

ABSES PERITONSIL

Fandi Agus W, Dewa Artha Eka P

*Bagian /SMF Ilmu Kesehatan THT-KL Fakultas Kedokteran Universitas Udayana /
Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar*

ABSTRAK

Abses peritonsil adalah kumpulan nanah yang terdapat pada daerah peritonsil yang merupakan jaringan ikat longgar, diantara fossa tonsilaris dan muskulus konstriktor faring superior. Penyakit ini sering terjadi dan berakibat fatal bila penanganannya tidak tepat. Penatalaksanaan abses peritonsil cukup bervariasi, namun tujuan utama pengobatan tersebut adalah mengevakuasi nanah (pus) dari daerah peritonsil, mencegah kekambuhan dan mencegah terjadinya komplikasi. Dilaporkan satu kasus abses peritonsil pada wanita usia 19 tahun di Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar. Penderita mengeluh sakit tenggorokan, sakit dinding atas mulut sebelah kanan, sukar membuka mulut, mulut berbau, dan suara bergumam. Pada pemeriksaan daerah peritonsil dekstra edema, hiperemis, terdorong kedepan, dan teraba fluktuasi. Pada penderita telah dilakukan insisi drainase, pemberian cairan intravena, antibiotik, analgetik dan posisi TrendelenBerg yang memberikan hasil yang baik. [MEDICINA 2013;44:186-189]

Kata kunci: tonsilitis akut, abses peritonsil, aspirasi, insisi drainase

PERITONSILAR ABSCESS

Fandi Agus W, Dewa Artha Eka P

*Departement of Ear, Nose and Throat, Udayana University Medical School /
Sanglah Hospital, Denpasar*

ABSTRACT

Peritonsil abscess is accumulation of pus in loose connective tissue of peritonsillar area between tonsillary muscular fossa and superior pharyngeal constrictor. This condition often occur and can be fatal if the treatment is not appropriate. Management of peritonsil abscess is quite varied, but the main goal of treatment is to evacuate pus from peritonsillar area, prevent recurrence, and complication. We reported a case peritonsil abscess of a 19 years old woman in Sanglah Public General Hospital-Denpasar. The patient complained pain on her throat and superior wall of right mouth cavity, difficult to open her mouth, has bad odor, and mumbling voice. On the examination the peritonsil dextra area was edema, hyperemic, pushed forward, and there was fluctuation in palpation. The patient had been treated by incision drainage technique, intravenous fluids, antibiotic, analgesic, and position TrendelenBerg, and give good result. [MEDICINA 2013;44:186-189]

Keywords : acute tonsillitis, peritonsillar abscess, aspiration, incision drainage

PENDAHULUAN

Abses peritonsil atau dikenal dengan *Quinsy* adalah kumpulan nanah yang terdapat pada jaringan ikat longgar, diantara fossa tonsilaris dan muskulus konstriktor faring superior. Pada abad XIV gejala dari penyakit abses peritonsil ini sudah dialami oleh masyarakat Inggris, tetapi pada saat itu istilah abses peritonsil belum dikenal, begitu juga penatalaksanaannya tidak seperti saat ini. Abses peritonsil memiliki angka

kejadian yang cukup tinggi dan dapat menimbulkan komplikasi yang fatal, seperti dapat meluas ke daerah parafaring, daerah intrakranial dan bila abses tersebut pecah spontan bisa terjadi perdarahan serta terjadinya mediastinitis yang dapat menimbulkan kematian. Hal ini bisa terjadi bila penanganan yang tidak tepat dan terlambat.^{1,2}

Angka kejadian pada penyakit abses peritonsil berdasarkan usia banyak menyerang pada usia 15 tahun sampai dengan 35 tahun,

berdasarkan jenis kelamin belum ada literatur yang menggambarkan adanya perbedaan jumlah kejadian abses peritonsil pada laki-laki dan perempuan. Di Amerika Serikat ditemukan 30 kasus abses peritonsil dari 100.000 penduduk pertahun mewakili sekitar 45.000 kasus baru tiap tahunnya. Di Indonesia belum ada data tentang jumlah abses peritonsil secara pasti.^{3,4}

Penatalaksanaan abses peritonsil dilakukan insisi drainase pada daerah yang paling

lunak dan menonjol sehingga pus ke luar dari daerah peritonsil. Diberikan juga terapi IVFD D5% 20 tetes/menit, ampicilin 4 x 1 gram IV, metronidazol infus 2 x 500 mg, keterolak 3 x 1 ampul IV dan posisi TrendelenBerg. Penatalaksanaan yang tepat dapat mencegah terjadinya komplikasi dari abses peritonsil.^{5,6} Dilaporkan satu kasus abses peritonsil dekstra yang dilakukan insisi drainase di RSUP Sanglah Bali, sesudah dilakukan insisi dan drainase serta terapi sesuai di atas penderita sembuh dengan baik. Kasus ini merupakan kasus ketiga dari bulan Januari sampai bulan Agustus 2009.

ILUSTRASI KASUS

Penderita VR, wanita 19 tahun, suku Bali. Penderita datang ke poliklinik THT-KL RSUP Sanglah tanggal 7 Juli 2009 dan didiagnosis abses peritonsil dekstra. Penderita sudah berobat 2 hari sebelumnya ke dokter umum tetapi belum ada perbaikan. Selanjutnya penderita berobat ke RSUP Sanglah Denpasar.

Penderita saat itu mengeluh rasa sakit di tenggorokan sejak kurang lebih satu minggu yang

lalu. Rasa sakit di tenggorokan tambah berat sejak dua hari sebelum ke poli THT-KL. Rasa sakit juga dirasakan penderita di bagian dinding atas mulut sebelah kanan. Penderita merasa sukar untuk membuka mulut secara lebar karena kaku, mulut berbau, dan suara yang bergumam juga dikeluhkan oleh penderita. Penderita sakit tenggorok berulang. Penderita tidak sakit gigi.

Pada pemeriksaan didapatkan keadaan umum baik, kesadaran kompos mentis. Status general dalam batas normal, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 84 x/menit, respirasi 22 x/menit, temperatur 36,5 °C. Tidak ditemukan kelainan pada jantung, paru, abdomen, dan ekstremitas. Pada pemeriksaan gigi, gigi dalam batas normal.

Pada pemeriksaan telinga dan hidung tidak ditemukan kelainan. Pada pemeriksaan tenggorok ditemukan mukosa faring merah muda, tonsil T3 / T3, hiperemis, kripta kanan dan kiri melebar, detritus kanan dan kiri tidak ada, terdapat perlengketan pada tonsil dekstra. Pada daerah peritonsil dekstra tampak edema, hiperemi, dan menonjol ke bagian depan.

Uvula tidak di tengah lagi, terdorong ke bagian kiri. Daerah tersebut berfluktuasi serta terdapat warna kekuningan di bagian yang fluktuasi (**Gambar 1**). Pada bagian yang berfluktuasi tersebut pasien merasa sakit sekali. Dari hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 7 Juli 2009 didapatkan WBC : 14,100 / ul , Hb : 12,6 g/dL, MCV : 87 fL, MCH: 29 pg, Plt : 29 000 /uL.

Dilakukan aspirasi percobaan dengan spuit 10 cc pada daerah yang paling lunak dan menonjol. Sebelumnya dilakukan anestesi dengan lidokain sprai, hasil aspirasi percobaan didapatkan pus, selanjutnya dilakukan pemeriksaan biakan dan tes sensitivitas. Dari anamnesis, pemeriksaan fisik serta hasil aspirasi maka penderita didiagnosis dengan abses peritonsil dekstra. Selanjutnya dilakukan insisi dan drainase pada tanggal 7 Juli 2009 di ruang tindakan poli THT-KL sehingga pus ke luar dari daerah peritonsil dekstra. Pasien selanjutnya dirawat di RSUP Sanglah dan diberikan terapi IVFD D5% 20 tetes/menit, ampicilin 4x1 gram IV, metronidazol infus 2 x 500 mg, ketorolak 3 x1 ampul IV. Posisi Trendelen Berg.

Pada tanggal 8 Juli 2009 dilakukan evaluasi, dari hasil evaluasi di ruangan didapatkan keluhan nyeri pada tenggorokan berkurang dan edema daerah peritonsil dekstra sudah sangat berkurang. Pasien sudah bisa membuka mulut dengan normal.

Pada tanggal 9 Juli 2009 dilakukan evaluasi kembali, keluhan pasien sudah tidak ada, pasien diperbolehkan pulang. Pasien diberikan terapi siprofloksasin 2 x 500 mg dan asam mefenamat 3x 500 mg dan disarankan untuk operasi amandel. Penderita setuju dan akan kontrol ke poli THT-KL.

Pada tanggal 13 Juli 2009 penderita kontrol, keluhan tidak ada. Pada pemeriksaan didapatkan luka insisi kering,



Gambar 1. Abses peritonsil pada pemeriksaan tanggal 7 Juli 2009.

daerah peritonsil tidak edema, warna merah muda, tonsil T3/T3 merah muda, kripta melebar, detritus kanan dan kiri tidak ada, perlengketan pada tonsil kanan dan kiri tidak ada. Terapi dilanjutkan. Hasil biakan didapatkan pertumbuhan pseudomonas. Penderita disarankan kontrol tiga hari lagi.

Pada tanggal 17 Juli 2009 penderita kontrol kembali, keluhan tidak ada. Pada pemeriksaan keadaan umum baik. Daerah peritonsil tidak edema, warna merah muda. Tonsil T3/T3 merah muda, kripta tonsil kanan dan kiri melebar, detritus tidak ada, tidak ada perlengketan, lalu terapi dilanjutkan.

DISKUSI

Kasus ini menarik karena abses peritonsil memiliki angka kejadian yang cukup tinggi dan dapat menimbulkan komplikasi yang fatal, seperti dapat meluas daerah parafaring, daerah intrakranial dan bila abses tersebut pecah spontan bisa terjadi perdarahan serta terjadinya mediastinitis yang dapat menimbulkan kematian. Hal ini bisa terjadi bila penanganan yang tidak tepat. Kasus ini merupakan kasus ketiga dalam kurun waktu 8 bulan. Pada penderita abses peritonsil di RSUP Sanglah dilakukan penatalaksanaan yang telah baku sesuai protap yang ada.^{1,7,8}

Terjadinya abses peritonsil merupakan komplikasi dari tonsillitis folikularis eksudasi akut, ada juga literatur yang mengemukakan bahwa abses peritonsil terjadi karena infeksi yang bersumber dari gigi.^{8,9}

Dari literatur penderita dengan abses peritonsil mengeluh nyeri menelan yang hebat, nyeri akan bertambah hebat bila makan dan minum. Penderita juga mengeluh otalgia, muntah, mulut berbau, suara gumam, dan sukar membuka mulut.^{8,9}

Penderita saat itu mengeluh

rasa sakit di tenggorokan sejak kurang lebih satu minggu yang lalu. Rasa sakit ditenggorokan sangat terasa sekali kurang lebih dua hari sebelum ke poli THT-KL. Rasa sakit juga dirasakan penderita di bagian dinding atas mulut sebelah kanan. Penderita merasa sukar untuk membuka mulut secara lebar karena kaku, mulut berbau, dan suara yang bergumam juga dikeluhkan oleh penderita, penderita sering sakit tenggorok berulang. Penderita tidak sakit gigi.

Dari literatur disebutkan penderita dengan abses peritonsil ditandai daerah peritonsil yang menonjol atau bombans, lebih lunak, dan berwarna kekuningan. Uvula bengkak dan terdorong ke kontra lateral serta adanya peradangan tonsil atau gigi.^{10,11}

Pada pemeriksaan fisik telinga dan hidung tidak ditemukan kelainan. Pemeriksaan tenggorok ditemukan mukosa faring merah muda, tonsil T3 / T3, hiperemis, kripta kanan dan kiri melebar, detritus kanan dan kiri tidak ada, terdapat perlengketan tonsil kanan. Pada daerah peritonsil dekstra tampak edema, hiperemi dan menonjol ke bagian depan. Uvula tidak di tengah lagi, terdorong ke bagian kiri. Daerah tersebut berfluktuasi serta ada warna kekuningan di bagian fluktuasi tersebut. Pada bagian yang berfluktuasi tersebut pasien merasa sakit sekali. Dari hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 7 Juli 2009 didapatkan WBC : 14,100 /ul, Hb : 12,6 g/dL, MCV : 87 fL, MCH : 29 pg, Plt : 129 000 /uL. Rontgen thorax dalam batas normal.

Untuk penegakan diagnosis maka dilakukan aspirasi pada daerah peritonsil tersebut, yaitu pada daerah yang paling menonjol dan lunak, menggunakan jarum berukuran besar (berukuran 16-18). Sebelumnya dilakukan pembiusan dengan lidokain sprai. Apabila yang didapatkan pus pada

hasil aspirasi tersebut maka dapat ditegakkan diagnosis bahwa itu merupakan abses peritonsil.^{3,10} Pada aspirasi di daerah peritonsil dekstra didapatkan pus. Dari anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang, penderita tersebut didiagnosis abses peritonsil dekstra.

Literatur menyebutkan terapi yang diberikan yaitu cairan intravena, antibiotik, analgetik, posisi TrendelenBerg, insisi drainase dan biakan serta tes sensitivitas.^{3,12}

Pada penderita dilakukan insisi dan drainase sehingga pus ke luar dari daerah peritonsil dekstra sehingga edema pada daerah tersebut berkurang, dilakukan biakan dan tes sensitivitas. Pasien selanjutnya dirawat di RSUP Sanglah dan diberikan terapi IVFD D5% 20 tetes/menit, ampicilin 4 x 1 gram IV, metronidazol infus 2 x 500 mg, ketorolak 3 x1 ampul IV. Posisi Trendelen Berg.

Komplikasi dari abses peritonsil ini dapat meluas ke tempat lain seperti pada daerah parafaring, daerah intrakranial dan bila abses tersebut pecah spontan bisa terjadi perdarahan serta terjadinya mediastinitis.^{3,12} Pada penderita tersebut tidak didapatkan komplikasi tersebut.

RINGKASAN

Telah dilaporkan satu kasus abses peritonsil dekstra pada seorang wanita, berusia 19 tahun yang telah dilakukan tindakan insisi drainase. Pada evaluasi sesudah dilakukan insisi drainase selama dirawat di RSUP Sanglah dan ketika kontrol, abses peritonsil sembuh dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

1. Fachrudin D. Abses leher dalam. Dalam: Soepardi EA, penyunting. Buku Ajar Ilmu Kesehatan Telinga Hidung Tenggorok Kepala Leher. Edisi ke-6. Jakarta: Balai Penerbit FK UI; 2007. h. 226-8.

2. Ruckenstein MJ. Tonsilitis and complication. Dalam: Lalwani AK, penyunting. *Comprehensive Review of Otolaryngology*. Edisi ke-2. Philadelphia: Lippincott Wiliam & Wilkins; 2000. h. 136-7.
3. Hermani B. Tonsilitis pada anak dan dewasa. Dalam: Sastroasmoro S, penyunting. *HTA Tonsillitis pada Anak dan Dewasa*. Edisi ke-1. Jakarta: Departemen Kesehatan Indonesia; 2004. h. 1-24.
4. Lee KJ. Peritonsillar abscess. Dalam: Lee KJ, penyunting. *Essential Otolaryngologi Head and Neck Surgery*. Edisi ke-1. New York: Mc Graw-Hill Company; 2003. h. 440-3.
5. Sheneyder Y. Menagement adenotonsilar and peritonsillar abscesss. *Orly Journal*. 2003;40:343-6.
6. Eka P. Tonsil dan adenoid anatomi: Tatalaksana serta komplikasi. Seminar Sehari Penatalaksanaan Terkini Adenotonsilitis Kronis; 2002 11-13 Oktober; Surabaya.
7. Prijadi NJ. Diagnosis dan penatalaksanaan abses peritonsil. Dalam: Prijadi NJ, penyunting. *Pedoman dan Terapi Ilmu THT*. Padang: Balai Penerbit FK Andalas; 2001. h. 15-9.
8. Whiter GJ. Peritonsillar abscess in the pediatric population. *The Laryngoskop Journal*. 2010;110:1698-701.
9. Massadagguel Syed, Hussain Altaf, Ahmat Ishag, Mughad Shoaib. Peritonsillar cellulitis and quinsy: Clinical presentation and management. *Bagai Medical Karachi Journal*. 2009;4:1-4.
10. Steyer Terrence. Peritonsillar abscess diagnosis and treatment. *Am Famphysian Journal*. 2000;65:93-7.
11. Birbum W. Diagnosis kelainan mulut dalam. Jakarta: Penerbit EGC; 2010.
12. Handersan. Abses peritonsil. Dalam: Handerson, penyunting. *Kedokteran Emergensi*. Edisi ke-1. Jakarta: Penerbit EGC; 2009. h. 438-43.