

[Case Report]

SEORANG LAKI-LAKI BERUSIA 41 TAHUN DENGAN FISTULA PERIANAL PENGOBATAN TB ON OAT : LAPORAN KASUS

A 41 Year Old Male with Perianal Fistula TB Treatment on OAT: Case Report

Mandarini Dwi Putri Aryati¹, Hitaputra Agung Wardhana²

¹Program Studi Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Surakarta

²Departemen Ilmu Bedah, RSUP Surakarta

Korespondensi: Mandarini Dwi Putri Aryati. Alamat email: J510225075@student.ums.ac.id

ABSTRAK

Fistel adalah hubungan abnormal yang berkembang antara dua bagian tubuh yang terpisah satu sama lain. Fistula ini terjadi akibat abses anorektal yang telah keluar dan merupakan fase kronis. Kasus ini mendeskripsikan pasien berusia 41 tahun yang datang ke Poli RSUP Surakarta dengan keluhan keluar cairan dari lubang di dekat anus setelah terdapat benjolan yang pecah. Berdasarkan klasifikasi kasus ini termasuk fistula simplex subcutaneus karena mempunyai satu saluran dengan satu lubang eksterna dan satu lubang interna. Fistula ini lebih sering terjadi pada laki-laki. Hampir semua fistula ini disebabkan oleh infeksi anal glands pada interspinchter plane dan juga merupakan manifestasi dari tuberkulosis. Kemudian dilakukan pemeriksaan fisis dan penunjang didapatkan diagnosis fistula perianal dengan pengobatan TB on OAT. Penatalaksanaan pada pasien ini meliputi Fistulotomi atau Fistulektomi merupakan baku emas untuk tatalaksana fistula perianal.

Kata Kunci: fistula, perianal, abses anorektal, fistulotomy

ABSTRACT

A fistula is an abnormal connection that develops between two separate parts of the body. Ani fistula occurs due to an anorectal abscess that has come out and is a chronic phase. This case describes a 41-year-old patient who came to the Surakarta General Hospital Clinic with complaints of fluid coming out of the hole near the anus after a lump had burst. Based on the classification, this case is a subcutaneous simplex fistula because it has one channel with one external hole and one internal hole. Ani fistula is more common in males. Almost all ani fistulas are caused by infection of the anal glands in the interspinchter plane and are also a manifestation of tuberculosis. Then a physical and supporting examination was carried out to obtain a diagnosis of perianal fistula with TB treatment on OAT. Management in this patient includes Fistulotomy or Fistulectomy is the gold standard for the management of parianal fistula.

Keywords: fistula, perianal, anorectal abscess, fistulotomy

PENDAHULUAN

Fistel perianal disebut juga fistel ani atau fistel para-anal. Fistel adalah hubungan abnormal yang berkembang antara dua bagian tubuh yang terpisah dari satu sama lain. Kelainan yang jarang terjadi dan merupakan suatu proses inflamasi kronik yang terjadi karena terbentuknya terowongan abnormal antara kanalis analis dan kulit luar di sekitar anus. Klasifikasi fistula ani dibagi berdasarkan jalur yang dilewati oleh saluran yang membentuk fistula diantaranya: intersphincteric, transsphincteric, suprasphincteric, dan extrasphincteric. Klasifikasi juga dibagi berdasarkan tingkat kompleksitas dari fistula yang tergantung pada saluran yang dibentuk oleh fistula yang mencapai usus. Fistula yang sederhana hanya mempunyai satu saluran dengan satu lubang eksterna dan satu lubang interna sedangkan fistula kompleks memiliki lebih dari satu saluran (Kastiaji, 2023).

Fistula ani lebih sering terjadi pada laki-laki dengan usia terbanyak berkisar antara 30–40 tahun. Hampir semua fistula

ani disebabkan oleh infeksi anal glands pada intersphincter plane yang membentuk perianal abses. Abses tersebut akan membentuk saluran untuk mengeluarkan nanah dan pus sehingga terbentuk fistula. Akan tetapi, fistula anal juga dapat merupakan manifestasi dari tuberkulosis, penyakit Chron, kolitis ulseratif, dan aktinomikosis, Terapi sinar X, Kanker, cedera pada ibu selama proses persalinan (Tampubolon, *et al.*, 2023).

Faktor gaya hidup juga dapat menjadi faktor risiko terjadinya fistula perianal seperti riwayat merokok dan konsumsi alkohol, terlalu lama duduk di toilet ketika defekasi, jarang berolahraga, atau gaya hidup *sedentary*. Kebiasaan ini berhubungan dengan kondisi *overweight* dan peningkatan risiko penyakit pada anus, seperti hemoroid dan fistula ani (Jimenez M, *et al.*, 2021).

METODE

Metode penelitian ini menggunakan desain penelitian laporan kasus. Adapun pemilihan pasien berdasarkan kasus yang

didapatkan dari Poliklinik Bedah RS Umum Pusat Surakarta pada tahun 2024.

LAPORAN KASUS

Pasien seorang laki-laki berinisial Tn. S berusia 41 tahun datang ke Poli RSUP Surakarta pada 30 Juni 2024, dengan keluhan utama keluar cairan dari lubang di dekat anus. Perjalanan keluhan awal terdapat benjolan seperti bisul sebesar ujung jari lalu membesar hingga sebesar kelereng pada bulan Desember 2023, ± 1 minggu pasien merasakan nyeri/sakit sekali hingga sulit tidur dan sangat mengganggu beraktivitas apapun, keluhan dapat berkurang setelah minum obat antinyeri dan direndam dengan air hangat. Pasien sudah diperiksa di Maluku dan diberi obat oral kemudian bisul tersebut pecah tetapi selama 4 bulan tidak kering kering, keluar cairan pus/nanah (+), berwarna bening hingga kekuningan (+), dan darah (+) menetes, terasa basah secara terus menerus dari lubang di sekitar anus pada jam 7, pada bulan April pasien juga sudah berobat ke dokter spesialis bedah di Maluku dan disuruh operasi namun pasien meminta

ditunda karena bertepatan dengan lebaran. Kemudian setelah lebaran pasien memutuskan untuk operasi karena rasa sakit sudah tidak tertahankan dan pasien juga mengalami demam/badannya ngregesi, pada saat opname H-1 operasi pasien tiba-tiba batuk darah lalu dicurigai TB sehingga harus menjalani pengobatan terlebih dahulu. Tn.S memutuskan untuk berobat TB di RS Hermina Surakarta dan ke spesialis bedah di RSUP Surakarta karena IBSnya mempunyai tekanan negatif. Pada saat pasien datang terdapat keluhan nyeri hilang timbul area anus (+), nyeri terutama saat BAB, BAB sering keras, terasa gatal area anus (-), sesak nafas (-), batuk (-), pilek (-), perut terasa nyeri (-), mual (-), muntah (-), demam (-), pusing (-), BAK dalam batas normal.

Riwayat keluhan serupa disangkal. Riwayat Diabetes melitus diakui dengan mengkonsumsi obat metformin 2x1 namun tidak rutin kontrol. Riwayat TB diakui konsumsi obat rutin 1x4 FDC jam 21.00 jalan 2 bulan. Riwayat hipertensi, jantung, dan operasi disangkal.

Riwayat sosial Tn.S bekerja sebagai pedagang keliling sehingga sering beraktivitas di dalam dan luar ruangan. Pasien sering berkeringat dan lebih banyak duduk dibanding berdiri. Pasien mempunyai kebiasaan minum minuman kaleng, minuman manis dan suka konsumsi teh manis, kebiasaan pasien jarang makan sayur dominan suka lauk kering sehingga sering konstipasi/BAB keras. Pasien juga sering menahan BAK dan BAB. Kebiasaan membersihkan daerah anus dapat dikatakan kurang bersih. Pasien dulu perokok aktif dan akhir-akhir ini sudah berhenti.

Hasil pemeriksaan fisik pasien, didapatkan tekanan darah (TD) 129/81 mmHg, suhu tubuh 36,4 °C, nadi 85Vx/menit, frekuensi napas 22x/menit, saturasi oksigen (SpO₂) 90%. Keadaan umum baik, kesadaran, compos mentis. Pemeriksaan kepala, leher, abdomen, dan ekstermitas dalam batas normal. Pemeriksaan thorax inspeksi dada permukaan dinding dada simetris, gerak napas simetris. Palpasi dada menunjukkan

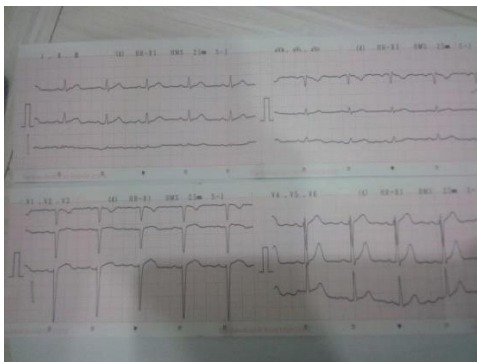
Gerakan pernapasan kedua sisi sama. Pemeriksaan perkusi, terdengar suara jantung I dan II normal reguler, murmur (-), gallops (-) tidak didapatkan adanya kesan kardiomegali.

Pemeriksaan status lokalis pada daerah anus dari inspeksi tampak lubang dengan saluran, terdapat luka lecet terbuka dan mengeluarkan cairan, daerah sekitar anus lembab/basah, terdapat bekas abses disekitar anus yang sudah pecah dengan bentuk asimetris terfiksir. Palpasi tidak nyeri tekan. *Rectal toucher* teraba kantong abses, terdapat indurasi/pengerasan disekitar jam 7-8, STLD (-). Pemeriksaan laboratorium darah lengkap hemoglobin 14.5g/dl, eritrosit 5.10 10⁶/μ, leukosit 6.79 10³/μL, hematocrit 41.7%, trombosit 219.000 10³/μL, CT 7.00 menit, BT 1.30 menit, anti HIV non reaktif dan HbsAg negatif.



Gambar 1. Radiologi foto thorax

Pemeriksaan penunjang EKG didapatkan normal sinus rhytme. Pemeriksaan radiologi foto thorax pulmo tampak corakan vaskuler kasar, infiltrat diparu kanan, diafragma dan sinus normal, cor normal. Terdapat kesan TB paru aktif.



Gambar 2. Pemeriksaan EKG

Berdasarkan hasil anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang, didapatkan diagnosis kerja pada pasien yaitu fistula perianal dengan pengobatan TB on OAT. Pasien dilakukan terapi awal dari berupa infus RL 20 tpm,

injeksi cefazoline 2gr *pre-op* dan diprogramkan untuk tindakan *fistulografi* dan *fistulectomy* pada tanggal 1 Juli 2024 pukul 13.00 WIB. Raber dengan Sp.PD mendapatkan advice Metformin 3x500, Glimepirid 1x2 mg, Cek GDS pagi bila GDS >200 extra novorapid 6 unit + amlodipine 1x10 mg. Advice dr.Sp.P ACC OP, OAT lanjut, dan vip albumin 3x. Kemudian advice dari Sp.An yaitu ACC OP, Puasa 8 jam, dan Metformin stop 24 jam *pre-op*.



Gambar 3. Hasil *fistulectomy* sampai subcutan

Tatalaksana *post-op* yang diberikan dengan pemberian injeksi cefazolin 1 gr/12jam, metronidazol 500 mg/ 8 jam, dan ketorolac 1 amp/12 jam, dan 2 hari setelah op *aff* tampon, advice Sp.An Injeksi Ketorolac 30mg/8jam, Injeksi Ondancentron 4mg/8jam k/p, Makan minum sedikit bertahap jika tidak mual atau

muntah. Tatalaksana dari Sp.PD yaitu GDS/Pagi, Metformin 2x500, Glimepirid 1x2 mg dan Advis Sp.P terapi lanjut.

Pasien dipulangkan setelah 2 hari rawat inap pada tanggal 3 Juli 2024 dengan obat pulang yaitu cefixime 2x200, metronidazol 3x500, dan meloxicam 2x7,5. Pasien kontrol pada kontrol Senin, 8 Juli 2024. Saat periksa didapatkan luka tidak bernanah, tidak keluar cairan, daerah anus lembab, nyeri (+) hilang timbul, jahitan masih ada, susah BAB, kemudian dilakukan medikasi dan diresepkan obat Cefixime 2x200, meloxicam 2x7,5, dan biolacnton cream.



Gambar 4. Kontrol 1 minggu *post-op*

Pada tanggal 15 Juli 2014 pasien kontrol kedua di poli post operasi didapatkan masih nyeri (+), luka atau bekas

op sudah kering lalu dilakukan medikasi *aff* *hecting*.



Gambar 5. Kontrol setelah *aff* *hecting* Pada tanggal 28 Juni 2024 pasien melakukan

Pemeriksaan Fistulografi (AP/PA/Lateral) didapatkan hasil tampak kontras masuk melalui abocath pada lubang fistula mengisi subcutan, kontras tumpah keluar. Kesan : *Fistulo cutosubcutan*.





Gambar 6. Hasil *fistulografi*

PEMBAHASAN

Fistel merupakan suatu proses inflamasi kronik yang terjadi karena terbentuknya terowongan abnormal antara kanalis analis dan kulit luar di sekitar anus. Fistula ani terjadi akibat abses anorektal yang telah keluar. Abses anorektal merupakan suatu kondisi akut, sedangkan fistula memperlihatkan fase kronis. Fistula biasanya terdiri dari saluran dengan lubang

primer (internal) di anus atau rektum dan lubang sekunder (eksternal) pada kulit perianal. Lubang sekunder atau eksterna dapat terdiri dari satu atau lebih lubang, dan bila buang air besar dapat terjadi pengeluaran kotoran dan nanah dari lubang eksterna tersebut (Kastiaji, 2023).

Klasifikasi fistula ini dibagi berdasarkan jalur yang dilewati oleh saluran yang membentuk fistula diantaranya (Jimenez M, *et al.*, 2021):

Interspingerik : Traktus berawal dalam ruang diantara muskulus sfingter eksterna dan interna dan bermuara berdekatan dengan lubang anus. Terjadi sekitar 70 % dari semua fistel.

Trans-spingterik: Traktus bermula dalam ruang diantara muskulus sfingter eksterna dan interna atau ruang di belakang anus. Fistula ini kemudian melewati muskulus sfingter eksterna dan bermuara sepanjang 1 atau 2 inchi di luar lubang anus. Fistula ini bisa membentuk huruf “U” dalam tubuh, dengan lubang eksternal berada di kedua belah lubang anus (fistula horseshoe).

Terjadi sekitar 25 % dari semua fistel (Ertekin, *et al.*, 2019).

Suprassingter: Traktus bermula dalam ruangan diantara muskulus sfingter eksterna dan interna dan membelah ke arah atas ke satu tempat di atas muskulus puborektalis, kemudian melewati muskulus ini, dan mengarah turun diantara puborektal dan muskulus levator ani dan membuka sekitar 1 atau 2 inchi diluar anus. Terjadi sekitar 5 % dari semua fistel. Sangat jarang terjadi dan jalur utamanya melewati levator ani.

Ekstraspingterik: Traktus bermula pada rectum atau colon sigmoid dan memanjang ke bawah, melewati muskulus levator ani dan berakhir di sekitar anus. Fistula ini biasa disebabkan oleh abses appendiceal, abses diverticular, atau Crohn's Disease. Alurnya lewat dari rektum ke kulit perineum, secara lengkap ke spingter kompleks eksternal. Terjadi sekitar 1 % dari semua fistel (Ertekin, *et al.*, 2019) (Jimenez M, *et al.*, 2021).

Klasifikasi juga dibagi berdasarkan tingkat kompleksitas dari fistula yang

tergantung pada saluran yang dibentuk oleh fistula yang mencapai usus. Fistula yang sederhana hanya mempunyai satu saluran dengan satu lubang eksterna dan satu lubang interna sedangkan fistula kompleks memiliki lebih dari satu saluran. Jarang ditemukan fistula yang dimulai dengan satu lubang eksterna dalam satu saluran dengan percabangan pada bagian dalam saluran sehingga menimbulkan banyak lubang interna. Kadang kadang ditemukan fistula dengan sejumlah lubang eksterna dan beberapa saluran sehingga menimbulkan satu atau lebih lubang interna (Tampubolon, *et al.*, 2023). Selain itu,

fistula juga Menurut data epidemiologi, insiden fistula ani di dunia mencapai 8,6 diklasifikasikan menjadi fistula simpleks dan kompleks berdasarkan klinis. Fistula simpleks dapat diklasifikasikan sebagai jenis transfingerik dan intersfingerik letak rendah yang melintasi kurang dari 30% dari sfingter ani eksternal, memiliki satu lubang eksternal, dan tidak memiliki bukti adanya abses atau hubunganrektovaginal atau striktur

anorektal terkait. Sedangkan fistula kompleks adalah fistula letak tinggi (intersfingterik letak tinggi atau transsfingterik tinggi yang melintasi lebih dari 30% sfingter ani eksterna dengan atau tanpa high-blind track, fistula suprasfingterik dan ekstrasfingterik, fistula yang sudah terjadi berulang, fistula berbentuk tapal kuda (Horse shoe), fistula dengan muara eksternal berjumlah lebih dari 1, fistula yang berhubungan dengan abses, penyakit radang usus aktif, diare kronis, hubungan rektovaginal, striktur anorektal, inkontinensia alvi yang sudah ada sebelumnya, radiasi, atau karsinoma. Klasifikasi lain berdasarkan lokasi internal opening, yaitu dibagi menjadi fistula letak rendah dan fistula letak tinggi (Charalampopoulos A, *et al.*, 2022). kasus per 100.000 populasi. Fistula ani lebih sering terjadi pada laki-laki, yaitu 12,3 kasus per 100.000 populasi bila dibandingkan dengan 5,6 kasus per 100.000 populasi pada perempuan yang diduga berkaitan dengan faktor hormon androgen dan lebih kuatnya tonus otot

sfingter ani (Ding W, *et al.*, 2021). Kondisi ini disebabkan oleh hipotesis kriptoglandular, yaitu laki-laki memiliki hormon androgen yang dapat turut berperan dalam patogenesis fistula ani dari aspek hormonal. Selain itu, adanya tonus sfingter anus yang lebih kuat pada laki-laki juga meningkatkan risiko obstruksi duktus yang menyebabkan inflamasi kelenjar anus (Jimenez M, *et al.*, 2021).

Belum ada data epidemiologi nasional yang adekuat di Indonesia. Namun, menurut studi yang dilakukan oleh Kurniawan, *et al.* di RSUP Dr. Sardjito selama 2010–2014, kasus fistula perianal memang lebih banyak terjadi pada laki-laki daripada perempuan, dengan usia terbanyak berkisar antara 30–40 tahun (Tampubolon, *et al.*, 2023). Fistula ani sangat jarang menimbulkan kematian. Namun, dalam penatalaksanaannya, kegagalan operasi dapat terjadi, yakni berupa persistensi fistula atau rekurensi gejala dalam waktu 6 bulan pascaoperasi (15,6%), inkontinensia alvipascaoperasi

(15,6%), dan sepsis (7,3%) (Ertekin, *et al.*, 2019).

Hampir semua fistula ani disebabkan oleh infeksi anal glands pada interspinchter plane yang membentuk perianal abses. Abses tersebut akan membentuk saluran untuk mengeluarkan nanah dan pus sehingga terbentuk fistula. Akan tetapi, fistula anal juga dapat merupakan manifestasi dari tuberkulosis, penyakit Chron, kolitis ulseratif, dan aktinomikosis, Terapi sinar X, Kanker, Cedera pada ibu selama proses persalinan (Ding W, *et al.*, 2021).

Fistula perianal disebabkan oleh adanya penyebab spesifik atau non-spesifik. Penyebab spesifik untuk fistula perianal adalah penyakit-penyakit lain seperti Crohn's disease atau mekanisme tertentu (seperti trauma iatrogenik atau obstetrik). Selain itu ada penyebab non-spesifik dari fistula perianal dijelaskan sebagai hipotesis kriptoglandular. Kriptoglandular menyatakan bahwa fistula ani muncul dari kelenjar anal. Kelenjar anal mengalir atau bermuara pada kriptum dan

akan mengalir ke kanal anal. Kebanyakan orang memiliki antara enam dan delapan kelenjar ini, yang memanjang ke bawah ke sfingter internal dan hingga dan termasuk alur intersfingterik. Jika kelenjar ini tersumbat, terjadi stasis dan infeksi berkembang menjadi abses. Abses ini memiliki beberapa rute jalan keluar, yang paling umum adalah perluasan ke bawah ke anoderm (abses perianal) atau melintasi sfingter ani eksternal ke dalam fossa ischiorectal (abses fossa ischiorectal) (Jimenez M, *et al.*, 2021).

Faktor gaya hidup juga dapat menjadi faktor risiko terjadinya fistula perianal seperti riwayat merokok dan konsumsi alkohol, terlalu lama duduk di toilet ketika defekasi, jarang berolahraga, atau gaya hidup sedentary. Kebiasaan ini berhubungan dengan kondisi overweight dan peningkatan risiko penyakit pada anus, seperti hemoroid dan fistula ani. Diet tinggi garam yang dapat meningkatkan kecenderungan respons inflamasi dalam kondisi infeksi (Alkhawaga IA, *et al.*, 2019).

Pada anamnesis biasanya ada riwayat abses perianal residif dengan selang waktu di antaranya, disertai pengeluaran nanah sedikit- sedikit. Pasien dengan fistula ani mungkin juga mengeluh demam, pruritus atau nyeri area perianal karena adanya saluran yang tersumbat (Tampubolon, *et al.*, 2023). Tanyakan tentang riwayat benjolan perianal sebelumnya, pembedahan atau radioterapi, trauma (kebidanan atau lainnya), dan kondisi terkait (Ding W, *et al.*, 2021).

Diagnosis ditegakkan berdasarkan hasil pemeriksaan di daerah anus, dimana ditemukan satu atau lebih fistula atau teraba adanya fistula. Pada colok dubur umumnya fistel dapat diraba antara jari telunjuk di anus (bukan di rectum) dan ibu jari di kulit perineum yang teraba seperti tali setebal kira- kira 3 mm (colok dubur bidigital) (Ertekin, *et al.*, 2019). Pemeriksaan abdomen seringkali normal tetapi diperlukan untuk menyingkirkan patologi intra-abdominal (Jimenez M, *et al.*, 2021).

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan yaitu:

1. Fistel probe : Alat yang secara khusus dibuat untuk dimasukkan ke dalam fistula untuk menentukan kedalaman dan arahnya. Anoscope: Instrumen kecil untuk melihat kanalis ani (London S and Tichauer MB, 2020)
2. Sigmoidoskop: untuk menentukan penyebabnya (apakah kanker, penyakit Crohn atau kelainan lainnya).
3. Fistulografi: Menggunakan injeksi kontras melalui pembukaan internal, di mana diikuti dengan anteroposterior, lateral dan gambaran X- ray oblik untuk melihat penyebab traktus fistula. Prosedur ini bertoleransi baik tetapi memerlukan kemampuan untuk visualisasi pembukaan internal. Kecuali kasus penyakit rekuren, fistulografi lebih penting dibandingkan pemeriksaan dengan menggunakan anastesi (Madany A, *et al.*, 2022).
4. Ultrasound endoanal/endorektal : Menggunakan transduser 7 atau 10 MHz ke dalam kanalis ani untuk membantu

- melihat differensiasi muskulus intersfingter dari lesi transfingter. Transduser water-filled ballon membantu evaluasi dinding rectal dari beberapa ekstensi suprasfingter. Studi terkini menunjukkan edisi hydrogen peroksida melalui pembukaan eksternal untuk membantu melihat penyebab traktus fistula. Studi ini dilaporkan 50 % lebih baik dibandingkan pemeriksaan fisik sehingga dapat membantu mendapatkan pembukaan internal yang sulit terlokalisasi. Modalitas ini tidak digunakan secara luas untuk evaluasi klinis fistula (Putranto AS and Layardi WJ, 2022).
5. MRI: Penemuan menunjukkan 80-90% dengan penemuan operatif apabila dilakukan observasi penyebab traktus primer dan ekstensi sekunder. MRI dipilih apabila ingin mengevaluasi fistula kompleks. Ini dibuktikan dapat memperbaiki tahap rekuren dengan mendapatkan informasi pada ekstensi yang selama ini tidak ditemukan. Pemeriksaan MRI merupakan gold standard untuk pencitraan anatomi fistula karena dapat memberikan gambaran jaringan lunak yang sangat baik. Berguna dalam mendeteksi penyakit inflamasi perirektal dibandingkan fistula kecil karena lebih baik untuk menyingkirkan cairan yang memerlukan drainase dibandingkan pada fistula yang kecil. CT Scan memerlukan administrasi kontras oral dan rektal (Putranto AS and Layardi WJ, 2022).
6. Barium Enema: Berguna pada pasien dengan fistula multiple atau penyakit rekuren untuk membantu mendeteksi adanya penyakit inflamasi usus (Madany A, *et al.*, 2022).
7. Anal Manometri: Evaluasi tekanan pada mekanisme sfingter berguna pada pasien tertentu. Menurunkan observasi nada sewaktu evaluasi preoperative (Sharma A, Y, *et al.*, 2020).
- Tujuan tatalaksana dari fistula ini menurut Tampubolon, *et al.*, 2023: mengidentifikasi jalur fistula untuk eradikasi infeksi untuk eradikasi jalur fistula mencegah rekuren

mempertahankan continence dan fungsi sfingter.

Penatalaksanaan awal dari fistula perianal tergantung dari beratnya gejala, kompleksitas fistula, dan adanya perluasan dari keterlibatan rektal.

Terapi konservatif

Fistula asimtomatis atau fistula yang dengan baik dapat ditoleransi tidak membutuhkan intervensi bedah. Fistula simptomatik tanpa komplikasi atau interspingterik dapat diterapi dengan metronidazole atau ciprofloxacin. Antibiotik-antibiotik ini cukup efektif dalam mendukung penyembuhan fistula Crohn dengan risiko rendah untuk terjadinya komplikasi. Terapi medis untuk fistula Crohn yang meluas mencakup penggunaan mercaptopurin, azatioprin, dan siklosporin. Namun ada pendapat bahwa terapi antibiotik dianggap tidak dapat digunakan bila telah terbentuk fistula. Sedangkan beberapa penelitian menilai bahwa pemberian antibiotik dapat dilakukan setelah terapi pembedahan untuk mencegah

terjadinya kekambuhan akibat abses perianal (Tampubolon, *et al.*, 2023).

Terapi Pembedahan

Fistulotomi atau Fistulektomi

Pada fistel dapat dilakukan fistulotomi atau fistulektomi. Dianjurkan sedapat mungkin dilakukan fistulotomi, artinya fistel di buka dari lobang asalnya sampai ke lubang kulit. Kulit dibiarkan terbuka sehingga menyembuh mulai dari dasar per sekundam intentionem. Lukanya biasanya akan sembuh dalam waktu agak singkat. Kadang dibutuhkan operasi dua tahap untuk menghindari terpotongnya sfingter anus. Fistulotomi digunakan untuk 85-95 % fistula primer (seperti submukosal, interspinterik, low transpinterik). Ini adalah metode yang paling efektif untuk menangani fistula dan merupakan pengobatan standar untuk fistula submukosa (letak rendah) karena tidak ada risiko kontinensia dan kekambuhan rendah (0-2%). Sedangkan Fistulektomi artinya saluran fistula dimana jaringan granulasi harus di eksisi keseluruhannya untuk menyembuhkan fistula. Terapi terbaik

pada fistula ani adalah membiarkannya terbuka. Setelah identifikasi pembukaan luar, pembukan dalam dari saluran fistula ani, alat dimasukkan ke dalam melalui pembukaan eksternal, melewati saluran fistula dan keluar melalui pembukaan dalam. Jaringan yang mengenai alat tadi dipisahkan mengikuti sepanjang saluran. Jaringan granulasi sepanjang saluran di kuret dan bagian muskulus yang rusak di eksisi dengan diatermi (Brunicardi FC, *et al.*, 2015).

Seton

Cara lain yang sering dilakukan ialah dengan memasang seton yaitu seutas benang atau karet diikatkan melalui saluran fistula dan ditinggalkan untuk beberapa bulan sehingga terlepas sendiri. Seton mempertahankan patensi jalur fistula, memungkinkan drainase, dan mencegah perkembangan sepsis perianal. Penempatan seton biasanya merupakan langkah pertama dalam mengobati fistula kompleks (Putranto AS and Layardi WJ, 2022).

Fistula Plug

Penggunaan fistula plug digunakan untuk menutup jalur fistula perianal. Cara kerja dari penggunaan fistula plug adalah menjadi tempat berkumpulnya fibroblas untuk meningkatkan penyembuhan luka agar jalur fistula perianal dapat tertutup. Pemasangan fistula plug dimulai dengan explorasi, probing dan irigasi (dengan hidrogen peroksida) jalur fistula perianal. Kemudian ujung dari plug diikat ke probe dari pembukaan jalur fistula pada kanal anal dan plug kemudian dibawa ke bukaan jalur fistula yang terletak di luar. Plug tersebut kemudian dipotong dan dijahit dengan figure-of-eight suture supaya tetap menempel dengan mukosa anus pada bukaan jalur fistula internal (Ding W, *et al.*, 2021).

Mucosal Advancement Flap

Cara lain yang lebih susah ialah dengan menutup lubang dengan dinding usus (advancement flap), tetapi keberhasilannya tidak terlalu besar. Prosedur ini melibatkan fistulektomi total dengan membuang traktus primer dan

sekunder serta eksisi total orificium internal (Putranto AS and Layardi WJ, 2022).

Prosedur LIFT

Prosedur LIFT (ligation of the intersphincteric fistula tract) merupakan prosedur yang diindikasikan untuk fistula transsfingterik. Prosedur ini baru ditemukan tahun 2007. Prosedur ini dilakukan dengan membuang jaringan kriptoglandular yang terinfeksi dan menutup orificium internal dengan aman (Brunicardi FC, *et al.*, 2015).

Fibrin Glue

Cara lain yang sebenarnya relative sederhana tetapi keberhasilannya juga masih kecil dan masih belum umum dilakukan adalah dengan menyuntikkan perekat khusus (fibrin glue) ke dalam saluran fistula. Keuntungan yang dapat diberikan dari teknik ini adalah prosedurnya yang sangat mudah dibandingkan dengan prosedur lain serta prosedur ini relatif tidak memberikan gangguan pada fungsi sfingter (Putranto AS and Layardi WJ, 2022).

Perawatan Pascaoperasi

Sebagian besar pasien dapat menjalani rawat jalan dengan monitoring luka internal untuk memastikan bahwa luka tertutup dengan baik dan tidak terjadi fistula berulang. Pasien akan diberikan sitz baths, analgesik, dan agen pencahar (Tampubolon, *et al.*, 2023).

Terapi Suportif

Terapi suportif yang dapat diberikan pada pasien adalah sitz baths dan analgesik untuk mengurangi nyeri. Sitz baths juga dinilai dapat mempercepat penyembuhan luka dan mengurangi inflamasi. Agen pencahar diberikan agar pasien tidak perlu mengejan saat buang air besar dan tidak memberi tekanan pada daerah perianal. Antibiotik dapat diberikan pada pasien mengalami keluhan sistemik dan juga sebagai terapi profilaksis pascaoperasi yang diberikan selama 7-10 hari. Contohnya adalah ciprofloxacin atau metronidazole (Tampubolon, *et al.*, 2023).

Fistel dapat kambuh bila lubang dalam tidak turut dibuka atau dikeluarkan, cabang fistula tidak turut dibuka, atau kulit

sudah menutup luka sebelum jaringan granulasi mencapai permukaan. Prognosis untuk fistula ini baik setelah dilakukan pembedahan. Prognosis fistula ini setelah pembedahan cukup baik, tetapi kondisi ini memiliki angka rekurensi sekitar 0–18%. Pasien dapat mengalami komplikasi dini maupun komplikasi lambat pascaoperasi. Komplikasi intraoperasi dan pascaoperasi bisa berupa kegagalan operasi, inkontinensia alvi pascaoperasi, dan komplikasi sepsis (Jimenez M, *et al.*, 2021). Komplikasi intraoperasi dan pascaoperasi fistula ini dapat berupa kegagalan operasi (15,6%), inkontinensia alvi pascaoperasi (15,6%), dan komplikasi sepsis (7,3%). Komplikasi dini pasca operasi yaitu, Retensi urin, Pendarahan, Impaksi tinja, Thrombosed wasir. Sedangkan komplikasi tertunda pasca operasi dapat berupa kekambuhan, Inkontinensia dan stenosis anal (Alkhawaga IA, *et al.*, 2019).

KESIMPULAN

Berdasarkan pembahasan mengenai kasus ini, dapat ditarik kesimpulan bahwa fistula perianal adalah hubungan abnormal

yang berkembang antara dua bagian tubuh, kanalis analis dan kulit luar di sekitar anus. Hampir semua fistula ini disebabkan oleh infeksi anal glands pada interspinchter plane yang membentuk perianal abses. Faktor risiko terjadinya fistula perianal disebabkan oleh riwayat merokok, konsumsi alkohol, terlalu lama duduk di toilet ketika defekasi, jarang berolahraga, atau gaya hidup *sedentary*. Dasar diagnosis pada kasus ini didapatkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang serta sesuai teori. Pada kasus ini, dilakukan pemeriksaan penunjang fistulografi dan pembedahan secara fistulectomi.

PERSANTUNAN

Penulis mengucapkan terimakasih banyak kepada seluruh seluruh unit terkait dalam proses penyusunan laporan kasus ini.

DAFTAR PUSTAKA

Alkhawaga IA, Elkaseer MH, Abozeid AAH, Mohamed MS. Recent trends in managements in perianal fistula. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*. 2019; 75(2): 298-304.

Brunicardi FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Matthew JB, et al. Schwartz's principles of

- surgery. Ed 10. McGraw-Hill Education: New York: 2015
- Charalampopoulos A, Bagias G, Bompetsi G, Nastos K, Papagrigoriadis S, Papaconstantinou D. Anal Fistula of Crypto-Glandular Etiology: A Review of the Literature with a Step- by-Step Approach for Diagnosis and Surgical Management. *IJIRMS*. 2022 Oct 1;7(10):515-21.
- Ding W, Sun YR, Wu ZJ. Treatment of perianal abscess and fistula in infants and young children: from basic etiology to clinical features. *The American Surgeon*. 2021 Jun;87(6):927-32.
- Ertekin SÇ, Attaallah W, Ergelen R. A Case of perianal fistula presented with deep soft tissue infection on the lateral side of the thigh. *TCJD*. 2019 Mar 1;29(1):54-7.
- Jimenez M, Mandava N. Anorectal Fistula. *StatPearls Publishing*. 2021.
- Kastiaji H dan Hayati Z. Fistula Perianal: Laporan Kasus. *Jurnal Ilmiah Sains, Teknologi, Ekonomi, Sosial dan Budaya*. 2023;7(1): 29-38.
- London S, Tichauer MB. Anoscopy. *Statpearls Publishing*. 2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NB K459324/>
- Madany A, Murad A, Kabbash M, Hamdy A. Imaging of peri-anal sepsis. *Aswan University Medical Journal*. 2022 Dec 1;2(2):58-80.
- Putranto AS, Layardi WJ. Review: Management of complex anal fistula. *The New Ropanasuri Journal Of Surgery*. 2022; 7(1): 46-50.
- Sharma A, Yadav P, Sahu M, Verma A. Current imaging techniques for evaluation of fistula in ano: a review. *Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine*. 2020; 51(130); 1- 18.
- Tampubolon, Frilasty Chrisfert Taruliasi, Agung Kurniawan, dan Muhammad Ardi Munir. 2023. Fistula Perianal: Laporan Kasus. Vol.5 (2): 96-104