

Diagnosis dan Penatalaksanaan Abses Retrofaring pada Anak

Novialdi, Dolly Irfandy

Bagian THT-KL Fakultas Kedokteran Universitas Andalas/
RSUP Dr. M.Djamil, Padang

Abstrak

Abses retrofaring adalah terkumpulnya nanah di ruang retrofaring yang merupakan salah satu daerah potensial di leher dalam. Abses retrofaring merupakan kasus yang jarang tetapi dapat menyebabkan kematian terutama pada umur di bawah 5 tahun. Sejak ditemukannya antibiotika, angka kesakitan dan kematian akibat abses menurun drastis.

Dilaporkan satu kasus abses retrofaring dengan riwayat ketulangan pada anak gizi kurang umur 9 tahun. Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan radiologi. Pada pemeriksaan foto polos jaringan lunak leher, terlihat gambaran pelebaran ruang retrofaring dan *air fluid level*. Penatalaksanaan meliputi pemberian antibiotika, drainase dan eksplorasi abses serta perbaikan keadaan umum.

Kata Kunci: abses retrofaring, benda asing, drainase

Abstract

Retropharyngeal abscess is defined as accumulation pus in retropharyngeal space which is a potential area in deep neck space. Retropharyngeal abscess is a rare case but it can cause death especially in children under five years old. Since antibiotics were found, morbidity and mortality of this case was drastically decreased.

A retropharyngeal abscess of child 9 years old with history of swallowed foreign body (fishbone) and lack of nutrition has been reported. Diagnosis was based on anamnesis, physical examination and radiographic finding. In soft tissue cervical radiograph we found, widening of retropharyngeal space with air fluid level. Management for abscess is intravenous antibiotics, drainage and exploration abscess and improve general condition has been performed.

Keywords: Retropharyngeal abscess, foreign body, drainage

PENDAHULUAN

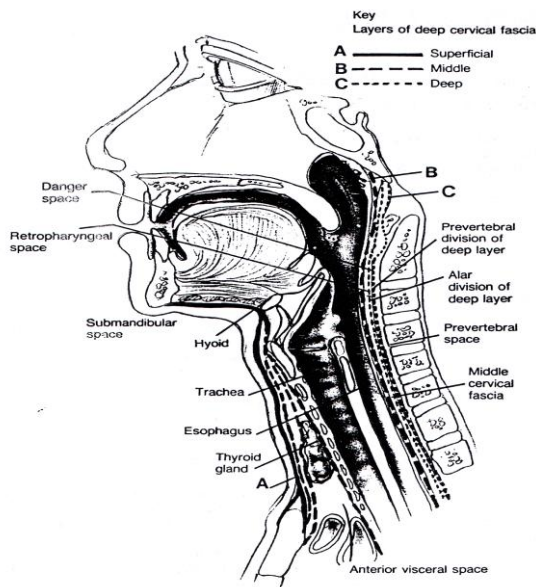
Ruang retrofaring merupakan salah satu daerah potensial di leher dalam. Abses retrofaring adalah terkumpulnya nanah di ruang retrofaring. Pada bayi dan anak usia kurang dari lima tahun lebih sering terjadi akibat penjarangan infeksi. Sedangkan pada anak di atas umur 6 tahun, lebih sering disebabkan trauma tindakan medis seperti adenoidektomi, intubasi endotrakea dan endoskopi maupun oleh trauma benda asing.¹⁻⁶

Benda asing tajam akan cenderung tersangkut di kripta tonsil, dasar lidah, valekula dan sinus piriformis. Benda asing dapat menimbulkan luka lecet atau laserasi mukosa faring. Dengan adanya kuman di saluran nafas atas dapat mengakibatkan terjadinya infeksi dan berlanjut menjadi abses.^{3,9}

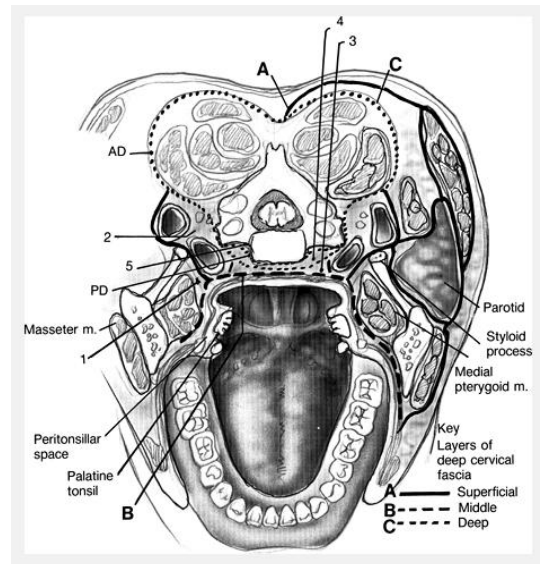
Penatalaksanaan terdiri dari pembebasan jalan nafas, antibiotika, penggantian cairan, drainase abses. Sejak ditemukannya antibiotika angka kesakitan dan kematian akibat abses menurun drastis.¹⁻³

ANATOMI

Ruang retrofaring merupakan ruang potensial yang terletak diantara lapisan tengah fasia leher dalam yang mengelilingi faring dan esofagus di sebelah anterior dan lapisan dalam fasia leher dalam di sebelah posterior. Ruang ini memanjang dari dasar tengkorak yang merupakan batas superior sampai ke mediastinum setinggi vertebra torakal pertama atau kedua yang merupakan batas inferior. Selanjutnya lapisan dalam dari fasia leher dalam bergabung dengan lapisan tengah dari fasia leher dalam.^{1,3,9}



Gambar 1: Potongan sagital kepala & leher³



Gambar 2: Ruang Retrofaring³

Ruang ini berisi kelenjar limfe setinggi vertebra servikal 2-3, yang berjumlah 2-5 buah (*nodes of rouviere*) pada sisi kanan dan kiri. Kelenjar ini menampung aliran limfe dari hidung, sinus paranasal, nasofaring, faring, tuba Eustachius dan telinga tengah. Kelenjar ini berkembang selama satu tahun pertama dan ditemukan ukuran terbesar pada usia 5 tahun.^{1,3,8,9} Abses retrofaring biasanya berasal dari supurasi kelenjar-kelenjar tersebut sehingga lokasi abses lebih cenderung agak ke lateral.¹

Fasia leher dibagi dua yaitu fasia leher luar dan fasia leher dalam yang dipisahkan oleh m. platisma. Fasia leher dalam dibagi menjadi tiga bagian yaitu lapisan luar, lapisan tengah dan lapisan dalam. Lapisan dalam fasia leher terdiri dari 2 lapisan yaitu fasia alar dan fasia vertebra.^{1,3,9}

KEKERAPAN

Abses retrofaring lebih sering ditemukan pada anak dibandingkan dengan orang dewasa.¹⁻³ Angka kematian pasien dengan abses retrofaring sangat jarang dikarenakan kemajuan di bidang antibiotik. Dalam salah satu literatur disebutkan angka kejadian kurang dari 2 kasus pertahun pada satu institusi di Amerika Serikat.¹⁸

Lander⁹ dkk menemukan 1.321 kasus abses retrofaring di Amerika Serikat pada tahun 2003 saja. Salah satu studi di Jerman menemukan angka kejadian 6,4% kasus abses retrofaring selama 8 tahun.⁹ Usia pasien dari 6 hari sampai 17 tahun dengan rerata usia 4,9 tahun.¹⁷

Parhiscar dan Har-El (2001) melakukan penelitian retrospektif pada 210 kasus abses leher dalam dari tahun 1991-1998. Berdasarkan hasil penelitian tersebut

didapatkan jumlah kasus abses parafaring 43%, abses submandibula 23%, Ludwig Angina 17% dan kasus abses retrofaring 12%.¹⁹

Fachrudin²⁰ melaporkan 3 kasus abses retrofaring dari 33 kasus infeksi leher dalam selama 3 tahun (Januari 1991-Desember 1993) di bagian THT RSUPN Cipto Mangunkusumo. Sedangkan di bagian THT-KL RSUP M. Djamil Padang tercatat dari 49 kasus Abses leher dalam dari Januari 2005 sampai Juli 2007. Abses peritonsil 25 kasus (51,02%), abses submandibula 13 kasus (26,53%), abses parafaring 6 kasus (12,24%) dan abses retrofaring 5 kasus (10,21%).

Varqa dan Naipao (2006) melakukan studi retrospektif pada 103 kasus abses leher dalam. Kasus Ludwig Angina 37%, abses parafaring 11% kasus, abses submandibula 27% kasus dan abses retrofaring 5% kasus.²¹

ETIOLOGI

Bakteri penyebab abses retrofaring adalah aerob, anaerob maupun campuran keduanya.^{3,9} Kuman aerob yang sering ditemukan adalah *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus*, *Dipteroid*, *Klebsiela* dan *Hemofilus*. Pontel dkk seperti dikutip oleh Goldenberg² mendapatkan *Stapilococcus aerus* merupakan kuman yang tersering ditemukan diikuti oleh *Streptococcus piogenes* dan *Klebsiella*. Sedangkan Goldenberg² menemukan kuman penyebab terbanyak adalah *Streptococcus pyogenes* diikuti oleh *Staphylococcus aereus*.^{2,16}

Kuman anaerob yang sering ditemukan pada kultur adalah *Bacteroides Sp* dan *Bacteroides melaninogenicus*. Kuman anaerob menyebarkan bau yang khas, tetapi jika tidak timbul bau yang khas belum dapat disingkirkan bahwa penyebabnya bukan kuman anaerob.¹⁴

Pada anak usia lebih enam tahun atau dewasa, abses retrofaring disebabkan karena tertelan benda asing, trauma dari luar, trauma dari dalam, akibat penjalaran infeksi dari gigi. Dapat juga disebabkan infeksi tuberkulosis (TB) vertebra servikalis bagian atas.^{1-3,13,16}

Limfadenitis biasanya merupakan komplikasi dini TB primer, umumnya terjadi dalam 6 bulan pertama setelah infeksi. Sebagian besar infeksi kelenjar limfe superfisialis terjadi akibat penyebaran limfogen dan hematogen. Pada awal perjalanan penyakit TB, kuman TB yang mencapai aliran darah dapat bersarang di satu kelompok atau lebih kelenjar limfe. Dalam beberapa bulan, penyebaran hematogen dapat terlihat dengan adanya pembesaran sepintas (*transient*) semua kelenjar superfisialis. Sebagian besar lesi di kelenjar limfe akan sembuh total, tetapi sebagian kecil akan kuman TB tetap berkembang biak. Manifestasi klinis tersering terjadi di kelenjar limfe leher (*cervikal adenitis, limfadenitis colli*). Tuberkulosis kelenjar leher umumnya di bagian anterior.¹⁵

GEJALA KLINIS

Gejala klinis abses retrofaring berbeda antara dewasa dan anak. Pada anak biasanya didahului oleh infeksi saluran nafas. Permulaan gejala biasanya tidak spesifik seperti anak menangis terus-menerus (*rewel*), tidak mau makan atau minum, demam, kekakuan dan nyeri tekan pada leher.^{1,2,16} Infeksi dapat meluas ke mediastinum yang ditandai dengan gejala demam, nyeri dada, sesak nafas yang bertambah berat. Pada gambaran radiologi tampak pelebaran mediastinum.^{1-6,15,16}

Gejala klinis yang tersering ditemukan pada kasus-kasus abses retrofaring adalah demam, *torticollis*, nyeri pada leher, *odynophagia* dan nyeri menelan. Sedangkan pada pemeriksaan fisik adalah *lymphadenopathy* dan pergerakan leher yang terbatas.¹⁷

Pada orang dewasa biasanya gejala didahului oleh riwayat trauma dari luar, trauma karena alat seperti esofagoskopi, intubasi endotrakea, trauma benda asing seperti tulang ikan, atau adanya benda asing.^{1,2,16} Gejala klinis pada orang dewasa antara lain nyeri menelan, sulit menelan, demam, nyeri tekan, kekakuan leher serta gejala sumbatan jalan nafas atas.^{1,2}

Jika abses bertambah besar maka suara akan berubah, air liur tidak dapat dikontrol. Dapat timbul sesak nafas karena sumbatan jalan nafas. Gangguan nafas lebih sering terjadi pada anak karena letak laringnya lebih tinggi dibandingkan orang dewasa.²

Pembengkakan dinding faring posterior pada anak sulit dilihat karena ukuran orofaring yang kecil dan banyaknya air liur di orofaring. Pada orang dewasa dapat dilihat pembengkakan di retrofaring, serta dapat dilakukan palpasi. Tetapi pada anak sulit dilakukan dan mempunyai resiko yang tinggi terjadinya ruptur abses.^{2,15}

PEMERIKSAAN PENUNJANG

Tampilan klinis dari abses retrofaring pada anak-anak sangat berbeda dibandingkan dewasa. Bahkan kadang-kadang sangat sulit untuk di diagnosis, terutama pada anak yang lebih kecil.¹⁶ Pemeriksaan foto polos jaringan lunak leher anteroposterior dan lateral merupakan pemeriksaan yang penting dilakukan. Dengan pemeriksaan dua posisi tersebut dapat terlihat pembengkakan daerah jaringan lunak di retrofaring, gambaran batas udara cairan (*air fluid level*), gambaran udara, deviasi trakea, hilangnya lordosis tulang servikal.^{1,2,15}

Penelitian yang dilakukan Wholey mengenai ruang retrofaring menyimpulkan bahwa bila ukuran retrofaring pada anak dan dewasa lebih dari 7 mm, ukuran retrotrakeal pada anak lebih 14 mm dan pada dewasa lebih 22mm, maka dicurigai adanya proses patologik pada ruang retrofaring. Ruang retrofaring diukur dari jarak antara anteroinferior vertebra servikal dua dengan dinding posterior faring. Ruang retrotrakeal diukur dari jarak antara anteroinferior vertebra servikal enam dengan dinding posterior trakea.^{2,3,9,16}

Pemeriksaan foto thorak dapat melihat perluasan abses ke mediastinum, edema paru, pneumotoraks, pneumomedia- stinum dan pembesaran kelenjar getah bening hilus.^{2,3,9} Pemeriksaan foto polos jaringan lunak leher lateral merupakan andalan dan pendukung utama dalam menegakkan kasus abses retrofaring.¹⁸

Pemeriksaan tomografi komputer (TK) dapat membantu menentukan lokasi dan perluasan abses. TK dapat membedakan abses dari masa padat atau selulitis. Sensitivitas TK pada abses leher dalam termasuk abses retrofaring sekitar 90% dengan tingkat spesifisitas 60%. Walaupun beberapa studi menganggap TK dengan kontras merupakan "*gold standard*" untuk memastikan keberadaan abses retrofaring.¹⁸

Pada gambarannya akan ditemukan daerah dengan densitas rendah, peningkatan kontras pada dinding abses dan edema jaringan lunak disekitar abses.^{1,2,15,17} Secara keseluruhan akurasi dari TK untuk membedakan pus dengan *non-pus* adalah 72% dan membedakan dengan cairan yang kental adalah 71%.¹⁷

PENATALAKSANAAN

Abses retrofaring merupakan salah satu kasus kegawatan di bidang THT. Penatalaksanaannya harus dilakukan sesegera mungkin yaitu meliputi pembebasan jalan nafas, pemberian antibiotika, penggantian cairan, insisi dan drainase abses yang dapat dilakukan dengan pendekatan intraoral atau eksternal.^{1,2,18} Jika terdapat benda asing harus dikeluarkan dengan segera.⁸

Antibiotika sefalosporin generasi terbaru atau kombinasi aminoglikosida dan sintetik penisilin merupakan pilihan saat sekarang. Antibiotika dapat diberikan tanpa menunggu hasil kultur kuman.⁶ Jika tidak terdapat perbaikan dan keadaan memburuk dalam waktu 24-48 jam, penampakan abses bertambah jelas maka tindakan insisi dan drainase dilakukan sesegera mungkin.⁹ Penggunaan preparat steroid bersama antibiotik intra vena dilakukan pada 27% kasus-kasus abses retrofaring.¹⁸

Tindakan eksplorasi abses dapat melalui transoral maupun eksternal. Pada abses yang masih terlokalisasi dan tidak ada tanda obstruksi jalan nafas, maka insisi transoral dapat dilakukan dalam posisi kepala lebih rendah (Rose) untuk menghindari terjadi aspirasi. Insisi transoral dan drainase dilakukan pada 83% kasus dan 78 % kasus dalam penanganan abses retrofaring.^{17,18} Pada abses yang cukup besar dan meluas ke arah hipofaring insisi transoral tidak cukup menjamin drainase yang baik, sehingga disarankan melakukan insisi eksternal.^{1-3,6} Jumlah hari rawatan pada kasus-kasus abses retrofaring pada salah satu kepustakaan adalah 4-51 hari dengan rerata 14,1 hari.¹⁶

KOMPLIKASI

Infeksi dapat meluas ke superior atau posterior mediastinum sehingga dapat menyebabkan mediastinitis.^{1-3,9} Dapat juga terjadi penjaran ke daerah sekitarnya yaitu ke ruang parafaring, vaskulus visera dan ruang prevertebra.¹⁻³

Angka kematian karena abses retrofaring telah menurun drastis sejak ditemukannya antibiotika, namun komplikasi masih dapat terjadi. Abses retrofaring dapat pecah spontan dan masuk ke dalam saluran nafas sehingga menimbulkan aspirasi, pneumonia dan empiema.^{1,2,15}

LAPORAN KASUS

Seorang pasien anak laki-laki umur 9 tahun datang ke IGD RS.M.Djamil tanggal 3 November 2008 rujukan dari RSUD Painan dengan keluhan tidak dapat menelan sejak 7 hari yang lalu dan demam. Sepuluh hari sebelumnya pasien ketulangan, kemudian keluarga membawa pasien berobat ke dokter umum dan diberi obat tablet.

Karena pasien susah menelan, obat yang diberikan oleh dokter tidak diminum. Tiga hari kemudian, keluarga membawa pasien ke rumah sakit umum daerah dan dirawat selama dua hari. Dalam perawatan pasien dirujuk ke RS. M. Djamil karena dari mulut pasien mengeluarkan nanah yang berbau busuk dan bercampur darah.

Pada pemeriksaan fisik terlihat keadaan umum tampak sakit berat, kesadaran komposmentis, suhu 37,8°C, nadi 94x/menit, frekuensi nafas 60x/menit, berat badan 20 kg.

Dari pemeriksaan THT didapatkan telinga dan hidung dalam batas normal. Tenggorok terlihat arkus faring simetris, uvula di tengah, tonsil T2-T2, tampak dinding faring posterior menonjol dan fluktuatif, hiperemis dan tampak pus pada dinding faring posterior (orofaring). Ditemukan stridor inspirasi dan retraksi suprasternal. Leher sakit jika digerakkan. Benjolan di leher tidak ada. Saat batuk mengeluarkan sekret kental bernanah dan bercampur darah.

Dilakukan pemeriksaan foto polos servikal dan thorakal. Pada foto polos servikal tampak penebalan pada daerah retrofaring (dari servikal 2 sampai servikal-5).



Gambar 3. Foto polos servikal AP/ Lateral

Hasil pemeriksaan laboratorium: Hb 11,7 gr/dl, hematokrit 35 vol%, leukosit 20.100/mm³, trombosit 538.000/mm³. Fungsi hemostasis, ginjal, dan hati dalam batas normal. Elektrolit Na 128 mEq/L, K 3,4, mEq/L, Cl 94 mEq/L. Analisa gas darah pH 7,237 mmHg, PCO₂ 37,6 mmHg, PO₂ 130,7 mmHg, HCO₃ 17,2 mEq/L, Sat O₂ 98,2%.

Pasien didiagnosis dengan abses retrofaring dengan obstruksi saluran nafas atas *grade* I dan sepsis. Penatalaksanaan saat itu adalah dipasang IVFD, pasien ditidurkan dengan posisi *trendelenberg*, diberi antibiotika Seftriaxone iv (skin test) 2x1gr, Metronidazol drip 3x250 mg, dan direncanakan untuk dilakukan insisi dan eksplorasi dalam anestesi umum. Pasien dikonsulkan ke bagian Anestesi dan bagian Ilmu Kesehatan Anak.

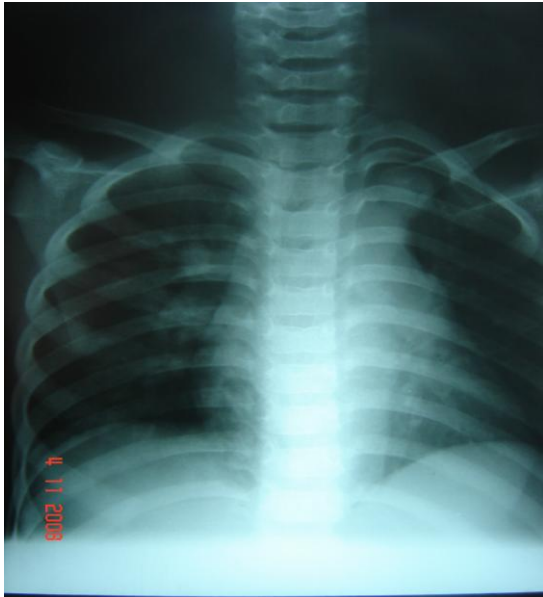
Dalam persiapan tiba-tiba pasien batuk-batuk dan dari mulut mengeluarkan pus yang kental dan berbau busuk bercampur darah sebanyak ± 20 cc. Saat itu juga posisi pasien dimiringkan dan dibantu membersihkan pus yang keluar dari mulut dengan *suction*.

Pasien langsung dibawa ke OK IGD, disiapkan untuk dilakukan insisi dan eksplorasi. Pasien tidur terlentang dalam anestesi umum dan di intubasi. Dilakukan prosedur antiseptik dan aseptik pada lapangan operasi. Dengan menggunakan laringoskop dilakukan evaluasi daerah faring, didapatkan pus pada permukaan dinding faring posterior (daerah orofaring), dilakukan kultur dari pus yang diambil sebelum insisi intra oral dilakukan. Pus diambil dengan spuit steril kemudian dikirim ke laboratorium untuk dilakukan kultur dan tes sensitivitas.

Daerah yang diinsisi kemudian dibersihkan, terlihat daerah yang ruptur dari abses. Daerah ruptur diperluas secara vertikal sepanjang 1,5 cm. Dilakukan eksplorasi daerah insisi dengan menggunakan klem, didapatkan pus, berbau sangat busuk dan bercampur darah sekitar ± 200 cc. Dicoba mencari benda asing, tetapi tidak ditemukan. Diputuskan untuk menghentikan eksplorasi dan dipasang NGT.

Pasien dirawat di bangsal THT-KL dengan posisi *Trandelenberg* dan miring ke salah satu sisi, seftriaxone 2x1 gr (iv), metronidazole 3x250 mg drip, dexamethasone 3x2 mg (iv), ranitidine 2x25 mg (iv). Pada hari pertama (4/10/08) perawatan pasien muntah pus bercampur darah kira-kira 30 cc dianjurkan tambahan pemberian transamin 3x250 mg. Demam dan sesak nafas tidak ada, nyeri menelan. Dilakukan

pemeriksaan rontgen foto thoraks dengan hasil infiltrat di perihiler dan parakardial disertai penebalan hilus dan perpadatan, kesan TB paru.



Gambar 4. Foto Thoraks AP



Gambar 5. Foto Thoraks Lateral

Pada tanggal 5 November 2008 (hari rawatan kedua), dari mulut pasien masih mengeluarkan pus bercampur darah, suhu 37,8°C dan frekuensi nafas 20x/ menit. Pada pemeriksaan THT didapatkan telinga dan hidung dalam batas normal. Tenggorok terlihat arkus faring simetris, uvula ditengah, tonsil T2-T2, dinding faring posterior masih tampak menonjol dan terlihat pus bercampur darah. Pada pemeriksaan foto polos servikal AP dan Lateral masih tampak penebalan di daerah retrofaring (servikal 2- servikal 5). Pasien di konsulkan ke bagian IKA untuk evaluasi dan penatalaksanaan bersama. Hasil konsul IKA; TB paru? dengan gizi kurang, setuju rawat bersama dengan subbagian Respirologi anak dan subbagian Gizi.

Pemberian antibiotik pada pasien sudah tepat sesuai dosis, diet makanan cair 8x 250cc per sonde, pemberian Asam Traneksamat 3x300 mg dan vitamin K 2,5 mg

(selama 3 hari). Dianjurkan tes mantoux, BTA lambung dan pemeriksaan kultur dan sensitivitas dengan kemungkinan penyebab kuman banal.

Dilakukan uji mantoux (5/11/08) pada pasien dan didapatkan hasil negatif (dibaca 7/11/08 dan 8/11/08). Hasil kultur pus dan sensitivitas dilakukan pada rawatan pertama dan didapatkan hasil (6/11/08) *Staphylococcus aureus* yang sensitif terhadap kloramfenikol, eritromisin, gentamisin dan seftriaxone. Anjuran dari Subbagian Laring Faring pemberian Gentamisin 2x40 mg selama 5 hari.

Tanggal 10 November 2008 (hari rawatan 8) pasien masih mengeluhkan nyeri menelan, sesak nafas tidak ada, demam tidak ada, nyeri didaerah dada tidak ada, batuk tidak ada, dari mulut masih mengeluarkan ludah bercampur nanah. Pada pemeriksaan tenggorokan, arkus faring simetris, uvula ditengah, tonsil T2-T2, terlihat sedikit kumpulan pus dan ludah di dinding faring posterior. Hasil laboratorium: Hb 10,3 g/dl, leukosit 8500/UI, trombosit 561.000/UI. Fungsi hati, ginjal dan hemostasis dalam batas normal. Diberikan terapi diet MC 8x 250cc per sonde, seftriaxone 2x1gr, dexamethasone 2x 2mg dan Ranitidine 2x 25 mg.

Tanggal 17 November 2008 (rawatan hari ke-14) nyeri menelan masih ada, keluar nanah bercampur air ludah dari mulut tidak ada, nafas sesak tidak ada, perut terasa sakit. Tenggorokan dalam batas normal. Dilakukan pemeriksaan foto polos servikal AP dan Lateral dengan hasil tidak tampak kelainan pada daerah retrofaring. Terapi antibiotik diteruskan, dexamethasone dan ranitidine dihentikan. Kemudian diberikan sirup antasida 3x1 sendok teh. Diet mulai diberikan makanan lunak karena NGT pasien dicabut.

Pada tanggal 22 November 2008 (rawatan hari ke 19) pasien dipulangkan dan mendapat terapi klindamisin tablet 3x150 mg dan vitamin. Pada tanggal 3 desember 2008 pasien kontrol dengan keluhan tidak ada dan ada kenaikan berat badan 3 kg (berat awal masuk Rumah sakit 20 kg).

Pada tanggal 19 Desember 2008 hasil kultur sputum yaitu *Klebsiella sp*, *Pseudomonas aeruginosa* yang sensitif terhadap siprofloksasin, sefoperazone dan kloramfenikol dan tidak ditemukan kuman BTA.

Pada saat kontrol kedua (27 Desember 2008), keluhan pasien tidak ada, keadaan umum pasien semakin membaik dan ada penambahan berat badan (saat kontrol kedua berat badan pasien 24,5kg).

DISKUSI

Telah dilaporkan satu kasus abses retrofaring yang diduga disebabkan ketulangan pada seorang anak umur 9 tahun. Kasus abses retrofaring pada anak kurang dari lima tahun umumnya disebabkan oleh infeksi saluran nafas atas. Pada anak lebih lima tahun dan dewasa penyebabnya adalah trauma dan benda asing.^{1,2,8}

Dari anamnesis didapatkan keluhan demam, tidak dapat menelan dan riwayat ketulangan. Singh¹⁰ dkk mendapatkan 93% kasus benda asing di faring, laring dan esofagus yang memiliki riwayat tertelan benda asing dan gejala yang jelas. Adanya riwayat ketulangan sepuluh hari yang lalu menyebabkan reaksi jaringan dan terjadi infeksi. Infeksi yang terjadi berlanjut dikarenakan tidak mendapat pengobatan yang adekuat sehingga terbentuk abses.³ Singh dkk¹⁰ pada penelitiannya mendapatkan keluhan dan gejala yang lambat (± 1 minggu) sebanyak 5,4%.

Seiring dengan bertambah besarnya abses, pasien mengeluhkan sulit dan nyeri menelan serta demam, nyeri jika leher digerakkan, tetapi tidak ditemukan massa di leher. Craig dkk⁸ melaporkan gejala yang sering dijumpai adalah demam (78%), nyeri leher (67%), benjolan di leher (55%), nyeri menelan (38%), batuk (20%), terbatas

gerak leher untuk ekstensi (45%), terbatas gerak leher untuk flexi (12,5%), stridor (1%).

Pada pemeriksaan tenggorok didapatkan dinding faring posterior menonjol dan hiperemis. Pada anak-anak kadang sulit untuk melihat dinding faring posterior karena mulut yang kecil dan adanya hipersalivasi.^{1,2} Pada pasien ini selain hipersalivasi ditemukan juga kumpulan nanah bercampur darah dan berbau busuk di dinding faring posterior (daerah orofaring).

Pada pemeriksaan darah tepi ditemukan leukosit pasien 20.100/mm³, rerata hitung leukosit pada salah satu studi adalah 17.000/mm³ (3100-45900/mm³).¹¹ bahkan dari salah satu kepustakaan disebutkan 91 % terdapat leukositosis dengan rerata 22.400/mm³.¹⁷ Sekitar 18% kasus ditemukan hitung leukosit yang normal dan kurang 8000/mm³. Jadi belum tentu leukosit normal menyingkirkan suatu abses retrofaring.¹¹

Pemeriksaan foto polos jaringan lunak servikal dapat melihat adanya penebalan daerah retrofaring dan terlihat gambaran radiolusen. Menurut Wholey seperti yang dikutip oleh Goldenberg² jika ukuran retrofaring lebih dari 7 mm pada anak dan dewasa, ukuran retrotrakeal lebih dari 14 mm pada anak dan 22 mm pada dewasa dicurigai adanya proses patologik. Pada pasien ini terlihat penonjolan daerah retrofaring pada proyeksi servikal 2 sampai servikal 5, udara yang terperangkap dan *air fluid level*. Pasien didiagnosis dengan abses retrofaring dengan riwayat benda asing organik (ketulangan).

Pasien direncanakan untuk dilakukan insisi dan eksplorasi. Sementara menunggu persiapan, tiba-tiba pasien batuk sehingga abses pecah. Pecahnya abses secara tiba-tiba merupakan kondisi yang berbahaya, karena dapat terjadi aspirasi pus dan menyebabkan pneumonia yang berat dan sumbatan jalan nafas.^{1-6,10} Karena pasien masih sadar dan dalam posisi *tredelenberg* maka aspirasi dapat dicegah. Pasien dapat mengeluarkan pus dari dalam mulutnya dan dibantu penyedotan dengan *suction*.

Tindakan eksplorasi dan drainase abses dapat dilakukan secara intraoral maupun eksterna.^{1-3,11} Pada pasien ini dilakukan insisi secara intraoral karena absesnya sudah pecah. Dalam salah satu studi insisi intraoral dan drainase dilakukan pada 73% sampai 94% kasus.¹⁸ Insisi peroral dapat dilakukan melalui dinding posterior faring. Kepala penderita dalam posisi "Rose" agar pus tidak masuk trakea. Selanjutnya dilakukan insisi pada mukosa kemudian dimasukkan arteri klem pada rongga abses agar terbuka lebar. Alat penghisap harus disediakan untuk menghisap pus yang keluar. Antibiotika intravena dapat segera diberikan tanpa menunggu hasil kultur dan sensitivitas kuman. Antibiotika sefalosporin generasi terbaru atau kombinasi aminoglikosida dan sintetik penisilin merupakan pilihan saat sekarang.¹⁷ Seftriakson merupakan golongan sefalosporin generasi ketiga yang baik untuk bakteri gram positif dan negatif.¹²

Kuman aerob yang tersering ditemukan adalah *Streptococcus piogenes*, *Staphylococcus* yang merupakan aerob gram positif dan *Klebsiella* yang merupakan aerob gram negatif.² Hasil kultur kuman yang diambil dari pus pasien adalah *Staphylococcus aureus*. Sedangkan hasil kultur sputum pada pasien adalah *Klebsiella sp*, *Pseudomonas aeruginosa* dan tidak ditemukan kuman BTA.

Staphylococcus aureus merupakan kuman aerob tersering yang ditemukan² dan kuman sensitif terhadap seftriakson. Gambaran mikrobiologi abses retrofaring tersering adalah infeksi campuran antara aerob dan anaerob. Bakteri aerob yang dominan adalah *streptococcus*, *staphylococcus aureus* dan *Klebsiella*. Akhir-akhir ini *Klebsiella* merupakan kuman yang paling sering ditemukan.^{10,11} Ditemukan juga *Pseudomonas aeruginosa* pada kultur sputum pasien. *Pseudomonas* adalah batang gram

negatif aerob. Kolonisasi kulit penderita, mukosa hidung dan tenggorok adalah rendah pada saat masuk rumah sakit tetapi bertambah sampai 50-70% pada rawat inap yang lama dan penggunaan antibiotik spektrum luas.¹⁴ Pemeriksaan mikrobiologis dapat dilakukan secara apusan langsung atau biakan kuman. Pemeriksaan bilas lambung dilakukan tiga hari berturut-turut minimal 2 hari. Hasil pemeriksaan mikroskopik langsung pada anak sebagian besar negatif. Sedangkan hasil biakan memerlukan waktu lama yaitu sekitar 6-8 minggu.¹⁵ Pada pasien ini dilakukan pemeriksaan biakan kuman.

Pasien diberikan preparat steroid yaitu *dexamethasone* selama 10 hari. Efikasi dan kelayakan penggunaan preparat steroid dalam penanganan kasus abses retrofaring belum jelas. Dalam studi retrospektif didapatkan tingkat penggunaan steroid lebih pada 20% kasus tetapi tidak disebutkan keuntungan penggunaannya.¹⁸ Bahkan salah satu penelitian menganjurkan agar tidak memberikan preparat steroid pada kasus-kasus abses leher dalam, akan tetapi tidak dilengkapi data-data yang mendukung. Penelitian Lalakea dkk menunjukkan kebanyakan Spesialis THT tidak memberikan steroid intravena pada kasus abses retrofaring.¹⁸

Kuman anaerob menyebarkan bau khas. Kuman anaerob yang tersering ditemukan pada kultur adalah *Bacteroides sp* dan *Bacteroides melaninogenicus*.¹⁴ Penggunaan metronidazole dikarenakan nanah yang keluar dari abses pasien berbau sangat busuk dan metronidazole sensitif terhadap kuman *Bacteroides sp*.¹² Pada kasus ini tidak ditemukan kuman anaerob.

Benda asing sebagai penyebab abses retrofaring biasanya ditemukan pada pasien diatas lima tahun dan dewasa.² Pada beberapa kasus, abses retrofaring non tuberkulosis disebabkan karena trauma pada faring dan esofagus terutama benda asing yang tajam.¹⁶ Pada pasien ditemukan riwayat ketulangan sepuluh hari yang lalu walaupun dalam eksplorasi benda asing (tulang ikan) tersebut tidak ditemukan. Singh dkk¹⁰ menyarankan untuk secepatnya mengangkat benda asing mengingat komplikasi yang dapat timbul seperti abses retrofaring.

Hasil foto polos thorak pasien adalah sugestif TB paru. Setelah dikonsulkan pada bagian IKA, dianjurkan untuk dilakukan kultur dan sensitivitas tes untuk penelusuran kuman banal dan dianjurkan uji *Mantoux*. Hasil uji *Mantoux* pada pasien adalah negatif. Pada populasi kulit berwarna kasus TB paru yang tersering adalah dewasa muda dan anak < 5 tahun, sedangkan populasi terendah adalah 5-14 tahun. Uji tuberkulin (*Mantoux*) harus diukur oleh orang terlatih 48-72 jam setelah pemberian. Faktor-faktor yang terkait hospes, termasuk umur yang amat muda, malnutrisi, imunosupresi karena penyakit atau obat-obatan, infeksi virus, vaksin virus hidup dan tuberkulosis yang berat dapat menekan reaksi uji kulit pada anak yang terinfeksi dengan *M.tuberculosis*. Sebab-sebab uji negatif palsu yang paling sering adalah teknik yang jelek atau kesalahan dalam membaca hasil. Untuk anak-anak yang beresiko tinggi daerah reaktif $\geq 5\text{mm}$ dapat digolongkan sebagai hasil positif.

Konfirmasi yang paling spesifik tuberkulosis paru adalah isolasi *M.tuberculosis* pada pemeriksaan cairan pleura atau biopsi jaringan.^{14,15} Diagnosis TB anak ditentukan berdasarkan gambaran klinis dan pemeriksaan penunjang seperti uji tuberkulin, foto thorak dan pemeriksaan laboratorium.¹⁵

Hasil foto thorak pasien ini adalah infiltrat di perihiler dan parakardial disertai penebalan hilus dan perpadatan. Gambaran foto thoraks pada TB tidak khas. Kelainan-kelainan radiologis pada TB dapat juga dijumpai pada penyakit lain. Secara umum, gambaran radiologis yang sugestif TB adalah: pembesaran kelenjar hilus paratrakeal dengan/ sputum, bilas lambung, cairan serebrospinal, tanpa infiltrat, konsolidasi segmental/ lobar, milier, kalsifikasi dengan infiltrat, atelektasis, kavitas, efusi pleura

dan tuberkuloma.¹⁵ Dengan demikian pemeriksaan foto thorak saja tidak dapat digunakan untuk mendiagnosis TB, kecuali gambaran milier.¹⁵

DAFTAR PUSTAKA

1. Gadre AK, Grade KC. Infection of The Deep Spaces of The Neck. Head and Neck Surgery Otolaryngology. Second edition. Edited by Byron J Bailey. Lippincott-Raven Publisher, Philadelphia. 2006:665-84.
2. Schumrick KA, Shet SA. Deep Neck Infection. In: Paparella, Schumrick, Glucman, Meyerhoff. Ed. Otolaryngology Head and Neck. WB.Saunders Company. Vol. III 3rd 1991: 2545-62.
3. Al-Sabah Basel. et al. Retropharyngeal abscess in children: 10-years study. The Journal of Otolaryngology. Vol 33. Number 6. 2004: 352-55
4. Maran AGD. Benign Diseases of the Neck. In: Stell PM ed. Scott-Brown's Otolaryngology 5th ed, Laryngology. London: Butter wotths & C, 1997; 6:5/16/15-6
5. Ballenger JJ. Infection of the Facial Space of the Neck and Flour of the Mouth. In: Disease of the Nose, Throat, Ear, Head & Neck. Lea & Febinger, Philadelphia 1996;15:532-55.
6. Ahmad D, Pampori RA, Wani Aa, Qazi SM, Ahad SA. Transcervikal Foreign Body. The Journal of laryngology & Otology. 2000;112:471-72.
7. Mehta AK, Panwar SS, Verma KK. Retropharyngeal Foreign Body. MJAFI.2004;60:390-1
8. Craig FW, Schunk JE. Retropharyngeal Abscess in Children: Clinical Presentation, Utility of Imaging, and Current Management. Pediatrics 2003;111:1394-8.
9. Avecedo JL, Shah RK. Retropharyngeal abscess. Available from: URL <http://emedicine.medscape.com/article.overview>. Article last update, Mar 16, 2009. May 2009
10. Singh I, Chandra R, Gupta KB, Yadav. Fatal Pyothorax: A Rare Complication of Retro pharyngeal Abscess. Indian J Chest Dis Allied Sci 2003;45:265-8.
11. Kahn Joseph H. Retropharyngeal abscess. Available from: URL <http://emedicine.medscape.com/article/764421-overview>. Article last update, Jan 23, 2008. May 2009
12. Ehrenpeis S, Ehrenpeis E. Clinician's Handbook of Prescription Drugs. New York: Mc Graw-Hill, 2001. p 180-182
13. Arfin Ann M. Infeksi yang disebabkan Pseudomonas. Dalam: Nelson, Ilmu Kesehatan Anak. Volume 2. Edited by Waldo E. Nelson. EGC. 1999. hal. 980-982.
14. Starke Jeffrey R. Tuberkulosis. Dalam: Nelson, Ilmu Kesehatan Anak. Volume 2. Edited by Waldo E. Nelson. EGC. 1999. hal 1028-1043.
15. Rahajoe N, Basir D, MS Makmuri, Kartasasmita Cissy B. Pedoman nasional tuberkulosis anak. Edisi 2. UKK-Respirologi PP-IDAI. April 2007. hal. 23-46. hal 67-94
16. Srirompotong S, et al. Retropharygeal space infection. J Med Assoc Thai. 2004; 87 (4). 382-5.
17. Page Nathan C, et al. Clinical features and treatment of retropharyngeal abscess in children. Journal Otolaryngology-Head and Neck Surgery. 2008. 138. 300-306.
18. La Lakea L M, et al. Retropharyngeal abscess management in children : current practice. Journal Otolaryngology Head and Neck Surgery 1999; 121. 398-405.

19. Parhiscar A, Har-el, G. Deep neck abscess: a retrospective review of 210 cases, *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol* 110: 2001: 1051-1054.
20. Fachrudin D, Helmi. Penatalaksanaan Infeksi Leher Dalam. Up-date 1995 Prinsip Dasar Penatalaksanaan Penyakit Infeksi. Dalam rangka Dies Natalis UI ke 46. 17 Juni 1995.
21. Larawin V, Naipao J. Head and neck space infections. *Journal Otolaryngology Head and Neck Surgery* 2006; 135. 889-893.