

[Case Report]

Penegakan Diagnosis Disfagia Pada Pasien (Tetanus, Kanker Eshophagus, Tb Laryng Dan Abses Retrofaringeal) Di Rsud Karanganyar

Diagnosis of Dyphagia in Patients (Tetanus, Eshophagus Cancer, Tb Laryng And Retropharyngeal Abscess) In Karanganyar Hospital

Layli Nur Arianti¹, Faiz Maulana², Iwan Setiawan Adji³

¹Departemen Umum, RSUD Panembahan Senopati Bantul

²Pendidikan Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Surakarta

³Departemen Telinga, Hidung, dan Tenggorokan – Kepala Leher, RSUD Karanganyar
Korespondensi: dr. Layli Nur Arianti. Alamat email: j500170048@student.ums.ac.id

ABSTRAK

Latar Belakang: Disfagia didefinisikan sebagai gangguan pergerakan bolus dari mulut ke lambung akibat kelainan pada struktur penting untuk menelan atau fungsinya. Disfagia dibedakan menjadi disfagia orofaringeal dan faringeal. Prevalensi disfagia pada populasi umum sekitar 15-22%. Sebagian besar diderita usia lebih dari 50 tahun. **Tujuan:** Menambah referensi mengenai kasus disfagia dalam berbagai kasus beserta tatalaksananya. **Laporan Kasus:** Kami laporkan empat kasus disfagia, kasus pertama disfagia pada kasus tetanus, kasus ke dua disfagia pada kanker esofagus, kasus ketiga disfagia pada infeksi. Tuberkulosis dan kasus keempat kasus disfagia karena abses retrofaring **Metode:** Penelusuran artikel jurnal dan literatur melalui search engine Google scholar, ORLI, PUBMED, dan NCBI. **Kesimpulan:** Kasus disfagia membutuhkan penegakan diagnosis yang mendalam agar disfagia dapat tertangani dengan tepat sesuai etiologinya.

Kata Kunci: Disfagia, Tetanus, kanker eshophagus, Abses leher, Tuberkulosis Laring

ABSTRACT

Background: Dysphagia is defined as impaired movement of the bolus from the mouth to the stomach due to abnormalities in the structures essential for swallowing or their function. Dysphagia is divided into oropharyngeal and pharyngeal dysphagias. The prevalence of dysphagia in the general population is around 15–22%. Most of them are over 50 years old. **Purpose:** Adding references regarding cases of dysphagia in various cases and their management. **Case Report:** We report four cases of dysphagia: the first case of dysphagia in a tetanus case, the second case of dysphagia in esophageal cancer, and the third case of dysphagia in an infection. Tuberculosis and the fourth case of dysphagia due to a retropharyngeal abscess **Method:** Search of journal articles and literature through search engines such as Google Scholar, ORLI, PUBMED, and NCBI. **Conclusion:** Dysphagia cases require an in-depth diagnosis so that dysphagia can be treated appropriately according to its etiology.

Keywords: Dysphagia, Tetanus, eshophageal cancer, Absces Neck, Tuberkulosis Laring

PENDAHULUAN

Disfagia adalah istilah medis yang menggambarkan gangguan menelan. Disfagia didefinisikan sebagai gangguan pergerakan bolus dari mulut ke lambung akibat kelainan pada struktur penting untuk menelan atau fungsinya. Disfagia dibedakan menjadi disfagia orofaringeal dan faringeal. Sebagian besar pasien dengan keluhan disfagia mengalami kesulitan menelan pada fase orofaringeal. (Aslam, 2013) Prevalensi disfagia pada populasi umum sekitar 5-8%. Prevalensi disfagia pada kelompok pasien kelainan serebrovaskular sekitar 30%, pasien penyakit parkinson 52-82%, penyakit alzheimer 84%, pasien kanker faring 50,9%, pasien kanker laring 28.6%, pasien tumor kepala leher yang menjalani operasi dan radioterapi atau kemoterapi 50.6% serta refluk laringofaring 13,5%. Disfagia terjadi pada lebih dari 40% populasi orang dewasa usia lebih 65 tahun dan sekitar 60% pasien usia lanjut. Terdapatnya disfagia dapat mengakibatkan terjadinya malnutrisi, dehidrasi, infeksi saluran napas, bertambahnya jumlah hari rawat inap, dan

bahkan kematian; oleh sebab itu, diagnosis dan penanganan dini terhadap disfagia sangat penting. (Iqbal, 2014) Gangguan disfagia dapat disebabkan karena gangguan organik seperti tumor dan trauma, tetapi banyak pasien menderita gangguan fungsional setelah penyakit stroke dan neuromuskular. Penggunaan selang nasogastric dapat menyebabkan gangguan menelan secara iatrogenik. Beberapa kasus melaporkan bahwa disfagia disebabkan oleh lesi di korteks insular. (Fujishima, 2023).

METODE

Metode Penelusuran Bukti dengan strategi pencarian literature dilakukan melalui search engine Google scholar, ORLI, PUBMED, dan NCBI dengan kata kunci: “Dysphagia” ”dysphagia tetanus” dysphagia esophageal cancer” dysphagia tb laring” dysphagia abscess neck”, “ Tuberkulosis Laring” AND “Tetanus”, “Abscess neck”, ”Esophageal cancer” AND “management”. Penelusuran literatur dibatasi pada 10 tahun terakhir penerbitan (2013 – 2023).

HASIL DAN PEMBAHASAN

HASIL

Kami laporkan empat kasus disfagia dalam berbagai kondisi. Pasien pertama Tn. KW, usia 74 tahun, keluhan utama kesulitan menelan 1 minggu, hanya bisa menelan makanan dengan konsistensi lembut, keluhan juga disertai nyeri tenggorokan, trismus, disfonia, keluhan lain pada mulut didapatkan adanya kista pada buccal mukosa, perut papan (defans muskuler) dan konstipasi selama 4 hari.

Pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi. Kondisi pasien compos mentis (E4V5M6) dengan tekanan darah 126/81 mmHg, nadi 89 kali/ menit, suhu 36,4 °C, respirasi rate 20 kali/menit dan SpO2 98 %. Pada pemeriksaan status THT didapatkan tenggorokan didapatkan benjolan/ kista sebesar jempol dan karies pada gigi belakang, pemeriksaan faring dan laring tidak dilakukan, untuk pemeriksaan leher dalam batas normal. Pada pemeriksaan hidung dalam batas normal. Pada pemeriksaan telinga dalam batas normal.

Pemeriksaan Penunjang, hasil laboratorium darah HB 15.3, Hematokrit 47.3, AL 10.91, AT 337, AE 4.4, NLR 3.73, Ureum 41, kreatinin 1.37. Hasil pemeriksaan radiologi, ct-scan laring tidak dilakukan pemeriksaan. Foto X-ray thoraks tidak dilakukan, sedangkan pada pemeriksaan endoskopi tidak terdapat kelainan seperti udem, peradangan, tetapi pada tenggorokan terdapat kelemahan saat menelan yang mengarah pada gangguan neurologis yang diakibatkan oleh tetanus spasme pada otot laring, kemungkinan disfagia et causa tetanus. Sehingga pasien diberikan tatalaksan meliputi Infus RL/24jam, Meropenem/8jam, Metronidazole/8jam,



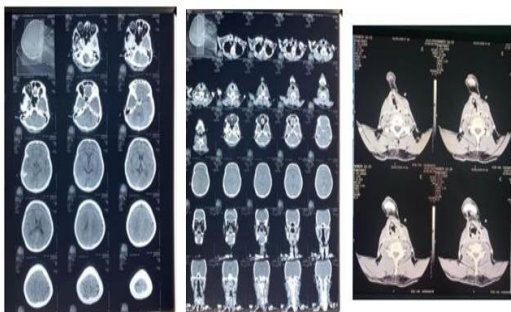
Gambar 1. Endoskopi pada pasien tetanus

Santagesik/8jam, Dexametasone/8jam, OMZ/12jam.

Kasus ke dua laki – laki usia 66 tahun. Keluhan utama tidak bisa menelan

sudah 4 hari. Pasien tersebut tidak bisa menelan makanan maupun minuman, pasien juga mengeluh, batuk, disfonia. Keluhan di bagian hidung maupun telinga tidak ada. Riwayat penyakit komorbid tidak ada.

Kondisi pasien composmentis (E4V5M6) dengan tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 80 kali/ menit, suhu 36,3 °C, respirasi rate 20 kali/menit, SpO2 98 %. Pemeriksaan Status THT didapatkan hasil tenggorokan dalam batas normal, faring dan laring dalam batas normal. Leher dan hidung dalam batas normal. Pemeriksaan telinga dalam batas normal. Pemeriksaan penunjang dari laboratorium didapatkan hasil, HB 14.6, Hematokrit 42.3, AL 15.92, AT 317, AE 4.92, NLR 7.45, ureum 55, kreatinin 1.03, Pemeriksaan Radiologi CT-Scan kepala tidak didapatkan tanda tanda



Gambar 2. Kiri: CT Scan kepala; Tengah dan kanan : CT Scan Laring

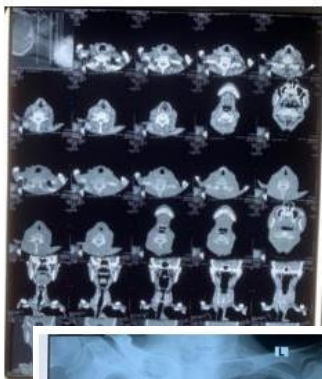
Pemeriksaan CT-Scan laring pasien didapatkan masa amorf irreguler di regio laryopharing setinggi vertebra cervical 5-6 dengan ukuran lesi (2,4x2,4x2,8) dengan gambaran obstruksi parsial yg mengarah malignancy. Pemeriksaan Endoskopi didapatkan penekanan masa pada bawah kiri esofagus yang mengarah pada tumor/kanker esofagus. Pasien ini diberikan tatalaksana



Gambar 3. Endoskopi pasien kanker esofagus

Infus RL/24jam, Ceftriaxon/12 jam, Mecobalamin/24jam.

Pasien ketiga Tn. Pb usia 60 tahun dengan keluhan utama sulit menelan 1 bulan, keluhan muncul selama makan dan minum serta saat pasien mengonsumsi makanan yang keras maupun lunak, namun tidak tersedak. Keluhan lainnya yakni batuk, disfonia serta sakit dada, berat badan menurun, sesak dan keringat dingin malam



(+),

hari.
Keluhan
hidung dan
telinga
tidak ada.
Riwayat
Komorbid:
Hipertensi
pasien
memiliki
kebiasaan merokok 1 bungkus sehari. Pada
pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum
tampak sakit, kesadaran compos Mentis
(E4V5M6) dengan vital sign tekanan darah
180/90 mmHg, nadi 143 kali/ menit, suhu
37.3 °C, respirasi rate 16 kali/menit, SpO2
92 %. Pemeriksaan status THT,

penunjang laboratorium didapatkan hasil
HB 12.7, Hematokrit 38.1, AL 13.80, AT
359, AE 4.71, NLR 5.01, Ureum 54,
kreatinin 1.38 dan GDS 112. Radiologi
yakni ct-scan laring didapatkan dalam batas
normal.

Foto X-ray thoraks didapatkan

Gambar 4. CT scan laring pasien.

gambaran corakan vaskuler tampak
meningkat disertai bercak-bercak pada
kedua lapangan paru yang mengarah ke
tuberkulosis paru.



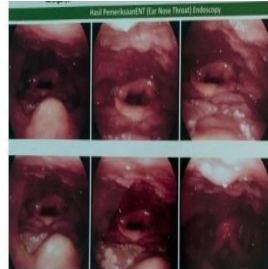
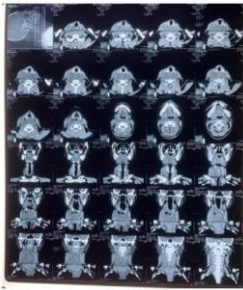
tenggorokan dalam batas normal.
Pemeriksaan faring dan laring tidak
dilakukan. Pemeriksaan leher, hidung dan
telinga dalam batas normal. Pemeriksaan

Endoskopi: Pada endoskopi
terdapat gambaran Rat-Bite yang mengarah
ke peradangan.

Pasien ini di diagnosis dengan
disfagia et causa infeksi tuberculosis dan

Gambar 5. Thorax foto dan Endoskopi pasien TB laring

diberikan tatalaksana yakni, Infus RL/24jam, injeksi ceftriaxone/12jam, injeksi sohobion/24jam, injeksi santagesik/8jam ,injeksi omeprazol/12jam, lisinoprol 1x10mg, amlodipin 1x10mg, nace200mg/8jam, solvinex/8jam, dan



pemberian terapi dengan RHZE 450/300/1000/10001x1

Kasus keempat yakni Tn. K usia 49 tahun dengan keluhan utama sulit menelan onset 3 minggu ini muncul selama makan dan minum, sulit menelan dirasakan ketika menelan makanan yang keras maupun yang lunak namun tidak sampai tersedak. Keluhan disertai sulit nyeri tenggorok, nyeri telan. Keluhan telinga dan hidung dalam batas normal. Riwayat Penyakit dahulu tidak ada. Pemeriksaan fisik pasien didapatkan hasil, keadaan umum tampak

sakit compos mentis (E4V5M6) dengan tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 85 kali/menit suhu 36,6 °C, respirasi rate 20 kali/menit, SpO2 98 %. Pemeriksaan status THT, tenggorokan dalam batas normal,



Gambar 6. Foto klinis pasien abses leher
Gambar 7. Kiri : Ct scan laring pasien abses leher;
Kanan: Endoskopi pasien abses leher

faring dan tidak dilakukan. Leher terdapat benjolan, hangat dan nyeri.

Pasien tatalaksana pasien diatas infus RL/24jam, meropenem/8jam, metronidazole/8jam, santagesik/8jam, dexametasone/8jam, omz/12jam.

PEMBAHASAN

Pada Kasus pertama didapatkan pasien mengeluhkan sulit menelan sejak 1 minggu yang lalu dan dirasakan tiba-tiba serta terus menerus, pasien hanya dapat mengkonsumsi makanan dengan konsistensi lembut. Pasien mengaku pernah terkena

pecahan kaca pada kaki kanan saat berkebum. Keluhan lain didapatkan nyeri tenggorokan, suara serak, trismus atau kaku leher dan juga defans muskuler atau perut papan sejak awal masuk rumah sakit. Dari hasil anamnesis tersebut, pasien didiagnosis disfagia *et causa* tetanus.

Penyakit tetanus merupakan suatu infeksi yang disebabkan *Clostridium Tetani* yang tersebar luas di tanah, kotoran dan debu. (Bae C, 2022). *Clostridium Tetani* sangat kuat dan dapat bertahan hidup pada kondisi ekstrim untuk waktu yang lama. *Clostridium Tetani* masuk ke tubuh setelah terkontaminasi dengan luka tusukan kecil, meskipun, dalam 20% kasus, tidak ditemukan adanya luka tusukan. *Clostridium Tetani* juga masuk melalui kulit bisul, abses, gangren, luka bakar atau luka setelah operasi perut/panggul, persalinan dan aborsi. (Magighian A, 2021). Masa inkubasinya antara 3 dan 21 hari (rata-rata 7 hari). Manifestasi klinis tetanus disebabkan oleh tetanospasmin, yang dilepaskan oleh basil tetanus saat masuk ke dalam tubuh. Gejala timbul 1-2 minggu

setelah infeksi. Tetanospasmin adalah neurotoksin yang sangat kuat; diperkirakan hanya 240 g saja sudah cukup untuk membunuh seluruh populasi dunia. Toksin menyebar ke dalam sistem saraf neuromuskular. Penyebaran lebih lanjut terjadi secara trans- sinaptik ke saraf motorik dan otonom yang berdekatan. Tetanospasmin memberikan efeknya dengan membelah synaptobrevin, membrane yang terkait vesikel protein yang penting untuk pelepasan neurotransmiter. Tetanospasmin, mencegah pelepasan glisin dan asam g-amino butirat (GABA). Ketika interneuron menghambat motor alfa, neuron terpengaruh yang mengakibatkan kegagalan untuk menghambat refleks motorik. Hal ini menyebabkan peningkatan otot dan kekakuan, diselingi dengan tiba-tiba dan kejang otot. Otot-otot wajah terpengaruh lebih awal karena dari jalur aksonal pendeknya. (Callison, 2022)

Tetanus memiliki gambaran klinis dengan ciri khas trias rigiditas otot, spasme otot, dan ketidakstabilan otonom. Gejala awalnya meliputi kekakuan otot yang lebih

dahulu terjadi pada kelompok otot dengan jalur neuronal pendek. Oleh karena itu, gejala yang tampak pada lebih dari 90% kasus saat masuk rumah sakit adalah trismus, kaku leher, dan nyeri punggung. Keterlibatan otot-otot wajah dan faringeal menimbulkan ciri khas risus sardonicus, sakit tenggorokan, dan disfagia. (Bae C, 2022).

Pada kasus pertama didapatkan perbaikan setelah 4 hari perawatan dengan pemberian obat. Pasien ini di rawat di bangsal isolasi. Terapi yang diberikan pertama kali berupa Infus RL/24jam, Tetragam 1amp, Ceftriaxon 1gr/amp, dan diazepam drip, lalu diganti Meropenem/8jam, Metronidazole/8jam, Santagesik/8jam, Dexametasone/8jam, Omeprazole/12jam untuk mengurangi gejala pada pasien, hal ini sesuai dengan rekomendasi dari WHO yakni dengan perawatan di bangsal isolasi, pemberian TIG 500 unit secara iv/im, pemberian antibiotika seperti metronidazole, penisilin dan sefalosporin, obat kontrol spasme seperti benzodiazepine atau diazepam, dan

pemantauan berkala apakah ada distress pernafasan. Kunci tatalaksana pasien tetanus yakni, sedasi dan paralisis spasme ototnya, debridement luka, antibiotik untuk netralisasi toksin yang beredar di sirkulasi, serta dapat dilakukan perawatan suportif di ICU. (Rodrigo, 2014)

Pada kasus kedua pasien mengeluhkan tidak bisa menelan sejak 4 hari yang lalu. Pasien mengaku keluhan dirasakan tiba-tiba dan terus menerus. Pasien tidak dapat mengkonsumsi makanan dengan konsistensi lembut, keras termasuk air putih. Pasien tersebut mengeluh setelah makan risol kemudian muntah dan setelah 2 hari pasien meneguhkan tidak bisa menelan. Keluhan lain didapatkan hipersaliva, batuk dan tersedak. Dari hasil anamnesis tersebut, kemungkinan diagnosa pada pasien ini adalah disfagia *et causa* tumor.

Kanker esofagus adalah pertumbuhan sel ganas yang terjadi di kerongkongan (esofagus). Esofagus merupakan saluran yang mengalirkan makanan dari mulut ke lambung.

Esophageal cancer atau kanker esofagus bisa dialami oleh semua orang, tetapi lebih banyak dialami pria yang berusia 40 - 70 tahun. (Harada, 2022)

Gejala-gejala kanker esofagus meliputi. Nyeri ulu hati, nyeri di tenggorokan atau di belakang tulang dada, batuk kronis yang terjadi terus menerus, sulit menelan (disfagia), penurunan berat badan secara drastis, batuk berdarah atau muntah darah dan BAB berdarah atau berwarna gelap. Penyebab kanker esofagus belum dapat dipastikan. Namun, kanker ini diduga muncul karena sel-sel di dalam kerongkongan mengalami perubahan atau mutasi genetik, sehingga tumbuh secara tidak normal dan tidak terkendali. Sel abnormal tersebut menumpuk hingga membentuk tumor di dalam kerongkongan. Meskipun penyebabnya belum diketahui secara pasti, ada beberapa kondisi yang dapat meningkatkan risiko seseorang mengalami kanker esofagus, antara lain. Merokok. Kandungan racun dan senyawa berbahaya pada rokok dapat menyebabkan iritasi pada lapisan esofagus, sehingga

meningkatkan risiko terjadinya kanker esofagus. Faktor resiko lainnya meliputi konsumsi alkohol yang berlebihan, karena alkohol dapat membuat saluran esofagus mengalami iritasi dan peradangan yang bisa memicu pertumbuhan sel abnormal. GERD juga dapat menyebabkan kelainan pada esophagus, seperti *Barret's esophagus*, serta obesitas. (Liang, 2018)

Pada pemeriksaan awal, dokter dapat mendiagnosis kanker esofagus dengan melakukan anamnesis kepada pasien mengenai keluhan saat pemeriksaan dan riwayat kesehatannya. Selanjutnya, dilakukan pemeriksaan fisik dan beberapa pemeriksaan penunjang. Pemeriksaan penunjang tersebut meliputi endoskopi. Endoskopi dilakukan untuk mengetahui keberadaan kanker pada saluran esophagus. Pada endoskopi didapatkan masa pada kiri tenggorokan, yang menyebabkan penekanan sehingga menyebabkan gangguan menelan. Pemeriksaa lainnya yakni dengan foto Rontgen, dengan meminum zat pewarna (kontras), yang akan memvisualisasikan saluran esophagus. Pada

pasien didapatkan masa amorf irreguler di regio laryopharing setinggi vertebra cervical 5-6 dengan ukuran lesi (2,4x2, 4x2,8) dengan gambaran obstruksi parsial yg mengarah gambaran *malignancy*. Pemeriksaan selanjutnya dilakukan biopsi. (LA yanti, 2022)

Pada pemeriksaan biopsi, dilakukan pengambilan sampel jaringan esophagus untuk dilakukan pengecekan lanjutan di laboratorium. Tujuan pemeriksaan biopsi adalah untuk mengetahui keberadaan sel kanker. Setelah memastikan keberadaan sel kanker, dapat dilakukan pemeriksaan lain untuk mengetahui stadium dan penyebaran kanker. Pada pasien tidak ditemukan sesak napas, demam, mual muntah, pingsan, lemah pada anggota gerak dan tidak ada keluhan seperti ini sebelumnya, riwayat penyakit hipertensi, diabetes dan stoke juga disangkal. Pada pemeriksaan fisik dalam batas normal. Setelah 6 hari dilakukan terapi, terdapat progressifitas yang signifikan, yakni pasien bisa menelan sedikit dan tidak tersedak dengan pemberian obat. Terapi yang diberikan Infus

RL/24jam, Ceftriaxon/12 jam, Mecobalamin/24 jam. Setelah 7 hari pasien dirujuk untuk mendapatkan penanganan pemeriksaan lebih lanjut.

Pada Kasus Ketiga yakni kasus Tuberkulosis (TB). Tuberkulosis dianggap sebagai penyakit pernapasan, dengan penularan terjadi melalui droplet pada oleh Mycobacterium TB (Iqbal, 2014). Kami mempresentasikan kasus seorang pria lanjut usia dengan keluhannya nyeri telan, nafsu makan turun, dan penurunan berat badan. Pada evaluasi lebih lanjut, ditemukan lesi laring dan biopsi dari lesi ini menunjukkan infeksi Mycobacterium TB.

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) memperkirakan bahwa sekitar 10 juta orang menjadi sakit dengan TB yang baru didiagnosis pada tahun 2019, dengan 1,4 juta kematian (208.000 di antaranya adalah *human immunodeficiency virus* (HIV) positif). Ada 30 negara yang dianggap sebagai “negara dengan beban TB tinggi” yang menyumbang 87% dari kasus dunia. Dari 30 negara ini, India, Indonesia, Cina, Filipina, Pakistan, Nigeria,

Bangladesh, dan Afrika Selatan menyumbang dua pertiga dari total kasus, dalam urutan menurun. Menurut data laporan WHO yang sama, telah terjadi penurunan kumulatif 9% dalam kejadian TB di seluruh dunia antara tahun 2015 dan 2019 (Dheda, 2016). Di masa lalu, TB laring adalah presentasi yang lazim, terjadi di mana saja dari 35%-83% kasus berdasarkan hasil otopsi (Jones, 2013). Prevalensi TB laring, mewakili sekitar 1% dari kasus TB di zaman modern, telah menurun di Amerika Utara, meskipun diduga bahwa diagnosis yang tidak terjawab dan pelaporan yang kurang mungkin berperan dalam tren ini (Jones, 2013).

Meskipun jarang terjadi di zaman modern, TB laring adalah salah satu penyebab paling umum dari lesi granulomatosus laring (Furin, 2019). TB laring dapat muncul sebagai lesi primer atau lesi sekunder, tergantung pada berbagai patogenesis. Lesi primer terjadi melalui penyebaran langsung basil ke dalam laring. Lesi sekunder diperkirakan terjadi melalui penyebaran bronkogenik dari TB paru atau

melalui penyebaran hematogen atau limfatik (Iqbal, 2014). Kelenjar getah bening memiliki keterlibatan EPTB. Sebagian besar kasus TB laring ditemukan sebagai kasus sekunder pada pasien yang lebih muda dengan TB paru primer dan beban organisme yang tinggi (Jones, 2013). Sebagian besar kasus ET sekunder akibat perluasan langsung dari struktur yang berdekatan, seperti kelenjar getah bening mediastinum atau paru (Benwil, 2014). TB menembus mukosa dan terlokalisasi di jaringan limfoid submukosa, di mana kuman tb memulai reaksi inflamasi dengan limfangitis berikutnya, endarteritis, selanjutnya membentuk granuloma, nekrosis kaseasi, ulserasi mukosa, dan jaringan parut. Keluhan umum pada penderita TB laring antara lain suara serak, odinofagia, disfagia, nyeri dada, demam ringan, penurunan berat badan, dan batuk (Agarwal, 2016). Disfagia adalah manifestasi paling umum dari gastrointestinal (GI) TB, meskipun jarang terjadi baik karena keterlibatan primer esofagus oleh TB atau sekunder akibat perluasan langsung dari struktur yang

berdekatan. (Iqbal, 2014). Pemeriksaan endoskopi bagian atas digunakan untuk mengevaluasi lebih lanjut keluhan disfagia dan odinofagia. CT scan juga dapat menunjukkan lesi daripada pemeriksaan pada radiografi dada, pemeriksaan ini sangat membantu dalam mendeteksi limfadenopati hilus atau mediastinum. Ketika ada kekhawatiran untuk keterlibatan esofagus TB, biopsi endoskopi dalam direkomendasikan untuk diambil dari tepi setiap ulserasi yang terlihat, karena granuloma TB sering submukosa dibandingkan dengan granuloma mukosa yang biasanya terlihat pada penyakit Crohn. Pada pemeriksaan laringoskopi, ditemukan adanya ulserasi atau pertumbuhan pada pita suara, yang ketika dibiopsi, dapat digunakan untuk penegakan diagnosis TB (Furin, 2019).

Pada kasus keempat membahas tentang Abses leher. Pembentukan abses merupakan akumulasi nanah di satu atau lebih ruang potensial antara fascia leher yang disebabkan oleh penyebaran infeksi dari berbagai sumber infeksi seperti gigi, mulut

tenggorokan, sinus paranasal, teliang tengah dan leher. Ruang parafaringeal adalah ruang potensial. Di Amerika kejadian Abses retropharyngeal dan parafaring banyak didapatkan usia < 20 tahun. Pada tahun 2003- 2012 meningkat kasusnya dari 2,98 per 100.000 populasi pertahun menjadi 4,10 per 100.000 per tahun. Pada penelitian ini, data gejala klinik diambil dari hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik pasien selama perawatan. Gejala klinik yang paling sering banyak ditemukan pada pasien abses leher dalam adalah nyeri, demam kasus. odinofagia atau disfagia, trismus, stidor. (Kumar, 2022)

Scan atau CT Scan adalah gold standar untuk evaluasi infeksi leher dalam. Pemeriksaan ini dapat menentukan lokasi dan perluasan abses, adanya pelebaran mediastinum akibat mediastinitis, adanya edema paru serta pneumomediastinum akibat komplikasi. Pada CT scan dengan kontras akan terlihat abses berupa daerah hipodens yang berkapsul, dapat disertai udara di dalamnya, dan edema jaringan sekitarnya. CT scan memiliki sensitifitas

90% dan spesifisitas 60%. Pada pemeriksaan penunjang lainnya, yaitu pemeriksaan laboratorium darah rutin didapatkan peningkatan sel darah putih. Leukositosis terjadi karena keterlibatan sejumlah bakteri aerob dan anaerob yang berperan dalam pembentukan abses. Pemeriksaan lekosit secara serial untuk penilaian respons terapi. (Al yousef, 2020)

Penatalaksanaan terapi dapat diawali dengan pemberian antibiotik intravena. Biasanya infeksi dari kuman patogen polimikrobial (gram positif, gram negatif, aerobik, anaerobik dan kuman yang memproduksi β -laktamase). Secara ideal, pemilihan antibiotik berdasarkan hasil biakan kuman dan tes kepekaan antibiotik terhadap kuman penyebab infeksi. Terapi empiris yang digunakan yakni sefalosporin generasi ke-2 yang dikombinasikan dengan metronidazole. Selain itu dilakukan pungsi dan insisi abses melalui laringoskopi langsung dalam posisi pasien trendelenburg. Pus segera dikeluarkan, agar tidak terjadi aspirasi. Tindakan dapat dilakukan dalam analgesia lokal atau anestesia umum. Pasien

dirawat inap sampai gejala dan tanda infeksi tidak ada.

Komplikasi yang mungkin terjadi ialah (1) syok septik (2) efusi pleura dan infeksi paru (3) descending mesdiatinitis (4) pericarditis, (5)obstruksi saluran nafas atas (6)streptococcal toxic shock syndrome, (7) brain abses,dsb. (Klug, 2020)

KESIMPULAN DAN SARAN

Kasus disfagia membutuhkan penegakan diagnosis yang mendalam agar disfagia dapat tertangani dengan tepat sesuai etiologinya. Dalam menangani kasus disfagia diperlukan anamnesis pemeriksaan fisik dan pemeriksaan untuk menunjang penegakan diagnosis pada pasien

Laporan kasus ini masih memiliki beberapa keterbatasan seperti ketidaklengkapan data yang diperoleh karena penyimpanan yang kurang baik pada rekam medis dan hasil pemeriksaan. Pada laporan kasus atau penelitian berikutnya diharapkan didapatkan data yang lebih lengkap dengan jumlah subjek yang lebih banyak sehingga diperoleh informasi yang lebih baik dan akurat. Serta diharapkan

semakin banyak laporan atau penelitian mengenai disfagia dengan berbagai macam metode penelitian lain, sehingga dapat menambah khasanah data pada kasus disfagia di Indonesia

PERSANTUNAN

Kami ucapkan terima kasih kepada guru dan pembimbing kami yang telah memberikan ilmu dan arahan kepada kami yakni Dr. dr Iwan Setiawan Adji Sp. THT-KL dan seluruh pihak yang terkait dalam penulisan case report ini.

DAFTAR PUSTAKA

Agarwal R, Gupta L, Singh M, et al (2016). Laryngeal tuberculosis: a series of 15 cases. *Head Neck pathology*. 2019 Sep 13: 339- 343;

Al Yousef et al (2020). Apain in the neck : salmonella spp. As an usual cause of a thyroid abscess. A case report and review of the literature. *BMC Infection Disease*. 20: 436.

Aslam, Muhamad MD, F Michael Vaezi MD (2013). Dysphagia in the Eldery. *Gastroenterology & Hepatology*. 9 (2).

Bae C, Bourget D. (2022). Tetanus. *NCBI. StatPearls*. treasure Island. Jan

Benwill JL, Sarria JC. (2014) Laryngeal tuberculosis in the United States of America: a forgotten disease. *Scand J Infect Dis* , 46:241-9. 10.3109/00365548.2013.877157

Fujishima I (2023). Dysphagia: Etiology, symptoms, assessment and clinical management. *The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine*. 202-211.

Furin J, Cox H, Pai M: Tuberculosis. *Lancet*. (2019). 20:1642-1656. 10.1016/S0140- 6736(19)30308-3

Harada K, Yamamoto S, Ohara A, Itoyama M, Honma Y, et al (2022). Definitive chemoradiotherapy for locoregional recurrence of esophageal squamous cell carcinoma patient after radical surgery: Retrospective study. *American society of clinical oncology*. Feb: 40(4)

Iqbal Muhammad, Akil A, Djamin R (2014). Evaluasi proses menelan disfagia orofaring dengan Fiberoptic Endoscopic Examination of Swallowing (FEES). *Otorhinolaryngologica Indonesia*. 44 (2)

Jones Bronwyn, Ravich WJ (2013). Establishing a comprehensive center for diagnosis and therapy of swallowing disorders. In: Shaker Reza. *Manual of diagnostic and therapeutic techniques for disorders of deglutition*. London: Springer. p:3-10

Klug et al (2020). Complication of peritonsillar abscess. *Annals of clinical Microbiology and Antimicrobials*. 19 :32.

Kumar SS, Lenka S, Paramita JP (2022). Deep neck abscess : our experiences at tertiary care teaching Hospitals of Eastern India. *Matrix Science Medica*., 6 (1) : 18-22

LA yanti, FM Lubis (2022). Factor associated with the length of stay of deep of deep neck abscess patients. *Vol 52. Jurnal Otorhino*

- laryngological Indonesia. Availabel at <http://www.orli.or.id/index.php/orli/article/view/473>
- Liang, FH et al (2018). Esophageal cancer: Risk factor , genetic assotiation, and treatment.Vol 41 issue 3. Availabel at:<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1015958416302019>
- Magighian A, Pirazzini M, Fabris F, Rossetto O, Montecuco C. (2021) Tetanus and tetanus neurotoxin: from peripheral uptake to central nervouse tissue targets. Journal of Neurochemistry. Feb : 158(6): 1244-1253.
- Rodrigo c, Fernando D, Rajapakse S. (2014) Pharmacological management of tetanus : an evidence base review.BioMed Central March