demam dan leher kaku (tortikolis). Abses ini juga dapat menyebabkan kesulitan bernafas akibat sumbatan jalan nafas. Pada pemeriksaan akan tampak tonjolan lunak pada bagian posterior faring pada satu sisi. Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik serta pemeriksaan rontgen soft tissue cervical lateral yang akan menampakkan adanya pelebaran ruang retrofaring.

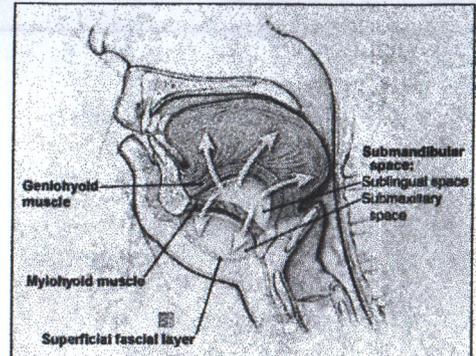


Gambar 5. Rontgen soft tissue servikal lateral tampak pelebaran ruang retrofaring (<http://www.consultantlive.com>)

Insisi dan drainase abses serta pemberian antibiotika dosis tinggi merupakan terapi pada abses retrofaring.

Abses submandibula

Abses submandibula adalah terkumpulnya pus pada ruang submandibula. Ruang submandibula terdiri dari sumlingual yang berada di atas otot milohioid dan submaksila. Nanah mengumpul di bawah lidah, yang akan mendorongnya ke atas dan ke arah belakang tenggorok, yang dapat menyebabkan masalah pernapasan dan gangguan menelan. Penyakit ini jarang pada anak umumnya pada remaja dan dewasa yang dihubungkan dengan infeksi gigi.

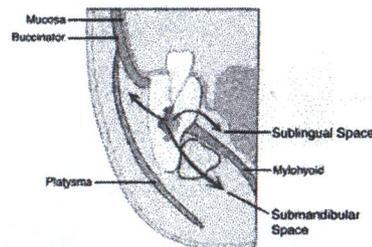


Gambar 6. Abses submandibular (<http://www.aafp.org>)

Selain bersumber dari infeksi gigi abses submandibula dapat berasal dari infeksi di dasar mulut, infeksi kelenjar liur atau kelenjar getah bening submandibular, atau merupakan perluasan dari infeksi leher dalam lain.

Pembengkakan daerah dagu/ submandibula dan nyeri leher merupakan keluhan yang sering membuat pasien mencari pertolongan. Keluhan ini sering disertai trismus. Pada pemeriksaan ditemukan pembengkakan daerah submandibular yang fluktuatif, kadang-kadang dengan lidah yang terangkat.

Pengobatan berupa evakuasi abses dan pemberian antibiotika spectrum luas dosis tinggi secara parenteral. Insisi dan drainase abses dapat dilakukan dengan anestesi lokal apabila terlokalisir dan dangkal, sedangkan abses yang luas dan dalam insisi dan drainase dilakukan dengan bius umum.



Gambar 7. Penyebaran abses dari gigi ke ruang submandibular dan sublingual (<http://ars.els-cdn.com>)

Abses Parafaring

Ruang ini berhubungan dengan setiap ruang leher dalam lainnya dan juga berhubungan dengan ruang karotid. Akibatnya infeksi berasal dari ruang mastikator, parotis, ruang submandibula, sublingual, ruang retrofaring dan peritonsil semua dapat menyebar ke ruang ini, dan karena itu, ketika pasien datang dengan abses parafaring, harus dilakukan pemeriksaan setiap ruang lain untuk memastikan bahwa tidak ada ruang lain yang terlibat. Sebagian besar infeksi berasal dari faring dan tonsil dan karenanya organisme yang terlibat adalah kuman penyebab tonsilitis. Namun di RSUP. Dr. M. Djamil, abses parafaring paling sering merupakan perluasan dari abses submandibula yang terjadi akibat infeksi gigi. Oleh karena itu organisme dominan berbeda dengan yang telah dijelaskan sebelumnya.

Ruang parafaring terdiri atas kompartemen prestyloid disebut kompartemen otot dan mengandung sedikit struktur vital, tetapi terkait erat dengan fosa tonsil medial dan otot pterygoideus internal, dan akibatnya trismus sering menyertai kondisi ini. Sementara itu keterlibatan ruang retro-atau poststyloid, juga dikenal sebagai kompartemen neurovaskular, dapat mengakibatkan komplikasi serius yang mungkin terjadi jika tidak diobati secara optimal.

Gejala dan tanda abses ini adalah trismus, pembengkakan sekitar angulus mandibula, demam dan adangan pembengkakan dinding lateral faring ipsilateral.

Drainase abses dan pemberian antibiotika spectrum luas dosis tinggi merupakan pengobatan pada kasus ini. Drainase abses parafaring biasanya dilakukan dengan pendekatan eksternal menggunakan pendekatan submaksilla seperti yang dijelaskan oleh Mosher. Insisi horizontal dibuat dua jari dari batas bawah mandibula dilanjutkan dengan insisi vertikal di sepanjang perbatasan anterior dari otot sternokleidomastoid. Batas anterior dari otot sternokleidomastoid ditarik ke posterior, dan lapisan fascia servikal dalam (sub-lapisan superfisial) diinsisi. Diseksi tumpul dilakukan dengan jari, dan rongga abses dibuka. Dilakukan usaha untuk melakukan diseksi sampai ke ujung proses styloid, yang terletak di ruang parafaring.

Daftar Pustaka

1. Gadre AK, Gadre KC. Infections of the Deep Spaces of the Neck. In: Bailey BJ, Johnson JT, Newlands SD, editors. Head & Neck Surgery - Otolaryngology. 4th Edition. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins; 2006. p.665-84
2. Knoop KJ. Atlas of Emergency Medicine. 2nd edition. New York: McGraw-Hill Companies; 2002
3. Riviello RJ. Otolaryngologic Procedures. In: Roberts JR, Hedges JR. Clinical Procedures in Emergency Medicine, 4th ed. Philadelphia: Elsevier; 2004.p.
4. Reichman EF, Simon RR: Emergency Medicine Procedures. McGraw-Hill; 2003
5. Fachrudin D. Abses Leher dalam. In: Soepardi EA, Iskandar N. Buku Ajar Ilmu Kesehatan Telinga Hidung Tenggorok Kepala Leher. Edisi 5. Jakarta: Balai penerbit FKUI; 2003. P185-9