

## PENATALAKSANAAN ABSES RETROFARING DENGAN KOMPLIKASI MEDIASTITIS DAN EMPIEMA TORAKS

Yuan Ariawan Kusuma, Bakti Surarso

Dep/SMF Ilmu Kesehatan Telinga Hidung Tenggorok  
Bedah Kepala dan Leher  
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga-RSUD Dr. Soetomo Surabaya

### PENDAHULUAN

Abses leher dalam merupakan proses infeksi lanjut yang mengenai ruangan potensial leher. Saat ini penyakit ini jarang ditemukan sejak ditemukannya antibiotika. Walaupun jarang tingkat mortalitasnya tetap tinggi. Abses leher dalam dapat berakibat fatal akibat komplikasi yang ditimbulkannya seperti mediastinitis, fasitis nekrotik, sumbatan jalan nafas dan sepsis.<sup>1,2</sup>

Abses retrofaring merupakan suatu peradangan yang disertai pembentukan nanah pada ruang retrofaring. Keadaan ini merupakan salah satu infeksi pada leher bagian dalam (*deep neck infection*). Ruang retrofaring terletak disebelah posterior faring (nasofaring, orofaring, hipofaring) dengan batas bagian anterior ialah lapisan tengah (visera) fasia leher dalam, posterior ialah lapisan alar fasia leher sedang pada lateral di dapat ruang parafaring, bagian superior ialah dasar tengkorak daerah basis osipital dan inferior ke mediastinum di tingkat bifurkasi trakea.<sup>2,3,13</sup> Sumber infeksi dapat mencakup faringitis, tonsilitis, adenoiditis, otitis, sinusitis, dan infeksi lainnya yaitu hidung, kelenjar liur atau gigi. Komplikasi abses retrofaring mengakibatkan peradangan dan kerusakan jaringan yang berdekatan. Penyebaran infeksi

ke mediastinum dapat mengakibatkan abses mediastinum, mediastinitis, perikarditis, piopneumotoraks, pleuritis atau empiema.<sup>2,3,5,7,10</sup>

Empiema toraks adalah adanya nanah di ruang pleura parietalis. Empiema toraks dapat disebabkan oleh infeksi yang berasal dari paru atau dari luar paru. Infeksi yang berasal dari paru dapat disebabkan oleh pneumonia, abses paru, fistel bronkopleura, bronkiektasis, tuberkulosis paru dan aktinomikosis paru, sedangkan infeksi yang berasal dari luar paru dapat disebabkan oleh trauma toraks, pembedahan toraks, torakosintesis, abses subfrenik, abses retrofaring, mediastinitis dan fistel esofagus pleura.<sup>4</sup>

Penanganan abses leher dalam patut mendapat perhatian, bila pengobatan terlambat atau tidak adekuat akan menimbulkan komplikasi yang berakibat fatal. Penggunaan antibiotika telah menurunkan angka kematian tetapi infeksi ini masih tetap memiliki komplikasi berat disertai tingginya mortalitas. Antibiotika dapat mengubah gambaran klinis yang ada serta perjalanan penyakit itu sendiri, dan resistensi antibiotika kadang muncul pada beberapa penderita. Dengan pemberian antibiotika saja penyakit ini belum dapat

tertanggulangi sepenuhnya sehingga diperlukan suatu tindakan operatif untuk mengeluarkan abses ini dari ruang potensial leher untuk menghindari komplikasi yang terjadi.<sup>5,6,10</sup>

Pada makalah ini dilaporkan satu kasus abses leher dalam dengan komplikasi mediastinitis dan empiema toraks dan penderita sembuh.

### LAPORAN KASUS

Seorang laki-laki, Tn. NA, umur 46 tahun datang ke IRD dr.Soetomo pada tanggal 07 September 2011 rujukan dari RS Haji Surabaya dengan keluhan utama bengkak pada leher depan sejak 2 bulan sebelumnya. Perjalanan penyakit dimulai pada bulan juli 2011 penderita berobat ke RS Adi Husada Surabaya dengan keluhan nyeri pada daerah tengkuk dan demam saat itu diberi terapi amoksisilin 3 x 500 mg dan non flamin 3 x 50 mg karena tidak ada perubahan maka penderita berobat ke bagian saraf RS Haji Surabaya dan diduga sebagai meningitis, dilakukan pemeriksaan MRI. Kemudian penderita di konsulkan ke bagian THT-KL karena leher nyeri, terasa kaku pada tengkuk dan muncul bengkak pada leher kiri. Pemeriksaan USG leher di dapatkan gambaran infiltrat kemudian dirawat selama 16 hari mendapatkan terapi ciprofloxacin 2 x 500 mg dan metronidazole 3 x 500 mg, bengkak pada leher kiri mengecil tetapi 3 hari kemudian muncul bengkak pada leher depan yang makin lama makin membesar. Bengkak pada leher depan mengempis jika dalam posisi berbaring. Penderita tidak mengeluh

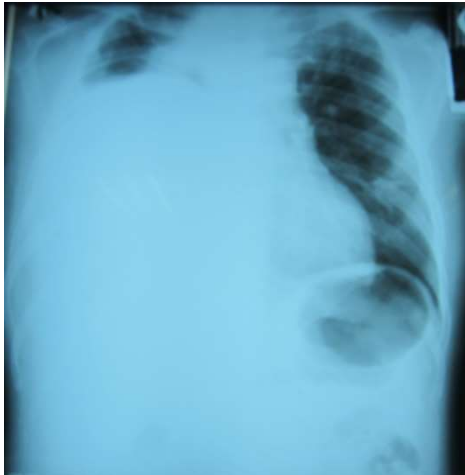
sesak napas, nyeri dada maupun demam selain itu penderita juga dapat makan dan minum seperti biasa, juga menderita DM sejak ± 8 tahun lalu tapi tidak kontrol maupun minum obat rutin. Gigi geraham kiri bawah berlubang dan goyang sejak ± 5 tahun yang lalu.

Pemeriksaan fisik tanggal 07 September 2011 tampak keadaan umum cukup, komposmentis, tekanan darah 120 / 70 mmHg, nadi 88 x / menit, frekwensi nafas 20 x / menit, suhu 36,7° C, Telinga, hidung dan tenggorok dalam batas normal. Pada daerah leher anterior didapatkan massa difus, fluktuatif, hiperemis dengan ukuran ± 20 x 15 x 5 cm dan dilakukan pungsi percobaan dengan spuit 10 cc didapatkan cairan pus dan dilakukan pemeriksaan kultur. Pada leher kiri didapatkan massa dengan konsistensi keras, batas jelas ukuran 5 x 4 x 2 cm, tidak fluktuatif dan tidak nyeri tekan.

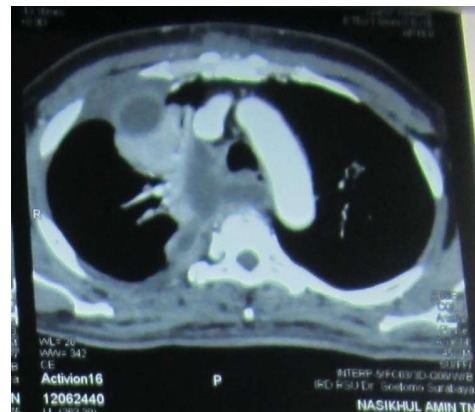
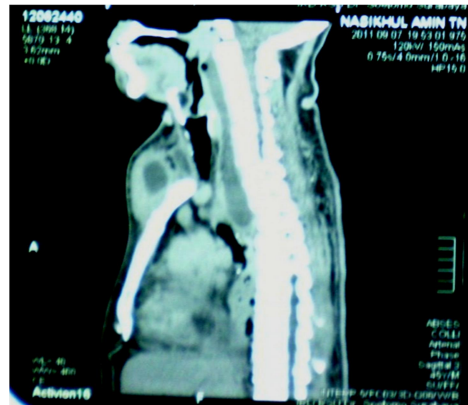


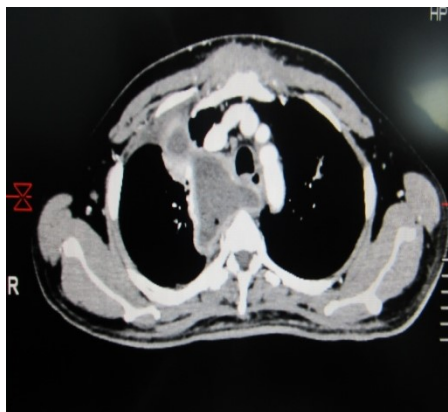
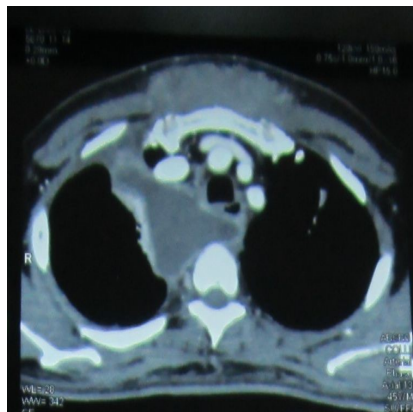
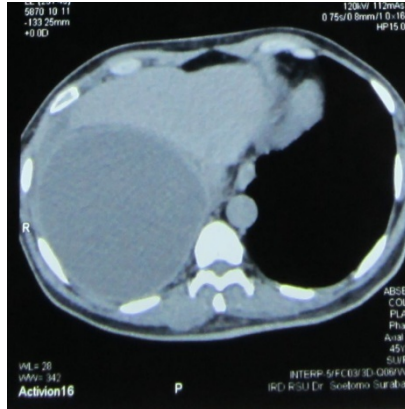


Pemeriksaan laboratorim, Hb 11,2 g/dL, leukosit 9.700/uL, trombosit 329.000/uL, albumin 2,8 g/dL, GDA 236,9 mg/dL, sedangkan pada foto toraks di dapatkan perselubungan masif dilapangan paru kanan.



Pemeriksaan MSCT Scan cervico-toraks dengan kesimpulan lesi dengan *ring contrast enhancement* di orofaring meluas ke hipofaring, retrotrakea, presternal dan mediastinum anterior, medius dan posterior serta pleura dengan *track* yang saling berhubungan melalui *retropharynx* dan *retrolaryngeal space* mengesankan suatu formasi abses dan efusi pleura kanan (empiema). Atelektasis lobus medius dan inferior paru kanan. Pada tanggal 08 September 2011 direncanakan *urgent* insisi abses.





Hasil konsultasi dengan anestesi didapatkan pasien dengan abses regio colli anterior + retrofaring + mediastinum. Pada tanggal 9 September 2011 dan tanggal 12 September 2011 di adakan diskusi yang melibatkan THT-KL, Ilmu Penyakit Paru, BTKV dan Anestesi sehubungan akan dilakukan operasi

elektif insisi abses multiple untuk drainase abses dan open mini torakotomi untuk evakuasi empiema toraks, diputuskan untuk dilakukan operasi elektif tanggal 13 September 2011 dengan general anestesi di dahului dengan bronkoskopi sebelum dilakukan operasi dan konsul bedah mulut untuk penanganan gigi yang di curigai sebagai sumber infeksi. Pada tanggal 10 September 2011 hasil Kultur pus saat di IRD dari abses colli superfisial didapatkan hasil, tidak ada pertumbuhan kuman aerob.

Pemeriksaan bedah mulut didapatkan *calculus* pada gigi bawah kanan 1,2,3,4 dan 8 serta gigi bawah kiri 1,2,3 dan 4 yang dapat dimungkinkan menjadi fokal infeksi, Gigi goyang dapat disebabkan karena adanya *resesi gingiva* dan *calculus* dan saran untuk dilakukan pembersihan karang gigi setelah operasi.

Operasi dilakukan dengan anestesi general kemudian dimulai dengan bronkoskopi dimeja operasi dan dilanjutkan dengan insisi abses colli anterior dan mediastinum anterior. Serta dilakukan mini torakotomi terbuka untuk mengeluarkan pus serta debridemen dan diakhiri pemasangan *chest tube* dan WSD + *continuous suction*.

Laporan bronkoskopi :

- Paru kiri : Bronkus utama : lumen bulat, mukosa normal. Lobus superior : lumen bulat, mukosa normal. Lingula : lumen bulat, mukosa normal. Lobus inferior : lumen bulat mukosa normal.
- Paru kanan : Bronkus utama : lumen bulat, mukosa normal.

Lobus superior : mukosa normal, tampak pendesakan ekstraluminal pada segmen apikal dan anterior. Lobus inferior : tampak penutupan total pada orifisium segmen apikobasal dan anterior. Lobus medius : tampak eliptikal narrowing karena pendesakan ekstraluminal pada segmen medial dan lateral, tampak rugae longitudinal, disini dilakukan manuver aspirasi biopsi, namun tidak didapatkan pus. FOB selesai

- Kesimpulan : Atelektasis kompresi lobus medius dan inferior paru kanan. Tidak didapatkan pus maupun fistula intraluminal, disarankan untuk dilakukan torakotomi mini terbuka.

Insisi abses leher anterior dengan insisi *Mosher*, irisan dilakukan 2 jari dibawah dan sejajar mandibula disepanjang tepi anterior m.Sternokleidomastoideus diperpanjang sampai ke arah fosa jugularis dilanjutkan membuka selubung karoris kanan, tampak sudah mengalami fibrosis dan didapatkan cairan pus sebanyak 500 ml dan ditemukan *track* ke mediastinum anterior yang sebagian sudah mengalami fibrosis sehingga sulit ditelusuri, diputuskan untuk dilakukan insisi di mediastinum anterior. Selanjutnya dilakukan torakotomi mini terbuka di ICS II dan ICS V dextra. Pada ICS II didapat *track* yang menghubungkan abses di daerah leher anterior dengan mediastinum anterior tetapi pus sudah terdrainase pada ICS V didapatkan cairan pus sebanyak 1700

ml dengan pleura parietal yang sudah menebal. Dilakukan pengambilan sampel cairan pus untuk keperluan pengecatan gram dan kultur / sensitivitas AB.

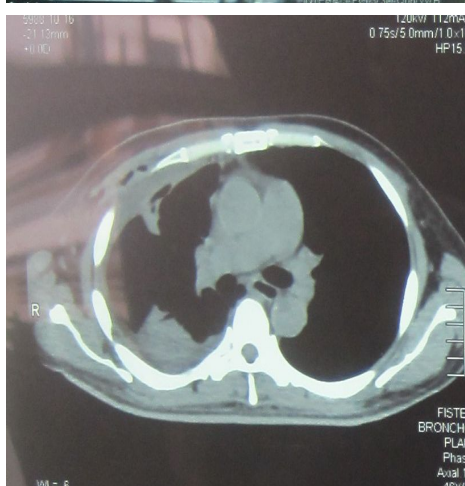
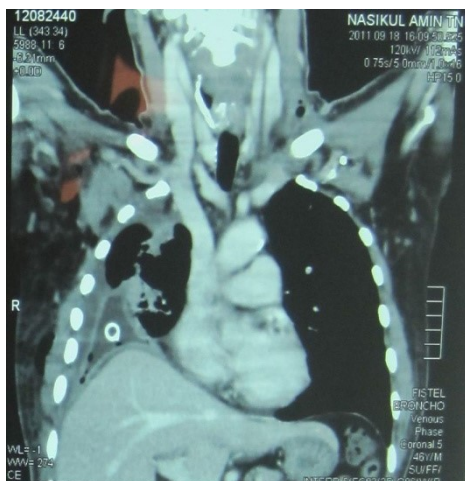
Paska operasi keadaan umum penderita baik. Penderita hanya mengeluh agak nyeri pada luka bekas operasi. Tidak didapatkan keluhan sesak napas maupun badan panas. Makan minum baik. Dilakukan pemeriksaan darah lengkap, kultur darah, kultur sputum, analisa gas darah, dan foto toraks kontrol.

Evaluasi pemeriksaan darah paska operasi tanggal 14 September 2011, Hb 8,9 g/dL, leukosit 27.100/uL, trombosit 342.000/uL, GDA 272,2 mg/dL, albumin 2,64 g/dL. Analisa gas darah : PH 7,20, pCO<sub>2</sub> 42 mmHg, pO<sub>2</sub> 116, HCO<sub>3</sub> 16,4 mmol/l, BE -11,6 mmol/l, sO<sub>2</sub> 97 %.

Terapi yang diberikan pada tahap ini adalah infus PZ + drip analgetik 21 tetes/menit, ceftriaxon 2 x 1 gr iv, metronidazol 3 x 500 mg iv, insulin 3 x 4 u sc, transfusi PRC 2 kolf, Albumin 20% 100 ml, fisioterapi dada, rawat luka dan diet TKTP.

Hasil foto toraks evaluasi tanggal 15 September 2011 : didapatkan kesan efusi pleura kanan. Pemeriksaan darah paska operasi ( tanggal 17 September 2011 ) menunjukkan perbaikan dengan Hb 10,6 g/dL, leukosit 12.600/uL, trombosit 414.000/uL, LED 10, GDA 133 mg/dL, albumin 2,9 g/dL. Pada tanggal 18 September 2011 dilakukan evaluasi MSCT Scan cervico-toraks dengan hasil : masih tampak lesi hipodense berdensitas cairan dengan gas forming di dalamnya, multiple, batas tegas tepi

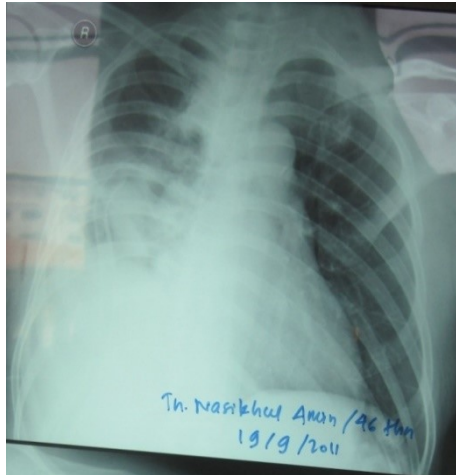
reguler, berkapsul diorofaring meluas ke hipofaring, retrofaring, retrotrakea, presternal dan mediastinum anterior, medius dan posterior dengan *track* yang saling berhubungan melalui retrofaring dan retrofaringeal space sesuai gambaran formasi abses (dibandingkan CT Scan tanggal 7 September 2011 tampak berkurang signifikan), masih tampak atelektasis lobus medius yang tampak membaik, pneumotoraks segmen lateral lobus medius paru kanan, emfisema sub kutis regio colli kanan kiri sampai hemitoraks kanan kiri dan tak tampak jelas gambaran fistel bronkopleura.



Kultur pus dari insisi abses leher superfisial dan pus dari empiema toraks yang diambil pada saat operasi didapatkan hasil : terdapat pertumbuhan kuman aerob: kuman gram negatif jenis *enterobacter*. Sensitif dengan cefoperazone-sulbactam dan cotrimoxazol. Pemberian antibiotik ceftriaxon 2 x 1 gr iv diganti dengan cefperazone-sulbactam 3 x 1 gr iv. Pada tanggal 16 September dilakukan pengulangan kultur cairan pleura, cairan dari drainase abses leher dan abses mediastinum anterior dengan hasil : *enterobacter cloacae* dan *eoromonas caviae* pada cairan pleura. Sensitif ciprofloxacin, levofloxacin, cotrimoxazol dan imipenem. Sedangkan pada cairan dari drainase leher dan mediastinum tidak didapatkan pertumbuhan kuman aerob. Hasil kultur darah juga tidak didapatkan pertumbuhan kuman. Antibiotik cefoperazone-sulbactam diganti dengan levofloxacin 1x 750 mg iv. Dilakukan juga pemeriksaan sputum BTA pada tanggal 16 - 17 September 2011 dengan hasil negatif 3x. Dari pemeriksaan sputum gram didapatkan batang gram negatif dan coccus gram positif.

Hasil analisa cairan pleura tanggal 21 September 2011 : Jumlah sel pleura 2910 sel/uL, mono nuclear 73 %, Poli nuclear 27 %, glukosa cairan pleura 17 mg/dL, protein cairan pleura 3,8 g/dL, LDH cairan pleura 4212 U/L, rivalta positif. Pengecatan BTA : tidak didapatkan adanya bakteri tahan asam, pengecatan gram : tidak didapatkan adanya kuman gram positif maupun kuman gram negatif.

Foto toraks PA dan lateral dekubitus tanggal 19 dan 23 September 2011 : mengesankan efusi pleura yang sudah mengalami organisasi.



Produksi drain cervical dan sternum semakin berkurang sehingga pada hari ke-4 paska operasi dilakukan *aff drain*. Sedangkan toraks drain dilepaskan pada hari ke-10 paska operasi walaupun paru belum mengembang sempurna karena permintaan dari penderita berhubung putrinya akan diwisuda dan penderita berniat untuk menghadiri acara tersebut. Toraks drain dilepaskan setelah dilakukan

klem 24 jam, pasien tidak sesak dan evaluasi foto toraks menunjukkan tidak ada perubahan dengan foto toraks sebelum diklem. Pada tanggal 24 September 2011 pasien dipulangkan dengan saran kontrol poli paru, BTKV, THT-KL, IPD dan bedah mulut.

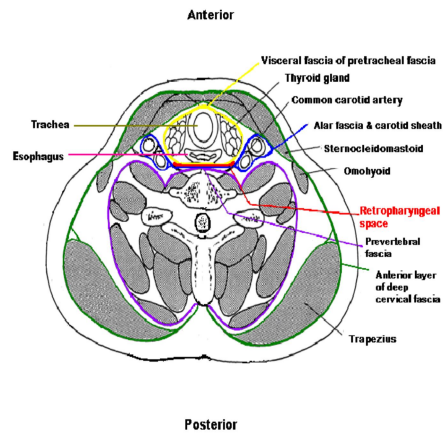
Pada tanggal 30 September dan 4 Oktober pasien datang kontrol ke poli BTKV dalam keadaan umum baik serta tidak ada keluhan. Dilakukan perawatan luka, pemeriksaan darah dan foto toraks ulang dengan hasil Hb 10,7 g/dL, leukosit 7.880/uL, trombosit 381.000 g/dL, GDA 97 mg/dL dan foto toraks evaluasi mengesankan hasil yang sama dengan foto toraks terakhir pada tanggal 23 September 2011.

## PEMBAHASAN

Abses retrofaring adalah infeksi leher dalam yang memiliki angka mortalitas tinggi, pada orang dewasa abses ini jarang terjadi, lebih sering terjadi pada anak-anak di sebabkan saat anak ruang retrofaring terisi 2-5 pasang kelenjar getah bening di kedua sisi. Kelenjar getah bening ini menampung aliran limfe yang berasal dari hidung, sinus paranasal, nasofaring, faring, tuba Eustachius dan telinga tengah.<sup>6</sup>

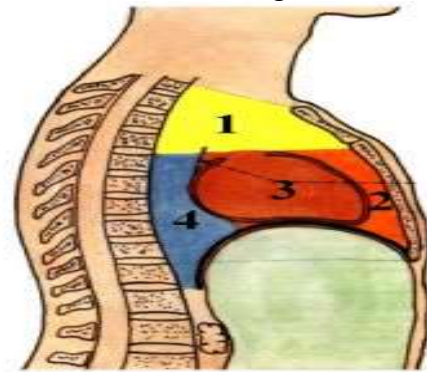
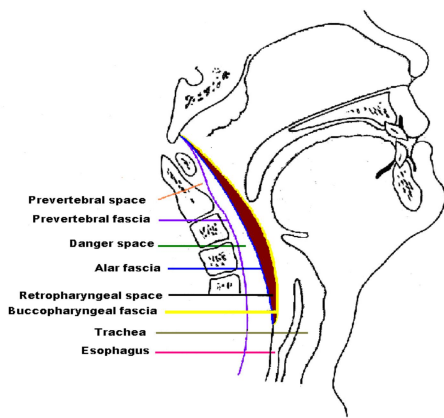
Fasia profunda leher dibagi menjadi tiga lapisan, yang pada gilirannya membagi leher dalam menjadi tiga jalan utama dimana infeksi orofaringeal dapat menyebar menuju mediastinum. Tiga lapisan itu adalah *pretracheal* atau superfisial, *viseral (lateropharyngeal)* dan lapisan prevertebral (*retropharyngeal*).<sup>1,7-9</sup> Adapun tiga jalur utama tersebut ialah, pertama adalah jalur

pretracheal, anterior trakea dan berakhir di mediastinum anterior pada tingkat karina. Ruang ini dibatasi di superior oleh kartilago tiroid dan merupakan lapisan yang paling superfisial. Kedua adalah jalur lateropharyngeal, yang memanjang dari dasar tengkorak ke lengkungan aorta dan mengalir ke mediastinum tengah. Ketiga, jalur retropharyngeal ini terletak antara esofagus dan tulang belakang dan juga disebut *pre vertebral* atau *retrovisceral space*. ruang interfasia ini dimulai pada VC 6 sampai VT1 dimana fascia alar bergabung dengan otot-otot konstriktor faring inferior dari titik ini sampai seterusnya, disebut "*danger space*". Daerah ini dibatasi oleh fascia alar pada bagian anterior dan fascia prevetebralis di posterior, terbentang dari dasar tengkorak ke diafragma, sehingga memungkinkan penyebaran infeksi ke mediastinum. Ketika infeksi mencapai tingkat ini, prognosis biasanya jelek.<sup>7,11</sup>



Gambar 1. Anatomi Leher dalam.<sup>11</sup>

Mediastinum dibatasi oleh klavikula pada bagian superior, diafragma pada bagian inferior, sternum pada bagian anterior, kolum vertebral pada posterior, dan pleura parietalis di bagian lateral. Tiga bagian besar mediastinum adalah mediastinum anterior, mediastinum medius dan mediastinum posterior. Pada mediastinum anterior terdapat lengkung aorta dan cabang, pembuluh darah besar, kelenjar getah bening dan kelenjar timus. Pada mediastinum medius berisi bronkus, jantung, perikardium dan kedua hilus paru, kelenjar getah bening, saraf phrenikus dan trakea. Pada mediastinum posterior terdapat vena azigos, aorta desenden, esofagus, kelenjar getah bening, duktus torasikus serta saraf vagus.<sup>10</sup>



Gambar 2. Anatomi mediastinum.<sup>4</sup>



Sekitar 70% dari kasus desenden mediastinitis/abses mediastinum terjadi melalui *retropharyngeal pathway* dan 8% terjadi melalui *route pretracheal*. Secara umum, abses faring menyebar ke ruang *retropharyngeal* untuk mencapai mediastinum posterior, sedangkan abses sub mandibula menyebar menuju mediastinum anterior.<sup>10,11</sup>

Ruang *retropharyngeal* dapat terinfeksi dalam dua cara. Infeksi dapat menyebar dari kawasan yang berdekatan atau bisa langsung diinokulasi dari trauma penetrasi. "Klasik" abses retrofaring diamati pada pasien anak-anak terjadi ketika infeksi saluran pernapasan atas (URI) menyebar ke kelenjar getah bening *retropharyngeal*, membentuk pus di ruang *retropharyngeal* di kedua sisi dari otot konstriktor superior. Sumber infeksi dapat mencakup faringitis, tonsilitis, adenoiditis, adenitis, otitis, sinusitis, dan infeksi lainnya (yaitu, hidung, saliva, gigi). Sumber infeksi (misalnya, osteomielitis tulang belakang) juga bisa menyebar secara langsung anterior dari ruang prevertebral.<sup>6,10,11</sup>

Empiema didefinisikan sebagai adanya nanah didalam rongga pleura. Pada umumnya penyebab empiema berasal dari penyakit yang primernya di paru. Empiema paling sering terjadi karena *lobar pneumonia* dan *bronchopneumonia* yang penanganannya tidak sempurna.<sup>4,10</sup> Empiema yang terjadi akibat perluasan infeksi dari abses retrofaring dan mediastinum sangat jarang terjadi. Hal ini terjadi lebih kepada anatomi atau struktur tubuh

yang memudahkan perluasan infeksi dan penanganan yang tidak optimal pada saat terjadi abses retrofaring sehingga timbul komplikasi ke abses mediastinum dan empiema.<sup>10</sup>

Abses retrofaring disebabkan oleh banyak organisme seperti organisme aerob (*Streptococcus β haemolitik*, *Staphylococcus aureus*), anaerob (*Bacteriodes Sp*, *Veillonella*) atau organism gram negatif (*Haemophilus parainfluenzae* dan *Bartonella henselae*).<sup>5</sup> Pemberian antibiotika sedini mungkin sangatlah penting, pada kasus ini di berikan ceftriaxon 2 x 1 gram dan metronidazole 3 x 500 mg sampai hasil kultur dan sensitivitas yang sesuai jadi, hal ini penting untuk menghindari terjadinya komplikasi lebih lanjut. Penelitian oleh Ridder *et al* terhadap 234 penderita abses leher dalam di jerman pada tahun 2005 menyatakan, bahwa tingkat kematian dari abses leher dalam sekitar 2,6% dan sebagian besar di akibatkan oleh sepsis dan MODS.<sup>12</sup>

Diabetes melitus meningkatkan kerentanan terhadap suatu infeksi, faktor-faktor yang mempengaruhi antara lain :

1. Tingginya kadar glukosa darah yang dapat menurunkan kemampuan lekosit untuk memfagositosis dan membunuh bakteri.
2. Gangguan mekanisme seluler, ditandai dengan menurunnya IgA dan IgM, defisiensi komplemen terutama C4 yang berakibat tidak bekerjanya neutrophil

dan makrofag dalam proses fagositosis.

3. Neuropati, yang berakibat menurunnya ambang nyeri sehingga penderita sering terlambat mendapatkan terapi.<sup>14</sup>

Penegakan diagnosis abses retrofaring sedini mungkin sangatlah penting. Gejala utama yang sering di keluhkan adalah demam, sulit menelan, nyeri telan, nyeri leher, terbatasnya gerak leher dan sesak nafas yang diakibatkan penekanan ke jalan nafas.<sup>8,9,11</sup> Selain itu perlu dilakukan pemeriksaan darah dan didapatkan adanya gambaran leukositosis yang menunjukkan adanya suatu infeksi tetapi tanda-tanda dari infeksi mungkin tak tampak terutama pada kondisi penekanan sistim imun seperti diabetes melitus, selain itu pemberian terapi antibiotika sebelumnya dapat menghilangkan keluhan.<sup>5,9,14</sup>

Pemeriksaan radiologi sangatlah diperlukan untuk membantu menegakkan diagnosis abses retrofaring, hal ini penting untuk membedakan antara infiltrat dan abses, serta menentukan letak abses secara tepat dan menilai perluasan ke jaringan sekitar atau ruang leher dalam lainnya.<sup>8,11,13</sup> Pada foto leher lateral jaringan lunak, didapatkan adanya penebalan jaringan lunak di anterior dari vertebra servikal atau tampak adanya gambaran *air fluid level* pada jaringan lunak retrofaring serta berkurangnya lordosis vertebra pada foto.<sup>5,13</sup> Pemeriksaan CT Scan sebaiknya dilakukan dengan kontras untuk dapat mentukan letak abses dengan tepat dan menilai perluasan

ke jaringan sekitar. Foto torak berguna untuk melihat adanya komplikasi ke mediastinum.<sup>13</sup>

Tabel 1. Tebal normal jaringan lunak daerah servikal menurut Wholey.<sup>13</sup>

	C2	C6
Anak	1-7 mm	5-14 mm
Rata-rata	3,4 mm	7 mm
Dewasa	1-7 mm	9-22 mm
Rata-rata	3,4 mm	14 mm

Penatalaksanaan abses retrofaring, sebaiknya penderita di rawat di rumah sakit, guna memperbaiki keadaan umum, bila didapatkan dehidrasi di upayakan untuk rehidrasi terlebih dahulu dan dilanjutkan *surgical drainage* dan pemberian antibiotika yang sesuai dengan hasil kultur kuman dan tes kepekaan. Tindakan trakeotomi dilakukan bila didapat tanda-tanda sumbatan jalan nafas atas.<sup>5,11-13</sup>

Pada penderita ini diagnosa abses retrofaring ditegakkan dengan adanya keluhan leher nyeri, terasa kaku pada tengkuk dan muncul bengkak pada leher kiri dan riwayat demam. Pada pemeriksaan fisik didapatkan massa difus, fluktuatif, hiperemis dengan ukuran  $\pm 20 \times 15 \times 5$  cm pada daerah leher anterior dan dilakukan pungsi percobaan dengan spuit 10 cc didapatkan cairan pus. Pada leher kiri didapatkan massa dengan konsistensi keras, batas jelas ukuran  $5 \times 4 \times 2$  cm, tidak fluktuatif dan tidak nyeri tekan. Pada pemeriksaan laboratorim, leukosit yang meningkat, albumin rendah, dan gula darah yang meningkat. Pada foto toraks di dapatkan perselubungan masif dilapangan paru kanan dan gambaran CT Scan didapat adanya lesi dengan *ring*

*contrast enhancement* di orofaring meluas ke hipofaring, retrotrakea, presternal dan mediastinum anterior, medius dan posterior serta pleura dengan *track* yang saling berhubungan melalui *retropharynx* dan *retrolaryngeal space* mengesankan suatu formasi abses dan efusi pleura kanan (empiema) dan atelektasis lobus medius dan inferior paru kanan.

Penyebab dari abses retrofaring diduga berasal dari infeksi gigi, dimana pada penderita didapatkan gigi berlubang dan gigi goyang sejak  $\pm$  5 tahun dengan penyakit komorbid diabetes melitus.

Penatalaksanaan abses retrofaring pada penderita ini telah dilaksanakan sebagaimana seharusnya, dimana telah dilakukan pungsi aspirasi abses dan dilanjutkan dengan pemeriksaan kultur, insisi abses dan pemberian antibiotika. Pada kultur awal tidak didapatkan adanya kuman dimungkinkan karena penderita sudah mendapat terapi antibiotika sebelumnya atau disebabkan cara pengambilan dan pengiriman spesimen yang kurang benar.<sup>5</sup> Dari kultur pus saat operasi didapatkan pertumbuhan kuman aerob jenis *enterobacter*. Murray dan kawan-kawan mengutip penelitian yang dilakukan Asmar tahun 1990, dari pemeriksaan kultur pada abses retrofaring didapatkan hasil gambaran kuman campuran aerob dan anaerob pada 90% penderita dan kuman aerob didapat pada semua hasil kultur.<sup>7</sup>

Pada kasus abses retrofaring ada beberapa hal yang harus diperhatikan yaitu kontrol dan proteksi jalan nafas dan drainase bedah. Pada penderita yang didapat

adanya sumbatan jalan nafas akibat penekanan akibat abses retrofaring atau kemungkinan terjadi udim pada jalan nafas akibat tindakan bedah dapat dilakukan trakeotomi.<sup>1</sup> Pada kasus ini tidak dilakukan trakeotomi karena tidak didapat adanya keluhan sesak. Drainase bedah dilakukan bertujuan untuk mengatasi komplikasi dan mengantisipasi kemungkinan komplikasi yang terjadi.<sup>7,8,11,12</sup> Pada kasus ini dilakukan dua tindakan bersama-sama, insisi *Mosher* untuk drainase abses retrofaring dan torakotomi mini terbuka untuk drainase abses di mediastinum. Sebelumnya dilakukan pemeriksaan bronkoskopi guna melihat adakah fistel bronkopleura selain itu guna menentukan lokasi torakotomi mini terbuka.

Pemberian antibiotika sebaiknya diberikan sedini mungkin dalam dosis yang adekuat berdasarkan gambaran kuman yang tersering sambil menunggu hasil kultur dan uji resistensi.<sup>11,13</sup> Mayoritas infeksi diakibatkan kuman campuran aerob dan anaerob sehingga diperlukan perlindungan antibiotika dengan spektrum luas. Beberapa peneliti memulai terapi dengan sefalosporin generasi ketiga yang di kombinasi dengan metronidazole yang bekerja pada kuman anaerob.<sup>11</sup>

## KESIMPULAN

1. Telah dilaporkan satu kasus abses retrofaring diduga berasal dari infeksi gigi dengan komplikasi mediastinitis dan empiema disertai penyakit diabetes melitus.

2. Penegakan diagnosis abses retrofaring sedini mungkin sangatlah penting untuk menghindari mortalitas yang diakibatkan oleh abses itu sendiri ataupun komplikasi yang diakibatkan.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Porter MJ, Hasselt CA. Deep neck space infections in seminar in otorhinolaryngology. *J Hong Kong Med Assoc.* 1992; 1-4
2. Acerendo SL. Pediatric retrofaryngeal abscess. *Medscape.* (Updated: July 22<sup>nd</sup>, 2011). Available from: <http://www.emedicine.com/article/995851-overview>. Accessed Desember 20, 2011
3. Lee KJ, Byrne MN. Neck spaces and fascial planes. In: Lee KJ, eds. *Essential Otolaryngology Head & Neck Surgery.* 8<sup>th</sup> ed. New York: The Mc Graw-Hill co; 2003: 422-38
4. Alsagaff H, dkk. Empiema toraks. *Dasar-dasar Ilmu Penyakit Paru* 2002; 155-56
5. Harkani A et al. Retropharyngeal abscess in adult : five case report and review of the literature (Update : June 3<sup>rd</sup>, 2011). *J TheScientific World*, vol.11,2011, pp1623-29
6. Fachrudin D. Abses leher dalam. Dalam : Soepardi EA, Iskandar N, ed. *Buku Ajar Ilmu Kesehatan Telinga Hidung Tenggorok Kepala Leher.* Edisi 5. Jakarta: Balai Penerbitan FKUI; 2001 : 185-89
7. Murray AD, Meyers AD. Deep neck infection (Update November 18, 2009). Available from : <http://www.emedicine.medscape.com/article/837048-overview>. Accessed Desember 20, 2011
8. Shin EJ. Parapharyngeal space neoplasms & deep neck space infection. In: Lalwani AK, eds. *Current Diagnosis & Treatment in Otolaryngology Head & Neck Surgery.* Int ed. New York: The Mc Graw-Hill co; 2004: 368-71
9. Roland NJ, McRae RDR, McCombe AW. Neck space infection. In: *Key Topics in Otolaryngology.* 1<sup>st</sup> ed. BIOS Scientific Publishers Ltd; 1995: 186-88
10. Watanabe M, Ohshika Y, Aoki T, et al. Empyema and mediastinitis complicating retrofaryngeal abscess. *Thorax* 1994; 49:1179-80
11. Lazow SK. Orofacial infection in the 21<sup>st</sup> century. *J Oral Maxillofac Surg*, 2005; 36-41
12. Ridder GJ, Technau-Ihling K, Sander A, Boedeker CC. Spectrum and management of deep neck space infection : an 8-year experience of 234 cases. *Otolaryngology-Head & Neck Surgery*, vol 133, 2005, pp. 709-714
13. Fachrudin D.R. Abses retrofaring. Dalam : Soepardi E.A, Hadjat F, Iskandar N.A, ed. *Penatalaksanaan penyakit dan kelainan telinga hidung tenggorok.* Edisi 3. Jakarta: Balai Penerbitan FKUI; 2002 : 250-55
14. Soeatmadji D.W. Diabetes mellitus dan infeksi. Dalam : Noer H.M, Waspadji S,

Rachman A.M et al, ed. Buku  
ajar ilmu penyakit dalam jilid  
1. Edisi 3. Jakarta : Balai

Penerbitan FKUI; 1996 : 685-  
91