

DIAGNOSIS DAN PENATALAKSANAAN ABSES PERITONSIL

Novialdi, Jon Prijadi

Bagian Telinga Hidung Tenggorok Bedah Kepala Leher
Fakultas Kedokteran Universitas Andalas/RSUP Dr. M. Djamil Padang

Abstrak

Latar belakang : Abses peritonsil merupakan salah satu abses leher dalam yang dapat menyebabkan komplikasi sehingga diperlukan penatalaksanaan yang optimal. **Tujuan** : Dengan mendiagnosis dan melakukan penatalaksanaan yang optimal dapat mencegah terjadinya komplikasi abses peritonsil. **Tinjauan Pustaka** : Diagnosis pasti abses peritonsil ditegakkan dengan ditemukannya pus pada saat melakukan aspirasi. Ada beberapa cara dalam penatalaksanaan berupa aspirasi dengan jarum, insisi abses, drainase dan antibiotik disertai tindakan tonsilektomi. **Kesimpulan** : Abses peritonsil berawal dari infeksi pada kripta tonsil perifer yang menembus kapsul, mengisi daerah potensial di antara kapsul dan otot konstriktor superior. Saat ini penanganan abses peritonsil yang standar dilakukan berupa aspirasi dengan jarum, insisi, drainase dan antibiotika serta tindakan operasi berupa tonsilektomi. Penatalaksanaan yang baik dan optimal akan mampu mencegah timbulnya komplikasi.

Kata kunci : Abses leher dalam, abses peritonsil, tonsilektomi

Abstract

Background: Peritonsillar abscess is one of the neck abscess that can cause complications which is required an optimal treatment. **Purpose** : By diagnosis and optimal treatment may prevent peritonsillar abscess complication. **Review** : Definitive diagnosis depends on detecting pus in peritonsillar abscess at the time of aspiration. There are several treatment form such a needle aspiration, abscess incision, drainage and antibiotics followed by tonsillectomy. **Conclusion**: Peritonsillar abscess originated from infection of the tonsil crypte penetrate peripheral capsule, fill the potential region between the capsule and the superior constrictor muscle. Currently the standard treatment of peritonsillar abscess performed a needle aspiration, incision, drainage and antibiotics and surgical treatment of tonsillectomy. Right and optimal management can prevent the complication.

Key word : Deep neck abscess, peritonsillar abscess, tonsillectomy

Pendahuluan

Abses peritonsil atau Quinsy merupakan suatu infeksi akut yang diikuti dengan terkumpulnya pus pada jaringan ikat longgar antara m.konstriktor faring dengan tonsil pada fosa tonsil.¹ Infeksi ini menembus kapsul tonsil (biasanya pada kutub atas). Abses peritonsil merupakan infeksi pada tenggorok yang seringkali merupakan komplikasi dari tonsilitis akut.²

Abses peritonsil merupakan infeksi pada kasus kepala leher yang sering terjadi pada orang dewasa. Timbulnya abses peritonsil dimulai dari infeksi superfisial dan berkembang secara progresif menjadi tonsilar selulitis. Komplikasi abses peritonsil yang mungkin terjadi antara lain perluasan infeksi ke parafaring, mediastinitis, dehidrasi, pneumonia, hingga infeksi ke intrakranial berupa thrombosis sinus kavemosus, meningitis, abses otak dan obstruksi jalan nafas².

Penyakit-penyakit infeksi pada tenggorok telah diketahui sejak abad ke dua Masehi oleh *Aretaeus of Cappadocia*. Pada abad ke 2 dan 3 sebelum Masehi, ia menerangkan tentang dua tipe penyakit pada tonsil yaitu pembengkakan tonsil tanpa ulserasi dan pembengkakan tonsil dengan obstruksi jalan nafas. Beberapa kepustakaan menjelaskan bahwa abses peritonsil yang kita kenal sekarang ini pertama kali dikemukakan pada awal tahun 1700-an.¹

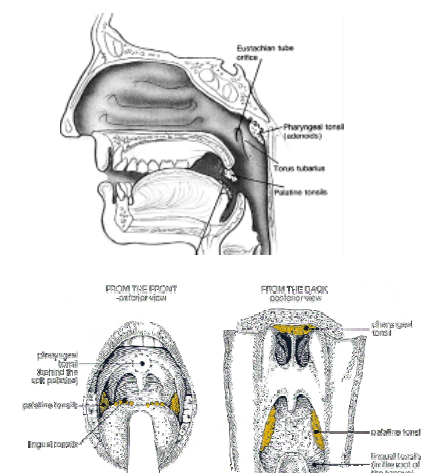
Kekerapan

Abses peritonsil sering mengenai orang dewasa pada usia 20 sampai 40 tahun. Pada anak jarang terjadi, kecuali yang mengalami gangguan penyakit kekebalan

tubuh, tetapi pada anak infeksi dapat menyebabkan gangguan obstruksi jalan nafas. Persentase efek gangguan jalan nafas sama pada anak laki-laki dan perempuan.³

Pada umumnya infeksi di bagian kepala leher terjadi pada orang dewasa. Insiden abses peritonsil di A.S terjadi 30 per 100.000 orang/ tahun.³ Dikutip dari Hanna BC³, Herzon melaporkan data insiden terjadinya abses peritonsil; 1/6500 populasi atau 30.1/40.000 orang per tahun di Amerika Serikat. Di Irlandia Utara dilaporkan 1 per 10.000 pasien per tahun, dengan rata-rata usia 26.4 tahun.⁴

Anatomi

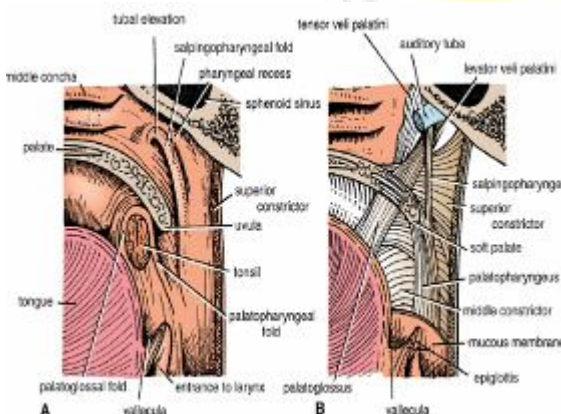


Gambar 1. Anatomi tonsil²

Cincin Waldeyer merupakan jaringan limfoid yang mengelilingi faring. Cincin Waldeyer terdiri atas susunan kelenjar limfa yang terdapat di dalam rongga mulut yaitu tonsil palatina (tonsil faucial), tonsil faring (adenoid), tonsil lingual (tonsil pangkal lidah), tonsil tuba Eustachius (lateral band dinding faring/Gerlach's tonsil).⁵

Tonsil palatina adalah suatu masa jaringan limfoid yang terletak di dalam fosa tonsil pada kedua sudut orofaring dan dibatasi oleh pilar anterior (otot palatoglossus) dan pilar posterior (otot palatofaringeus). Tonsil berbentuk oval dengan panjang 2-5 cm, masing-masing tonsil mempunyai 10-30 kriptus yang meluas ke dalam jaringan tonsil.⁵

Permukaan sebelah dalam tonsil atau permukaan yang bebas, tertutup oleh membran epitel skuamosa berlapis yang sangat melekat. Epitel ini meluas ke dalam kantung atau kripta yang membuka ke permukaan tonsil. Tonsil tidak selalu mengisi seluruh fosa tonsil, daerah yang kosong di atasnya dikenal sebagai fosa supratonsil. Bagian luar tonsil terikat longgar pada m.konstriktor faring superior, sehingga tertekan setiap kali menelan. Muskulus palatoglossus dan m.palatofaringeus juga menekan tonsil. Tonsil terletak di lateral orofaring, dibatasi oleh:⁶



Gambar 2 : Potongan sagittal tonsil⁵

- Lateral : m.konstriktor faring superior
- Anterior : m.palatoglossus
- Posterior : m.palatofaringeus
- Superior : palatum mole
- Inferior : tonsil lingual

Fosa Tonsil

Fosa tonsil atau sinus tonsil yang di dalamnya terletak tonsil palatina, dibatasi oleh otot-otot orofaring, yaitu batas anterior adalah m. palatoglossus atau disebut pilar posterior, batas lateral atau dinding luarnya adalah m. konstriktor faring superior.⁶

Pilar anterior mempunyai bentuk seperti kipas pada rongga mulut, mulai dari palatum mole dan berakhir di sisi lateral lidah. Pilar posterior adalah otot vertikal yang ke atas mencapai palatum mole, tuba eustachius dan dasar tengkorak dan ke arah bawah meluas hingga dinding lateral esofagus, sehingga pada tonsilektomi harus hati-hati agar pilar posterior tidak terluka.⁷ Pilar anterior dan pilar posterior bersatu di bagian atas pada

palatum mole, ke arah bawah terpisah dan masuk ke jaringan di pangkal lidah dan dinding lateral faring.^{6,7}

Kapsul Tonsil

Bagian permukaan lateral tonsil ditutupi oleh suatu membran jaringan ikat, yang disebut kapsul. Walaupun para pakar anatomi menyangkal adanya kapsul ini, tetapi para klinisi menyatakan bahwa kapsul adalah jaringan ikat putih yang menutupi 4/5 bagian tonsil. Kapsul tonsil mempunyai trabekula yang berjalan ke dalam parenkim. Trabekula ini mengandung pembuluh darah, saraf-saraf dan pembuluh eferen.⁷

Kriptus Tonsil

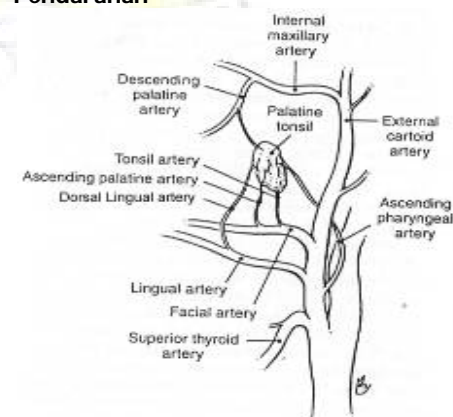
Kriptus tonsil berbentuk saluran yang tidak sama panjang dan masuk ke bagian dalam jaringan tonsil. Umumnya terdiri dari 8-20 buah dan kebanyakan terjadi penyatuan beberapa kriptus. Permukaan kriptus ditutupi oleh epitel yang sama dengan epitel permukaan medial tonsil. Saluran kriptus ke arah luar, biasanya bertambah luas. Pada fosa supratonsil, kriptus meluas ke arah bawah dan luar, maka fosa ini dianggap pula sebagai kriptus yang besar. Hal ini membuktikan adanya sisa perkembangan berasal dari kantong brakial ke II. Secara klinik terlihat bahwa kriptus merupakan sumber infeksi, baik lokal maupun sistemik karena dapat terisi sisa makanan, epitel yang terlepas dan kuman.⁷

Plika Triangularis

Di antara pangkal lidah dan bagian anterior kutub bawah tonsil terdapat plika triangularis yang merupakan suatu struktur normal yang telah ada sejak masa embrio. Serabut ini dapat menjadi penyebab kesukaran saat pengangkatan tonsil dengan jerat. Komplikasi yang sering terjadi adalah terdapatnya sisa tonsil atau terpotongnya pangkal lidah.^{5,6,7}

Kadang-kadang plika triangularis membentuk suatu kantong atau saluran buntu. Keadaan ini dapat merupakan sumber infeksi lokal maupun umum karena kantong tersebut terisi sisa makanan atau kumpulan debris.^{6,7}

Pendarahan



Gambar 3. Perdarahan tonsil⁵

Tonsil mendapat pendarahan dari cabang-cabang arteri karotis eksterna, yaitu

1. Arteri maksilaris eksterna (arteri fasialis) dengan cabangnya arteri tonsilaris dan arteri palatina asenden.

2. Arteri maksilaris interna dengan cabangnya arteri palatina desenden
3. Arteri lingualis dengan cabangnya arteri lingualis dorsal
4. Arteri faringeal asenden.

Kutub bawah tonsil bagian anterior diperdarahi oleh arteri lingualis dorsal dan bagian posterior oleh arteri palatina asenden, diantara kedua daerah tersebut diperdarahi oleh arteri tonsilaris. Kutub atas tonsil diperdarahi oleh arteri faringeal asenden dan arteri palatina desenden.⁸

Arteri tonsilaris berjalan ke atas pada bagian luar m.konstriktor superior dan memberikan cabang untuk tonsil dan palatum mole. Arteri palatina asenden, mengirimkan cabang-cabang melalui m.konstriktor superior melalui tonsil. Arteri faringeal asenden juga memberikan cabangnya ke tonsil melalui bagian luar m.konstriktor superior. Arteri lingualis dorsal naik ke pangkal lidah dan mengirimkan cabangnya ke tonsil, pilar anterior, dan pilar posterior. Arteri palatina desenden atau arteri palatina minor atau arteri palatina posterior memperdarahi tonsil dan palatum mole dari atas dan membentuk anastomosis dengan arteri palatina asenden.^{7,8}

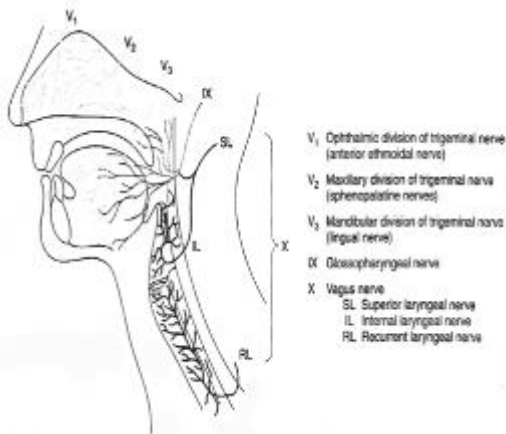
Vena-vena dari tonsil membentuk pleksus yang bergabung dengan pleksus dari faring. Aliran balik melalui pleksus vena di sekitar kapsul tonsil, vena lidah dan pleksus faring.^{7,8}

Perdarahan adenoid berasal dari cabang-cabang arteri maksila interna. Disamping memperdarahi adenoid pembuluh darah ini juga memperdarahi sinus sphenoid.⁸

Aliran getah bening

Aliran getah bening dari daerah tonsil akan menuju rangkaian getah bening servikal profunda (*deep jugular node*) bagian superior di bawah m.sternokleidomastoideus, selanjutnya ke kelenjar torak dan akhirnya menuju duktus torasikus. Infeksi dapat menuju ke semua bagian tubuh melalui perjalanan aliran getah bening. Tonsil hanya mempunyai pembuluh getah bening eferen sedangkan pembuluh getah bening aferen tidak ada.⁸

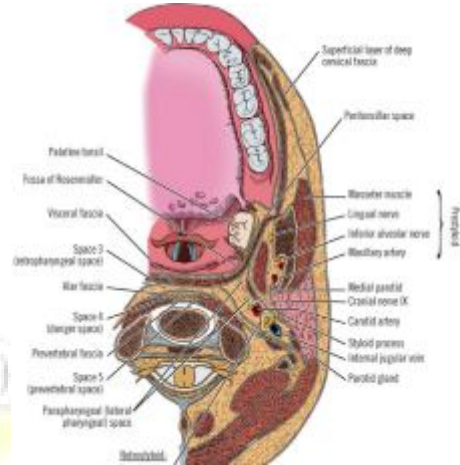
Persarafan



Gambar 4 : Persarafan tonsil⁵

Tonsil bagian atas mendapat sensasi dari serabut saraf ke V (*nervus trigeminus*) melalui ganglion sfenopalatina dan bagian bawah dari saraf ke IX (*nervus glossofarineus*).⁸

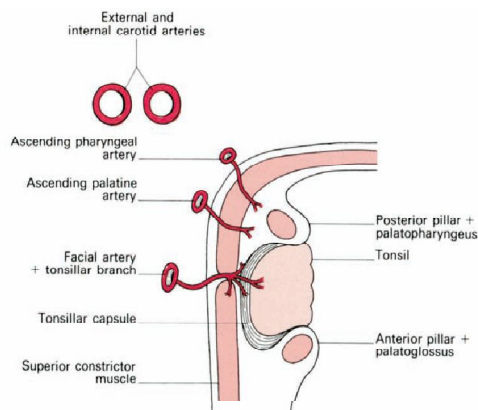
Ruang Peritonsil



Gambar 5. Potongan oblik leher ⁵

Ruang peritonsil digolongkan sebagai ruang intrafaring walaupun secara anatomi terletak di antara fasia leher dalam. Ruang peritonsil merupakan salah satu dari ruang leher dalam, Scott B.A ⁶ membagi ruang leher dalam menjadi :

1. Ruang yang mencakup seluruh panjang leher
 - a. Ruang retrofaring
 - b. Ruang bahaya
 - c. Ruang vaskular viseral
2. Ruang yang terbatas pada sebelah atas os hioid
 - a. Ruang faringomaksila
 - b. Ruang submandibula
 - c. Ruang parotis
 - d. Ruang mastikator
 - e. Ruang peritonsil
 - f. Ruang temporal
3. Ruang yang terbatas pada sebelah bawah os hioid
 - Ruang viseral anterior



Gambar 6. Potongan horizontal tonsil⁵

Dinding medial ruang peritonsil dibentuk oleh kapsul tonsil, yang terbentuk dari fascia faringo-basilar dan menutupi bagian lateral tonsil. Dinding lateral ruang peritonsil dibentuk oleh serabut horizontal otot konstriktor superior dan serabut vertikal otot palatofaringeal.⁸

Pada sepertiga bawah permukaan bagian dalam tonsil, serabut-serabut otot palatofaringeal meninggalkan dinding lateral dan meluas secara horizontal menyeberangi ruang peritonsil kemudian menyatu dengan kapsul tonsil. Hubungan ini disebut ligamen triangular atau ikatan tonsilofaring.⁸ Batas-batas superior, inferior, anterior dan posterior ruang peritonsil ini juga dibentuk oleh pilar-pilar anterior dan posterior tonsil.^{7,8}

Etiopatogenesis

Abses peritonsil atau Quinsy adalah suatu infeksi akut dan berat di daerah orofaring. Abses peritonsil merupakan kumpulan pus yang terlokalisir pada jaringan peritonsil yang umumnya merupakan komplikasi dari tonsilitis akut berulang atau bentuk abses dari kelenjar *Weber* pada kutub atas tonsil. Infeksi yang terjadi akan menembus kapsul tonsil (umumnya pada kutub atas tonsil) dan meluas ke dalam ruang jaringan ikat di antara kapsul dan dinding posterior fosa tonsil.⁹ Perluasan infeksi dan abses ke daerah parafaring, sehingga terjadi abses parafaring?⁹

Finkelstein dkk⁹, mengatakan lokasi infeksi abses peritonsil terjadi di jaringan peritonsil dan dapat menembus kapsul tonsil. Hal ini kemudian akan menyebabkan penumpukan pus atau pus meluas ke arah otot konstriktor faring superior menuju ruang parafaring dan retrofaring terdekat.

Pada fosa tonsil ditemukan suatu kelompok kelenjar di ruang supra tonsil yang disebut kelenjar *Weber*. Fungsi kelenjar-kelenjar ini adalah mengeluarkan cairan ludah ke dalam kript-kripta tonsil, membantu untuk menghancurkan sisa-sisa makanan dan debris yang terperangkap di dalamnya lalu dievakuasi dan dicerna. Jika terjadi infeksi berulang, dapat terjadi gangguan pada proses tersebut lalu timbul sumbatan terhadap sekresi kelenjar *Weber* yang mengakibatkan terjadinya pembesaran kelenjar. Jika tidak diobati secara maksimal, akan terjadi infeksi berulang selulitis peritonsil atau infeksi kronis pada kelenjar *Weber* dan sistem saluran kelenjar tersebut akan membentuk pus sehingga menyebabkan terjadinya abses.¹⁰

Dikutip dari Megalamani¹¹, pemeriksaan kultur yang telah dilakukan menumbuhkan populasi bakteri aerob dan anaerob sama banyaknya dengan campuran flora yang melibatkan mikroorganisme gram negatif dan gram positif. Beberapa penelitian dengan mengisolasi bakteri menunjukkan *Streptococcus viridians* merupakan penyebab terbanyak infeksi abses peritonsil, diikuti oleh *Streptococcus beta hemolyticus grup A*. Bakteri anaerob dan *Streptococcus* gram positif telah diidentifikasi sebagai agen etiologi umum.¹¹

Hanna³ melaporkan hasil pemeriksaan kultur kuman sebanyak 43 % ditemukan bakteri aerob, 31% bakteri anaerob, dan 23 % terdiri gabungan bakteri aerob dan anaerob. Dikutip dari Marom⁴, Megalamani dkk, menunjukkan adanya peningkatan kejadian bakteri aerob gram negatif yang menyebabkan abses peritonsil di India, sedangkan Sakae dkk, melaporkan banyaknya kasus polimikmikrobial dengan dominasi kuman aerob pasien di Brazil.¹¹

Dikutip dari Segal N¹, Brook dkk melaporkan sebanyak 34 orang dewasa dan anak-anak yang dilakukan aspirasi pus dan didapatkan 76% bakteri gabungan aerob-anaerob dan 18 % bakteri anaerob.¹ Apapun bakteri/kuman yang menjadi penyebabnya, proses infeksi ini menunjukkan bahwa mekanisme pertahanan pertama dari orofaring penerima (*host*) telah ditembus dan sebagai akibatnya mikroorganisme tersebut masuk menembus jaringan orofaring.¹¹

Ketika bakteri menembus jaringan, tubuh secara alami akan menggerakkan beberapa mekanisme pertahanan. Secara umum bakteri akan mati oleh aktifitas sel-sel fagosit. Antibodi memainkan peranan penting melawan toksin-toksin bakteri, tetapi bagaimana peranan antibodi dalam melawan bakteri penyebab inflamasi peritonsil akut masih belum diketahui.^{11,12}

Gejala Klinis



Gambar 7: Abses peritonsil¹³

Beberapa gejala klinis abses peritonsil antara lain berupa pembengkakan awal hampir selalu berlokasi pada daerah palatum mole di sebelah atas tonsil yang menyebabkan tonsil membesar ke arah medial. Onset gejala abses peritonsil biasanya dimulai sekitar 3 sampai 5 hari sebelum pemeriksaan dan diagnosis.¹³

Gejala klinis berupa rasa sakit di tenggorok yang terus menerus hingga keadaan yang memburuk secara progresif walaupun telah diobati. Rasa nyeri terlokalisir,

demam tinggi, (sampai 40°C), lemah dan mual. Odinofagi dapat merupakan gejala menonjol dan pasien mungkin mendapatkan kesulitan untuk makan bahkan menelan ludah. Akibat tidak dapat mengatasi sekresi ludah sehingga terjadi hipersalivasi dan ludah seringkali menetes keluar. Keluhan lainnya berupa mulut berbau (*foetor ex ore*), muntah (*regurgitasi*) sampai nyeri alih ke telinga (*otalgi*). Trismus akan muncul bila infeksi meluas mengenai otot-otot pterigoid.¹³

Penderita mengalami kesulitan berbicara, suara menjadi seperti suara hidung, membesar seperti mengulung kentang panas (*hot potato's voice*) karena penderita berusaha mengurangi rasa nyeri saat membuka mulut¹³. Seperti dikutip dari Finkelstein⁹, Ferguson mendefinisikan *hot potato voice* merupakan suatu penebalan pada suara.

Pada pemeriksaan tonsil, ada pembengkakan unilateral, karena jarang kedua tonsil terinfeksi pada waktu bersamaan. Bila keduanya terinfeksi maka yang kedua akan membesar setelah tonsil yang satu membaik. Bila terjadi pembengkakan secara bersamaan, gejala *sleep apnea* dan obstruksi jalan nafas akan lebih berat. Pada pemeriksaan fisik penderita dapat menunjukkan tanda-tanda dehidrasi dan pembengkakan serta nyeri kelenjar servikal / servikal adenopati. Di saat abses sudah timbul, biasanya akan tampak pembengkakan pada daerah peritonsilar yang terlibat disertai pembesaran pilar-pilar tonsil atau palatum mole yang terkena.¹³

Tonsil sendiri pada umumnya tertutup oleh jaringan sekitarnya yang membesar atau tertutup oleh mukopus. Timbul pembengkakan pada uvula yang mengakibatkan terdorongnya uvula pada sisi yang berlawanan. Paling sering abses peritonsil pada bagian supratonsil atau di belakang tonsil, penyebaran pus ke arah inferior dapat menimbulkan pembengkakan supraglotis dan obstruksi jalan nafas. Pada keadaan ini penderita akan tampak cemas dan sangat ketakutan.^{10,13}

Abses peritonsil yang terjadi pada kutub inferior tidak menunjukkan gejala yang sama dengan pada kutub superior. Umumnya uvula tampak normal dan tidak bergeser, tonsil dan daerah peritonsil superior tampak berukuran normal hanya ditandai dengan kemerahan.¹³

Diagnosis

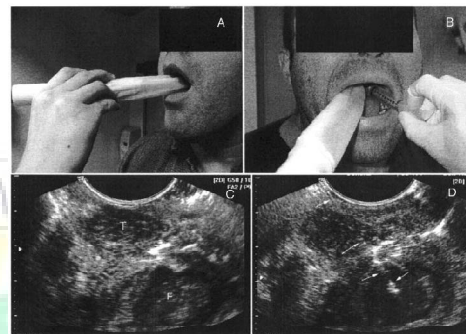
Menegakkan diagnosis penderita dengan abses peritonsil dapat dilakukan berdasarkan anamnesis tentang riwayat penyakit, gejala klinis dan pemeriksaan fisik penderita. Aspirasi dengan jarum pada daerah yang paling fluktuatif, atau punksi merupakan tindakan diagnosis yang akurat untuk memastikan abses peritonsil. Seperti dikutip dari Hanna³, Similarly Snow dkk berpendapat untuk mengetahui jenis kuman pada abses peritonsil tidak dapat dilakukan dengan cara usap tenggorok. Pemeriksaan penunjang akan sangat membantu selain untuk diagnosis juga untuk perencanaan penatalaksanaan.¹⁴

Pemeriksaan secara klinis seringkali sukar dilakukan karena adanya trismus. Palatum mole tampak menonjol ke depan, dapat teraba fluktuasi. Tonsil bengkak, hiperemis, mungkin banyak detritus, terdorong ke arah tengah, depan dan bawah. Uvula terdorong ke

arah kontra lateral. Gejala lain untuk diagnosis sesuai dengan gejala klinisnya.^{9,13,14}

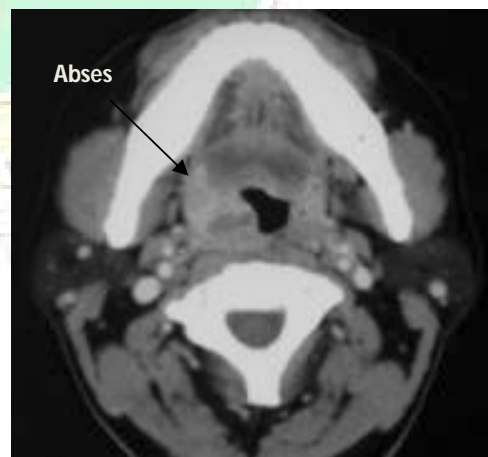
Pemeriksaan laboratorium darah berupa faal hemostasis, terutama adanya leukositosis sangat membantu diagnosis. Pemeriksaan radiologi berupa foto rontgen polos, ultrasonografi dan tomografi komputer.¹⁰

Saat ini ultrasonografi telah dikenal dapat mendiagnosis abses peritonsil secara spesifik dan mungkin dapat digunakan sebagai alternatif pemeriksaan. Mayoritas kasus yang diperiksa menampakkan gambaran cincin *isoechoic* dengan gambaran sentral *hypoechoic*.¹⁰



Gambar 8: Intraoral ultrasonografi¹⁵

Gambaran tersebut kurang dapat dideteksi bila volume relatif pus dalam seluruh abses adalah kurang dari 10% pada penampakan tomografi komputer. Penentuan lokasi abses yang akurat, membedakan antara selulitis dan abses peritonsil serta menunjukkan penyebaran sekunder dari infeksi ini merupakan kelebihan penggunaan tomografi komputer. Khusus untuk diagnosis abses peritonsil di daerah kutub bawah tonsil akan sangat terbantu dengan tomografi komputer.¹⁰



Gambar 9: Tomografi komputer abses peritonsil.¹⁸

Fasano¹⁰ mengatakan bahwa pemeriksaan dengan menggunakan foto rontgen polos dalam mengevaluasi abses peritonsil terbatas. Bagaimanapun tomografi komputer dan ultrasonografi dapat membantu untuk membedakan antara abses peritonsil dengan selulitis tonsil. Dikutip dari Fasano¹⁰, Lyon dkk melaporkan kasus diagnosis abses peritonsil bilateral di ruang gawat darurat dengan menggunakan intraoral sonografi.

Ultrasonografi juga dapat digunakan di ruang pemeriksaan gawat darurat untuk membantu mengidentifikasi ruang abses sebelum dilakukan aspirasi dengan jarum.¹⁵

Diagnosis banding

Penonjolan satu atau kedua tonsil, atau setiap pembengkakan pada daerah peritonsilar harus dipertimbangkan penyakit lain selain abses peritonsil sebagai diagnosis banding. Contohnya adalah infeksi mononukleosis, benda asing, tumor / keganasan / limfoma, penyakit Hodgkin leukemia, adenitis servikal, aneurisma arteri karotis interna dan infeksi gigi. Kelainan-kelainan ini dapat dibedakan dari abses peritonsil melalui pemeriksaan darah, biopsi dan pemeriksaan diagnostik lain.^{5,7,15}

Tidak ada kriteria spesifik yang dianjurkan untuk membedakan selulitis dan abses peritonsil. Karena itu disepakati bahwa, kecuali pada kasus yang sangat ringan, semua penderita dengan gejala infeksi daerah peritonsil harus menjalani aspirasi/pungsi. Apabila hasil aspirasi positif (terdapat pus), berarti abses, maka penatalaksanaan selanjutnya dapat dilakukan. Bila hasil aspirasi negatif (pus tidak ada), pasien mungkin dapat didiagnosis sebagai selulitis peritonsil.^{14,15}

Komplikasi

Komplikasi segera yang dapat terjadi berupa dehidrasi karena masukan makanan yang kurang. Pecahnya abses secara spontan dengan aspirasi darah atau pus dapat menyebabkan pneumonitis atau abses paru. Pecahnya abses juga dapat menyebabkan penyebaran infeksi ke ruang leher dalam, dengan kemungkinan sampai ke mediastinum dan dasar tengkorak.^{1,4,16}

Komplikasi abses peritonsil yang sangat serius pernah dilaporkan sekitar tahun 1930, sebelum masa penggunaan antibiotika. Infeksi abses peritonsil menyebar ke arah parafaring menyusuri selubung karotis kemudian membentuk ruang infeksi yang luas.

Perluasan Infeksi ke daerah parafaring dapat menyebabkan terjadinya abses parafaring, perjalanan selanjutnya dapat masuk ke mediastinum sehingga dapat terjadi mediastinitis.¹⁶

Pembengkakan yang timbul di daerah supra glotis dapat menyebabkan obstruksi jalan nafas yang memerlukan tindakan trakeostomi. Keterlibatan ruang-ruang faringomaksilaris dalam komplikasi abses peritonsil mungkin memerlukan drainase dari luar melalui segitiga submandibular.¹⁷

Bila terjadi perjalanan ke daerah intrakranial dapat mengakibatkan thrombus sinus kavernosus, meningitis dan abses otak. Pada keadaan ini, bila tidak ditangani dengan baik akan menghasilkan gejala sisa neurologis yang fatal. Komplikasi lain yang mungkin timbul akibat penyebaran abses adalah endokarditis, nefritis, dan peritonitis juga pernah ditemukan.¹⁶ Marom⁴, melaporkan sebanyak 13 pasien (3%) mengalami komplikasi seperti selulitis parafaring atau edema supraglotis dan penanganan komplikasi yang serius di rumah sakit.

Ming CF¹³ mengatakan bila tidak dilakukan pengobatan abses peritonsil dengan segera maka dapat menyebabkan komplikasi antara lain limfadenitis

servikal, infeksi parafaring dan perdarahan, edema laring, abses leher dalam, dan jarang terjadi seperti fasciitis nekrotik servikal, dan mediastinitis.

Penatalaksanaan

Meskipun fakta menunjukkan bahwa abses peritonsil merupakan komplikasi tersering dari tonsilitis akut, penatalaksanaan dari abses peritonsil masih kontroversial. Penatalaksanaan yang umum dikenal untuk abses peritonsil adalah insisi, drainase dan terapi antibiotika, diikuti oleh tonsilektomi beberapa minggu kemudian¹⁷.

Dikutip dari Badran¹⁴, Herzon menyatakan bahwa aspirasi jarum saja dapat digunakan sebagai drainase prosedur pembedahan awal karena tingkat resolusi dengan teknik ini adalah 94-96%. Pada 54% kasus abses peritonsil, penanganannya menggunakan teknik insisi dan drainase, 32% digunakan jarum aspirasi, dan 14% dilakukan tonsilektomi. Sebelum jaman antibiotika dikenal pada akhir 1930-an dan awal 1940-an, beberapa tipe pembedahan telah digunakan pada sebagian besar infeksi abses peritonsil.¹⁴

Dikutip dari Ming CF¹³, Xue melaporkan bayi berumur 53 hari yang mengalami abses peritonsil unilateral dilakukan tonsilektomi dengan anestesi umum. Delapan tahun terakhir, terapi abses peritonsil dengan aspirasi jarum dan penggunaan antibiotika parenteral agak lebih sering dilakukan dibandingkan insisi dan drainase.¹⁸

Terapi antibiotika

Salah satu faktor yang masih merupakan kontroversi dalam penanganan abses peritonsil adalah pemilihan terapi antibiotika sebelum dan sesudah pembedahan. Antibiotika pada gejala awal diberikan dalam dosis tinggi disertai obat simptomatik, kumur-kumur dengan cairan hangat dan kompres hangat pada leher (untuk mengendurkan tegangan otot).¹⁸

Dengan mengutamakan pemeriksaan kultur dan sensitifitas, pemberian terapi antibiotika ditunjukkan pada jenis bakteri mana yang lebih banyak muncul. Penisilin dan sefalosporin (generasi pertama kedua atau ketiga) biasanya merupakan obat pilihan. Penisilin dalam dosis tinggi sebagai obat pilihan diberikan dengan mempertimbangkan kontra indikasi seperti alergi atau timbulnya kemungkinan adanya reaksi koagulasi organisme.^{4,11,19}

Penisilin dapat digunakan pada penderita abses peritonsil yang diperkirakan disebabkan oleh kuman *staphylococcus*. Metronidazol merupakan antimikroba yang sangat baik untuk infeksi anaerob. Tetrasiklin merupakan antibiotika alternatif yang sangat baik bagi orang dewasa, meskipun klindamisin saat ini dipertimbangkan sebagai antibiotik pilihan untuk menangani bakteri yang memproduksi beta laktamase. Penting untuk dicatat bahwa memberikan antibiotika intravena pada penderita abses peritonsil yang dirawat inap belakangan ini sudah kurang umum digunakan.^{18,19}

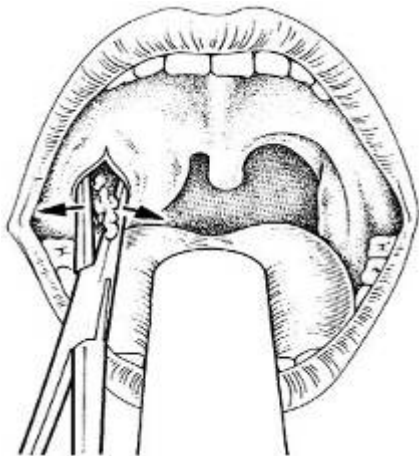
Insisi dan drainase

Abses peritonsil merupakan suatu indikasi tindakan yang juga disebut intraoral drainase. Tujuan

utama tindakan ini adalah mendapatkan drainase abses yang adekuat dan terlokalisir secara cepat. Lokasi insisi biasanya dapat diidentifikasi pada pembengkakan di daerah pilar-pilar tonsil atau dipalpasi pada daerah paling berfluktuasi.²⁰

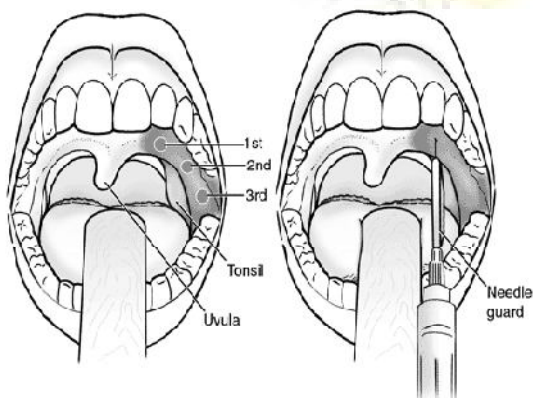
Teknik insisi

Pada penderita yang sadar, tindakan dapat dilakukan dengan posisi duduk menggunakan anestesi lokal. Anestesi lokal dapat dilakukan pada cabang tonsilar dari nervus glossofaringeus (N.IX) yang memberikan inervasi sensoris mayoritas pada daerah ini, dengan menyuntikkan lidokain melalui mukosa ke dalam fosa tonsil.^{4,18}



Gambar 10 : Teknik Insisi¹⁴

Pada penderita yang memerlukan anestesi umum, posisi penderita saat tindakan adalah kepala lebih rendah (*trendelenberg*) menggunakan ETT (*Endotracheal tube*). Anestesi topikal dapat berupa *xylocaine spray* atau menggunakan lidokain 4-5% atau tetrakain 2% untuk mencegah keterlibatan jaringan tonsil yang lain. Menggunakan pisau skalpel no.11.



Gambar 11 : Lokasi insisi¹⁹

Lokasi insisi biasanya dapat diidentifikasi pada¹⁹:

- Pembengkakan di daerah pilar-pilar tonsil atau dipalpasi pada daerah yang paling fluktuatif
- Pada titik yang terletak dua pertiga dari garis khayal yang dibuat antara dasar uvula dengan molar terakhir.

- Pada pertengahan garis horizontal antara pertengahan basis uvula dan M3 atas
- Pada pertemuan garis vertikal melalui titik potong pinggir medial pilar anterior dengan lidah dengan garis horizontal melalui basis uvula
- Pada pertemuan garis vertikal melalui pinggir medial M3 bawah dengan garis horizontal melalui basis uvula

Insisi diperdalam dengan klem dan pus yang keluar langsung dihisap dengan menggunakan alat penghisap.^{19,20}

Tindakan ini (menghisap pus) penting dilakukan untuk mencegah aspirasi yang dapat mengakibatkan timbulnya pneumonitis. Biasanya bila insisi yang dibuat tidak cukup dalam, harus lebih dibuka lagi dan diperbesar. Setelah cukup banyak pus yang keluar dan lubang insisi yang cukup besar, penderita kemudian disuruh berkumur dengan antiseptik dan diberi terapi antibiotika.^{19,20}

Umumnya setelah drainase terjadi, rasa nyeri akan segera berkurang. Pus yang keluar juga sebaiknya diperiksa untuk tes kultur dan sensitifitas, biasanya diambil saat aspirasi (diagnosis).²⁰

Drainase dengan aspirasi jarum

Model terapi abses peritonsil yang digunakan sampai saat ini, pertama insisi dan drainase serta yang kedua tonsilektomi. Saat ini ada beberapa penelitian yang mendiskusikan tentang aspirasi menggunakan jarum sebagai salah satu terapi bedah pada abses peritonsil.²⁰

Beberapa keuntungan dari evaluasi penatalaksanaan aspirasi jarum dibanding insisi dan drainase adalah²⁰:

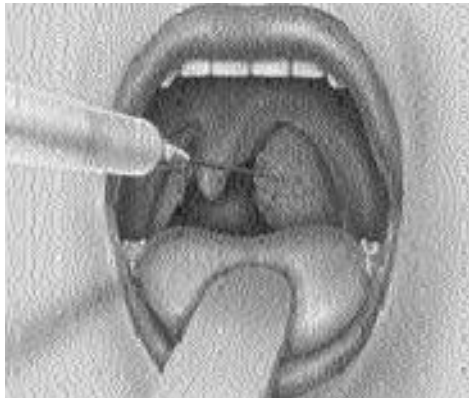
1. Mudah untuk dilakukan, sederhana, aman, dan murah.
2. Dapat digunakan untuk konfirmasi diagnosis dengan trauma minimal (yang biasanya dapat dilakukan sebelum insisi dan drainase).
3. Dapat ditoleransi (ditahan) oleh penderita / tidak menakutkan.
4. Tidak / kurang mencederai struktur jaringan sekitar.
5. Lebih memudahkan untuk mengumpulkan spesimen / pus guna pemeriksaan mikroskopis dan tes kultur / sensitifitas.
6. Memberikan penyembuhan segera, mengurangi kesakitan.
7. Mencegah prosedur bedah dan anestesi umum.
8. Merupakan prosedur yang dapat dipercaya untuk abses peritonsil.

Kerugian terapi dengan drainase dengan aspirasi jarum adalah²⁰:

1. Bila pus terkumpul kembali dapat menyebabkan infeksi yang berulang.
2. Tidak dapat melakukan pembersihan kantung pus secara maksimal.
3. Pus yang tersisa tidak maksimal keluar sehingga dapat menyebabkan proses penyembuhan lama.

Teknik aspirasi

Tindakan dilakukan menggunakan semprit 10 ml, dan jarum no.18 setelah pemberian anestesi topikal (misalnya *xylocain spray*) dan infiltrasi anestesi lokal (misalnya lidokain).¹³



Gambar 12: Tindakan Aspirasi abses peritonsil¹⁴.

Lokasi aspirasi pertama adalah pada titik atau daerah paling berfluktuasi atau pada tempat pembengkakan maksimum. Bila tidak ditemukan pus, aspirasi kedua dapat dilakukan 1 cm di bawahnya atau bagian tengah tonsil.^{13,14}

Aspirasi jarum, seperti juga insisi dan drainase, merupakan tindakan yang sulit dan jarang berhasil dilakukan pada anak dengan abses peritonsil karena biasanya mereka tidak dapat bekerja sama. Selain itu tindakan tersebut juga dapat menyebabkan aspirasi darah dan pus ke dalam saluran nafas yang relatif berukuran kecil.^{13,14}

Tonsilektomi

Tindakan pembedahan pada abses peritonsil merupakan topik yang kontroversial sejak beberapa abad. Filosofi dari tindakan tonsilektomi pada abses peritonsil adalah karena berdasarkan pemikiran bahwa kekambuhan pada penderita abses peritonsil terjadi cukup banyak sehingga tindakan pengangkatan kedua tonsil ini dilakukan untuk memastikan tidak terjadinya kekambuhan.^{14,17,21}

Sementara insisi dan drainase abses merupakan tindakan yang paling banyak diterima sebagai terapi utama untuk abses peritonsil, beberapa bentuk tonsilektomi kadang-kadang dilakukan.^{4,14,20}

Waktu pelaksanaan tonsilektomi sebagai terapi abses peritonsil, bervariasi²⁰ :

1. Tonsilektomi *a chaud*: dilakukan segera / bersamaan dengan drainase abses.
2. Tonsilektomi *a tiede*: dilakukan 3-4 hari setelah insisi dan drainase.
3. Tonsilektomi *a froid*: dilakukan 4-6 minggu setelah drainase.

Ming CF¹³ mengatakan tonsilektomi merupakan penanganan yang terbaik untuk mencegah rekurensi abses peritonsil. Pada masa lalu, orang berpendapat operasi harus dilakukan 2-3 minggu setelah infeksi akut berkurang. Tetapi setelah 2-3 minggu, menimbulkan bekas luka yang terdapat pada kapsul tonsil, sehingga tindakan operasi sulit dan menimbulkan perdarahan serta sisa tonsil.

Saat ini tampaknya dibenarkan bahwa tonsilektomi pada abses peritonsil, dilakukan dalam anestesi umum, melalui tonsilektomi secara diseksi dan dalam perlindungan terapi antibiotika adalah suatu

operasi yang memberikan resiko yang sama dengan tonsilektomi abses pada fase tenang (*cold tonsillectomy*).

Beberapa keuntungan dari tonsilektomi segera pada abses peritonsil adalah:²⁰

1. Penanganan penderita dilakukan dalam satu tahap pada saat sakit.
2. Memberikan drainase pus yang lengkap.
3. Mengurangi kesulitan tonsilektomi selang waktu yang kadang-kadang timbul.
4. Mengurangi waktu perawatan (bila penderita dirawat inap di rumah sakit)
5. Mengurangi rasa sakit dengan segera dan menghilangkan perasaan tidak enak mengalami prosedur yang lain (insisi dan drainase)

Beberapa kerugian tindakan tonsilektomi segera pada abses peritonsil adalah:²⁰ :

1. Dapat terjadinya perdarahan pada saat tindakan tonsilektomi.
2. Dapat terjadi trombosis, sinus kavernosus, aspirasi paru, dan meningitis.

Indikasi tonsilektomi segera, yaitu¹⁰ :

1. Abses peritonsil yang tidak dapat diinsisi dan drainase karena trismus atau abses yang berlokasi di kutub bawah.
2. Abses peritonsil yang meluas dari hipofaring ke daerah parafaring, dengan resiko meluas ke daerah leher dalam.
3. Penderita dengan DM (Diabetes Melitus) yang memerlukan toleransi terhadap terapi berbagai antibiotika.
4. Penderita diatas 50 tahun dengan tonsil-tonsil yang melekat, karena abses akan sangat mudah meluas ke daerah leher dalam.

Pada umumnya insisi dan drainase diikuti dengan tonsilektomi 6-12 minggu kemudian adalah prosedur terapi abses peritonsil.²¹ Dikutip dari Ming CF¹³, KY Wen merekomendasikan bahwa pasien harus dilakukan operasi 2-3 hari setelah infeksi terkontrol jika ukuran luka pada abses yang pecah spontan kurang dari 2,5 cm. Namun, bila ukuran luka pada abses yang pecah spontan lebih dari 2,5 cm maka tindakan operasi harus dilakukan segera dengan tetap memperhatikan kondisi umum dan komplikasi sistemik pada pasien.

Faktor penyulit

Beberapa faktor sering kali menjadi penyulit penanganan abses peritonsil, diantaranya trismus dan penyakit sistemik (khususnya DM).

a. Trismus

Keadaan ini terjadi bila abses sudah mengenai dan menyebabkan iritasi pada muskulus pterigoid interna. Penderita menjadi sulit membuka mulut karena nyeri dan kaku. Untuk mengatasi rasa nyeri diberikan analgetik lokal dengan menyuntikkan silokain atau novokain 1% di ganglion sphenopalatinum.¹⁴

Ganglion ini terletak di bagian belakang atas lateral konka media. Ganglion sphenopalatinum mempunyai cabang saraf palatina anterior media dan posterior yang mengirimkan cabang aferennya ke tonsil dan palatum mole di atas tonsil.¹⁴

b. Diabetes Melitus (DM)

Pembedahan, betapapun ringannya merupakan sesuatu yang menakutkan bagi seorang penderita apalagi

bila ia tidak mengetahui masalahnya. Setiap orang yang mengalami atau menjalani pembedahan akan mendapatkan stres metabolik berupa asupan kalori yang berkurang karena pengaruh anestesi, trauma pembedahan ataupun diikuti oleh infeksi sebagai akibatnya. Pada penderita DM dengan operasi terencana (efektif), dapat menghabiskan kalori sebesar 10%, sedangkan pada operasi darurat bisa mencapai 40% dibandingkan dengan orang non DM yang dioperasi. Infeksi dan infark miokard, adalah dua hal yang ditakuti pada penderita DM yang mengalami pembedahan, yang merupakan akibat langsung atau tidak langsung dari hiperglikemia.¹⁸

Pengendalian gula darah perlu dilakukan sebelum pasien dioperasi. Untuk operasi darurat yang memerlukan penurunan gula darah segera, sulit didapat melalui diet atau antidiabetik oral, dapat dilakukan dengan pemberian insulin reguler.^{12,18}

Persyaratan kadar gula darah yang optimal untuk operasi masih sangat bervariasi. Pada umumnya untuk operasi terencana, kadar gula darah yang dipakai 125-150 mg%. Dan angka absolut ≤ 150 mg%. Untuk operasi darurat angka yang dianjurkan adalah ≤ 200 mg%.¹⁶

Kesimpulan

- Drainase melalui pembedahan masih merupakan terapi pilihan. Perawatan penderita pasca drainase yang dilanjutkan tonsilektomi dengan interval tonsilektomi juga merupakan tindakan pilihan.
- Tujuan tindakan drainase adalah untuk mendapatkan drainase abses yang adekuat dan terlokalisir.
- Drainase menggunakan teknik aspirasi selain untuk mendiagnosis abses peritonsil juga dapat mengurangi rasa sakit dan sebagai terapi pilihan dengan bantuan antibiotika.
- Tindakan insisi / aspirasi dan drainase dapat dilakukan dalam anestesi lokal atau umum.
- Terapi abses peritonsil melalui aspirasi jarum mulai banyak dilakukan karena mempunyai banyak kelebihan yang menguntungkan penderita.
- Tonsilektomi pada abses peritonsil dapat dilakukan pada fase akut ataupun fase tenang pasca drainase.
- Terapi antibiotika masih tetap digunakan terutama untuk mengatasi perluasan yang mungkin terjadi.
- Jenis-jenis antibiotika yang umum digunakan adalah penisilin, metronidazol, sefalosporin dan klindamisin (bakteri penghasil beta laktamase).
- Pada dasarnya penanganan abses peritonsil dengan rawat jalan merupakan penatalaksanaan yang murah dan menyenangkan pasien.
- Pilihan terakhir untuk penatalaksanaan penderita abses peritonsil tergantung pada dokter / ahli THT yang menanganinya.
- Faktor-faktor kenyamanan penderita dan biaya merupakan beberapa hal yang perlu dipertimbangkan.

Daftar Pustaka

1. Segal N, Sabri SE. Peritonsillar Abscess in Children in The Southern District of Israel. *Int Journal of Ped Otol* 2009;73:1148-50.
2. Sterreyu. Peritonsillar Abscess. <http://sterreyu.wordpress.com> last up date 09/17/2010.

3. Hanna B, Ronan MM. The Epidemiology of Peritonsillar Abscess Disease in Northern Ireland. *Journal of Infection* 2006; 52:247-53.
4. Marom T, Cinamon U. Changing Trends of Peritonsillar Abscess. *Am J of Otol HNS* 2010; 31:162-67.
5. Ellis H, editor. *Clinical Anatomy*. 11th ed. Australia: 2006: 279-80.
6. Scott BA, Stiernberg CM. Infection of the Deep Spaces of The Neck. In: Bayle BJ. editor. *Head and Neck Surgery Otolaryngology*. 3rd ed. Philadelphia; 2001 p. 701-15.
7. Weed H.G, Forest LA. Deep Neck Infection. In: Cummings CW. editors. *Otolaryngology Head and Neck Surgery*. 4th ed. Philadelphia: Pennsylvania; 2005 p.2515-24.
8. Gadre AK, Gadre KC. Infection of the Deep Spaces of The Neck. In: Bayle BJ, Johnson JT. editors. *Head and Neck Surgery Otolaryngology*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Company 2006. p.666-81.
9. Finkelstein Y, Ziv JB. Peritonsillar Abscess as a Cause of Transient Velopharyngeal Insufficiency. *Cleft Palate Craniofacial Journal*, July 1993;30:421-28.
10. Fasano J.C, Chudnofsky C. Bilateral Peritonsillar Abscesses: Not Your Usual Sore Throat. *The Journal of Emergency Medicine* 2005;29 p. 45-7.
11. Megalamani SB, Suria G. Changing Trends In Bacteriology of Peritonsillar Abscess. *Journal of Laryngol & Otol* 2008;122:928-30.
12. Repanos C, Mukherjee P. Role of Microbiological Studies in Management of Peritonsillar Abscess. *Journal of Laryngol & Otol* 2008;123:877-79.
13. Ming CF. Efficacy of Three Therapeutic Methods for Peritonsillar Abscess. *Journal of Chinese Clinical Medicine* 2006;2:108-11.
14. Badran KH, Karkos PD. Aspiration of Peritonsillar Abscess in Severe Trismus. *Journal of Laryngol & Otol* 2006;120:492-94.
15. Lyon M, Blaivas M. Intraoral Ultrasound In the Diagnosis and Treatment of Suspected Peritonsillar Abscess In The Emergency Department. *ACAD Emerg Med* 2005;12:85-8.
16. Losanoff JE, Missavage AE. Neglected Peritonsillar Abscess Resulting In Necrotizing Soft Tissue Infection of The Neck and Chest Wall. *Int J Clin Pract* 2005;59:1476-78.
17. Beriault M, Green J. Innovative Airway Management for Peritonsillar Abscess. *Cardiothoracic J Anesth* 2006;53:92-5.
18. Su WY, Hsu WC. Inferior pole Peritonsillar Abscess Successfully Treated With Non Surgical Approach In Four Cases. *Tsu Chi Med J* 2006;18:287-90.
19. Kieff, Bhattacharyya. Selection of Antibiotic After Incision and Drainage of Peritonsillar Abscesses. *Otolaryngol Head Neck Surg*.1999;120 (1):57-61.
20. Braude DA, Shalit M. A Novel Approach to Enhance Visualization During Drainage of Peritonsillar Abscess. *The Journal of Emergency Medicine* 2007;35:297-98.
21. Lehnerdt G, Senska K. Bilateral Peritonsillar Abscesses. *Eur Arc Otol* 2005;262:573-75.

