

LAPORAN KASUS

Sinekia *Palatum Molle* dan Pilar Tonsil ke Dinding Faring Posterior pada Pasien Tuberkulosis Paru

Desno Marbun, Sinta Sari Ratunanda, Nur Akbar Aroeman, Agung Dinasti Permana
Departemen Ilmu Kesehatan Telinga, Hidung, Tenggorok-Bedah Kepala dan Leher
Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran Bandung

Abstrak

Tuberkulosis paru masih merupakan penyakit infeksi yang sering dijumpai dan masalah kesehatan di dunia. Sinekia yang disebabkan oleh infeksi kronik tuberkulosis pada daerah faring merupakan kasus yang jarang terjadi. Pembentukan sinekia ini menyebabkan obstruksi saluran napas bagian atas dan dapat menyebabkan gangguan menelan. Laporan kasus ini dimaksudkan untuk memaparkan penatalaksanaan pasien tuberkulosis paru disertai kelainan sinekia *palatum molle* dan pilar tonsil ke dinding faring posterior. Seorang pasien laki-laki usia 40 tahun terdiagnosis tuberkulosis milier yang telah mendapatkan pengobatan antituberkulosis 4 bulan datang dengan keluhan hidung tersumbat, suara sengau, dan gangguan menelan sejak 2 bulan sebelum masuk rumah sakit. Dilakukan pelepasan sinekia dengan cara reseksi dan insisi *palatum molle* pendekatan intraoral dengan panduan endoskopi, didapatkan massa jaringan granuloma pada tepi sinekia tersebut. Hasil pemeriksaan histopatologi berupa jaringan granuloma tuberkulosis. Pascaoperasi pasien dapat bernapas lancar melalui hidung dan gangguan menelan menghilang. Simpulan, operasi pelepasan sinekia diputuskan mengingat gangguan obstruksi saluran napas atas. Penatalaksanaan sinekia *palatum molle* dan pilar tonsil ke dinding faring posterior dengan operasi memberikan hasil yang baik untuk patensi jalan napas dan fungsi menelan.

Kata kunci: *Palatum molle*, pilar tonsil, sinekia, tuberkulosis paru

Sinechia of Soft Palate and Tonsillar Pillar to the Posterior Pharyngeal Wall at Patient with Pulmonary Tuberculosis

Abstract

Pulmonary tuberculosis is still a common infection and world health problem. Sinechia at the pharyngeal region due to chronic infection of tuberculosis is a rare case. The sinechial formation causes upper airway obstruction and difficulty of swallowing. This case report was ment to present management of pulmonary tuberculosis with sinechia of soft palate and tonsillar pillar to the posterior pharyngeal wall. A 40-year-old man was diagnosed with millitary tuberculosis that had been undergone four months antituberculosis therapy complained nasal obstruction, hot potato voice and difficulty of swallowing since 2 months ago. Sinechia release had been performed with resection and incission of soft palate transoral approach guiding endoscopy. We founded masses of granuloma at the edge of sinechia with histopatology result as tuberculosis granuloma. After the procedure, patient can breathed and swallowed normally. In conclusion, operational procedure had been decided due to upper airway obstruction. Operatif management for sinechia of soft palate and tonsillar pillar to the posterior pharyngeal wall brings a good result for upper airway patteny and swallow function.

Key words: Pulmonary tuberculosis, sinechia, soft palate, tonsillar pillar

Pendahuluan

Laporan mengenai penyakit tuberkulosis (TB) dunia oleh *World Health Organisation* (WHO) yang paling baru masih menempatkan Indonesia sebagai penyumbang TB terbesar nomor 3 di dunia setelah India dan Cina dengan jumlah kasus baru sekitar 539.000 dan jumlah kematian sekitar 101.000 per tahun. Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 1995 menempatkan TB sebagai penyebab kematian ketiga terbesar setelah penyakit kardiovaskular dan penyakit saluran pernapasan, juga merupakan nomor satu terbesar dalam kelompok penyakit infeksi.¹

Sekitar 75% pasien TB merupakan kelompok usia yang paling produktif secara ekonomis, yaitu 15–50 tahun. Diperkirakan seorang pasien TB dewasa akan kehilangan waktu kerjanya rata-rata 3 sampai 4 bulan. Hal tersebut mengakibatkan kehilangan pendapatan ekonomi tahunan rumah tangganya sekitar 20–30%. Jika ia meninggal akibat TB maka akan kehilangan pendapatannya untuk sekitar 15 tahun. Selain merugikan secara ekonomis, TB juga memberikan dampak buruk yang lainnya secara sosial berupa stigma bahkan dikucilkan oleh masyarakat.¹

Lesi TB pada mulut dan orofaring diperkirakan hanya 0,05–5% dari total kasus TB yang paling sering terkena adalah lidah meskipun daerah mulut yang lain dapat terkena. Infeksi TB pada mulut dan orofaring dapat disebabkan oleh infeksi primer dan juga tersering infeksi sekunder dari TB paru.²

Kelompok orang yang berisiko tinggi terpajan TB meliputi para imigran, usia tua, petugas pelayanan kesehatan, dan pasien dengan imunitas yang rendah. Peningkatan pertumbuhan ekonomi dan penggunaan terapi OAT, terjadi penurunan angka kasus penyakit TB paru dalam beberapa dekade. Sekarang terlihat bahwa munculnya TB ekstraparu menjadi kasus dengan proporsi yang besar, khususnya sejak terdapat kasus epidemi HIV. Sebagai dokter ahli THT-KL adalah penting untuk waspada penyakit TB di daerah kepala dan leher dengan manifestasinya yang bervariasi.³

Laporan Kasus

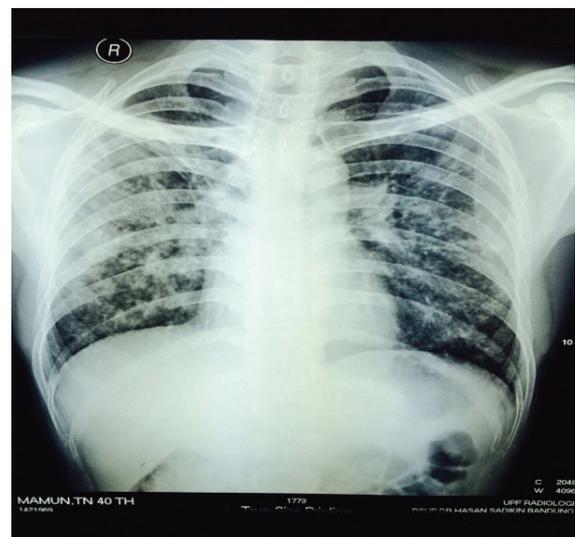
Seorang pasien laki-laki usia 40 tahun datang ke Poliklinik THT-KL RS Dr. Hasan Sadikin, Bandung dengan keluhan hidung yang tersumbat sejak 2 bulan lalu yang membuat pasien harus bernapas dari mulut. Keluhan itu disertai dengan suara yang sengau dan mengorok apabila tidur.

Pasien mengalami kesulitan menelan terutama makanan padat. Sejak 1 (satu) tahun yang lalu pasien mengeluh batuk dan keringat basah pada malam hari disertai dengan penurunan berat badan, peningkatan suhu tubuh pada sore hari, lemah badan, dan penurunan selera makan. Pasien bukan perokok. Riwayat kontak dengan penderita TB tidak ada.

Pasien telah terdiagnosis penyakit TB millier dari RS Khusus Paru Cibadak, Bandung dan telah menjalani pengobatan OAT kategori I selama 4 bulan.

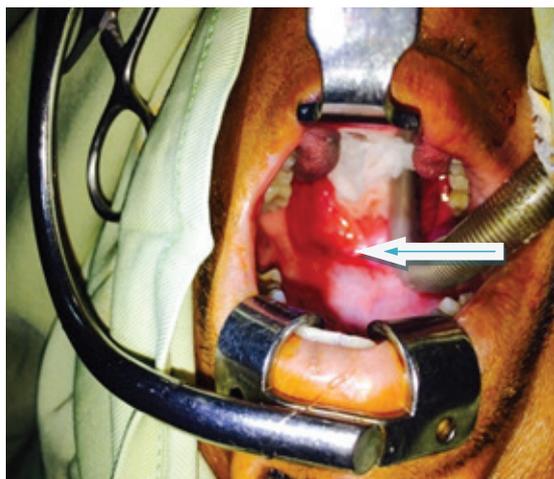
Pemeriksaan fisis diagnosis mempergunakan rinolaringoskopi serat lentur memperlihatkan sinekia *palatum molle* dan pilar tonsil ke dinding faring posterior, serta tampak celah berdiameter sebesar 0,5 cm. Pemeriksaan THT lainnya dalam batas normal. Hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan laju endap darah 38 mm/jam dengan metode Westergren (nilai normal <20 mm/jam). Fungsi hati dan ginjal pada pasien ini masih dalam batas normal. Tes Mantoux positif, tetapi tiga kali pemeriksaan apus sputum untuk batang tahan asam menunjukkan hasil negatif. Hasil pemeriksaan laboratorium yang lain dalam batas normal. Hasil pemeriksaan foto Rontgen paru sebelumnya menunjukkan gambaran TB millier.

Dilakukan operasi mempergunakan anestesi umum. Pada operasi didapatkan temuan berupa sinekia *palatum molle* dan pilar tonsil ke dinding faring posterior dan jaringan granulasi di bawah sinekia setebal 0,5 cm. Dilakukan pelepasan sinekia dengan cara reseksi secara tajam jaringan sinekia transoral dengan panduan endoskopi



Gambar 1 Rontgen Paru

dari nasal. Jaringan granulasi yang terlihat lalu dieksisi sebersih-bersihnya dan dilakukan kauterisasi sepanjang tepi sinekia yang sudah dilepaskan itu. Dilakukan pemasangan silikon kateter di 2 (dua) tempat dari hidung sampai ke orofaring untuk memastikan patensi jalan napas dan juga untuk mencegah rekurensi pascaoperasi yang dipertahankan selama 2 minggu.



Gambar 2 Intraoperasi. Sinekia Pilar Tonsil Posterior dengan Faring (panah biru)

Hasil dari pemeriksaan secara histopatologi menunjukkan bahwa sediaan sebagian dilapisi oleh sel epitel gepeng berlapis dan inti sel dalam batas normal. Subepitelial menunjukkan stroma jaringan ikat fibrokolagen serta jaringan otot berserbukan sel radang limfosit disertai dilatasi bendungan pembuluh darah dan juga perdarahan. Di antaranya tampak pula *multinucleated giant cell* dan daerah nekrosis sehingga disimpulkan



Gambar 3 Pascaoperasi

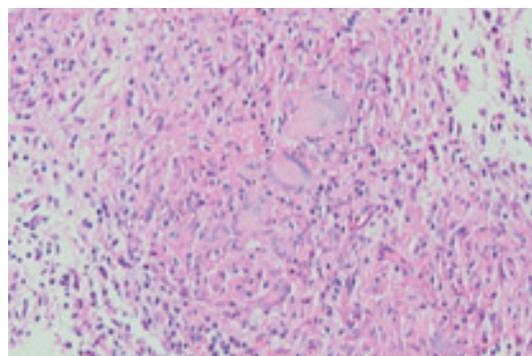
sebagai suatu jaringan granuloma tuberkulosis. Terlihat pula *acini* dan duktuli kelenjar liur dilapisi epitel kolumnar dengan inti dalam batas normal. Tidak terlihat proses spesifik maupun sel tumor ganas. Dilakukan pewarnaan Ziehl-Neelsen untuk menunjukkan batang tahan asam dan hasilnya negatif. Selain itu, dilakukan juga pemeriksaan kultur untuk *mycobacterium* dalam



Gambar 4 Pascaoperasi

medium Lowenstein-Jensen dengan hasil negatif.

Pasien dipulangkan dengan perbaikan, yaitu pasien dapat bernapas secara baik melalui hidung dan gangguan menelan menghilang. Dilakukan evaluasi berkala dan terapi OAT tetap dilanjutkan. Selama evaluasi dilakukan pemeriksaan sistemik dan juga pemeriksaan THT-KL dengan memakai endoskopi hidung. Dalam evaluasi bulan kedua,



Gambar 5 Gambaran Histopatologis yang Menunjukkan Lesi Granuloma, Sel Epiteloid, Limfosit, dan Beberapa *Multinucleated Giant Cell Langhans*

respons pengobatan pasien sangat cepat, keluhan subjektif pun berkurang, dan pada pemeriksaan endoskopi hidung menunjukkan perbaikan pada jalan napas.

Pembahasan

Infeksi yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* yang melibatkan pada bagian faring, kepala, dan leher merupakan kasus yang jarang pada umumnya. Namun demikian, *mycobacterial pharyngotonsillitis* dapat terjadi sebagai akibat ekspetorasi sputum yang terinfeksi dari paru-paru yang sakit atau terjadi oleh karena inokulasi kuman langsung, biasanya pada pasien dengan sosioekonomi yang buruk. Seperti pada kasus pasien ini, oleh karena kronisitas penyakit TB yang diderita, juga kelalaian dan keterlambatan pasien dalam pengobatan memungkinkan kuman TB menginfeksi daerah faring sehingga memicu inflamasi kronik terutama di sepanjang mukosa faring.²

Gambaran klinis meliputi ulkus pada tonsil dan dinding faring, granuloma pada nasofaring, serta abses pada leher. Diagnosis itu ditegakkan berdasar atas anamnesis, rinoskopi, pemeriksaan endoskopis hidung, biopsi, juga pemeriksaan histopatologi dan metode diagnosis tambahan (analisis biokimia darah, serologi, PPD, isolasi kompleks *Mycobacterium tuberculosis*, serta pemeriksaan radiologi). Teknik diagnostik baru seperti *polymerase chain reaction* dan *interferon γ assay* merupakan teknik diagnostik yang lebih cepat dibanding dengan metode sebelumnya, tetapi belum dievaluasi secara penuh untuk TB di daerah kepala dan leher.⁴

Penyempitan atau perlengketan atau sinekia daerah anatomik faring di berbagai tingkatan berkontribusi terhadap kolapsnya jalan napas. Karena tekanan inspirasi yang besar diperlukan untuk pembentukan aliran udara maka apabila semakin kecil diameter jalan napas akan semakin mudah terjadi kolaps. Anatomi abnormal yang sering didapatkan meliputi elongasi *palatum molle*, retrognatia, hipertrofi tonsil dan adenoid, serta makroglosia dan juga massa pada faring.²

Kasus yang pernah dilaporkan pada umumnya sinekia pilar tonsil anterior dengan pilar tonsil posterior dan sinekia pilar tonsil dengan uvula. Lokasi tersering TB pada daerah kepala dan leher telah diobservasi di kelenjar getah bening servikal (77%), pada abses leher dalam (10%), TB laring (8,50%), TB kelenjar submandibular (3%),

dan sebagai TB faring (1,5%).⁴

Granuloma merupakan suatu proses inflamasi kronik yang ditandai oleh sel makrofag, biasanya dikelilingi oleh sel-sel inflamasi lainnya, *giant cell*, dan juga fibroblas. Inflamasi granulomatosa diasosiasikan disebabkan oleh infeksi bakteri, *mycobacterium*, fungi, sifilis, parasit, sarkoid, Wegener granulomatosis, penyakit Chron, dan neoplasma. Apabila dihadapkan kasus infeksius tersebut yang tidak berespons dengan antibiotik empirik maka diperlukan pemeriksaan kultur dan biopsi jaringan yang terkait.² Makrofag adalah sel tipikal pada granuloma dan sering berkumpul menjadi *multinucleated giant cell* (*Langhans giant cell*).⁵

Diagnosis ditegakkan tidak hanya berdasarkan hasil temuan histopatologi berupa granuloma tipikal, tetapi juga berdasarkan hasil pewarnaan Ziehl-Neelsen untuk dapat menemukan bakteri batang tahan asam dan juga respons terhadap pengobatan yang diberikan. Pemeriksaan secara mikroskopik akan mengonfirmasi keberadaan bakteri batang tahan asam, tetapi tidak selalu mengindikasikan viabilitas organisme ataupun bakteri patogennya adalah TB (seperti halnya pada mikrobakteri atipik akan memberikan hasil pewarnaan positif). Pemeriksaan ini mempunyai spesifisitas tinggi (98%), tetapi sensitivitasnya rendah (41–65%). Sebagai tambahan, pewarnaan Ziehl-Neelsen gagal untuk dapat mengidentifikasi keberadaan mikobakteri dalam jumlah kurang dari 104 per mL. Pada pasien ini pemeriksaan secara mikroskopik dengan pewarnaan Ziehl-Neelsen memberikan hasil yang negatif. Untuk menegakkan diagnosis pasti, sediaan biopsi dari lesi harus dikirim untuk pemeriksaan pewarnaan dan kultur di samping pewarnaan histologi rutin untuk mengetahui tipe organisme yang dicurigai. Kultur TB paru mempunyai sensitivitas paling tinggi dengan metode yang ada menunjukkan angka deteksi sampai 98%.

Insidensi penyakit tuberkulosis ekstraparu juga mengalami peningkatan dan memberikan tantangan bagi para spesialis termasuk spesialis THT-KL dalam mendiagnosis area yang terpajan oleh TB. Tuberkulosis ekstraparu biasanya jarang infeksius dan pada pasien yang terpajan penyakit ini mempunyai ciri khas berupa jumlah bakteri yang jauh lebih rendah dibanding dengan pasien TB paru dengan kavitas.

Pilihan terapi untuk TB ekstraparu meliputi terapi obat, eksisi bedah, diatermia, kauterisasi, dan radioterapi. Pada kasus pasien ini dipilih

terapi eksisi bedah dengan angka rekurensi setelah eksisi >50%. Perlu diingat bahwa terjadinya resistensi terhadap obat antituberkulosis harus selalu dipertimbangkan selama terapi diberikan. Terapi pembedahan biasanya diperlukan untuk dapat mengatasi komplikasi lokal seperti jaringan parut.⁶ Penatalaksanaan secara operatif dilakukan pada pasien ini karena pada pasien ini terdapat gangguan pernapasan yang sangat mengganggu aktivitasnya sehari-hari serta penurunan berat badan yang diperberat oleh gangguan menelan. Silikon kateter pemasangannya dipertahankan selama 2 (dua) minggu untuk mempertahankan patensi jalan napas supaya tidak terjadi sinekia berulang, begitu pula evaluasi berkala sangat diperlukan selain pemberian OAT sampai dengan tuntas.

Keberhasilan operasi eksisi granuloma dalam anestesi umum di daerah dinding faring posterior dilaporkan di Mumbai terhadap seorang pasien TB laki-laki usia 28 tahun dengan granuloma dinding faring posterior. Gambaran histopatologi menunjukkan *giant cell*, sel limfosit, jaringan kaseosa, dan sel epiteloid. Pasien diberikan terapi OAT 4 regimen selama 9 bulan dan sembuh. Luka pascaoperasi dinding faring posterior membaik dan tidak ditemukan tanda-tanda infeksi TB di daerah lain.⁷

Obat OAT lini pertama meliputi rifampisin, isoniazid (INH), etambutol, pirazinamid, dan streptomisin. Lama terapi TB minimal selama 6 bulan yang terdiri atas 2 fase, yaitu fase inisial dan fase lanjutan. Fase inisial diberikan 4 macam obat (misalnya rifampisin, INH, pirazinamid, dan etambutol) selama 2 bulan. Fase lanjutan diberikan 2 macam obat (rifampisin dan INH) untuk 4 bulan berikutnya. Sesuai dengan panduan dari WHO dan Pedoman Nasional Pengendalian TB, pasien ini termasuk ke dalam kelompok penderita pasien baru TB paru yang meluas ke ekstraparu. Pasien ini diberikan obat yang sesuai dengan pengobatan kategori I berupa obat antituberkulosis-kombinasi dosis tetap (KDT). Pada KDT ini, dalam 1 tablet sudah mengandung 4 macam obat (rifampisin, INH, etambutol, dan pirazinamid) untuk fase inisial dan FDC yang mengandung 2 macam obat (rifampisin dan INH) untuk fase lanjutan. Dalam evaluasi bulan kedua, respons terapi pasien sangat cepat dan keluhan subjektif berkurang.⁸

Penatalaksanaan tuberkulosis (TB) orofaring yang disertai jaringan granuloma pada penelitian Dadgarnia dkk.² dari Shahid Sadoughi General

Hospital, Iran kasus granuloma ditemukan di *palatum molle*, uvula, dan pilar tonsil anterior hanya dilakukan terapi medikamentosa berupa isoniazid 300 mg, rifampisin 600 mg, pirazinamid 1.500 mg, dan etambutol 800 mg per hari dalam 2 bulan. Satu bulan setelah pengobatan awal, lesi menunjukkan resolusi penuh dan dalam evaluasi 1 tahun setelah pengobatan, pasien tidak mengalami kekambuhan.

Sebagai simpulan, pendekatan secara operatif pada kasus ini lebih tepat mengingat terdapat gangguan napas dan menelan yang berakibat penurunan kualitas hidup.

Daftar Pustaka

1. Bakti Husada. Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis. Edisi ke-2. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia; 2006.
2. Dadgarnia MH, Baradaranfar MH, Yazdani N, Kouhi A. Oropharyngeal tuberculosis: an unusual presentation. *Acta Medica Iranica*. 2008;46(6):521-3.
3. Raviglione CM. Tuberculosis: mycobacterial diseases. Dalam: Longo DL, Kasper DL, Jameson JL, Fauci AS, Hauser SL, Loscalzo, penyunting. *Harrison's principles of internal medicine*. Edisi ke-18. New York: McGraw-Hills Co.; 2012. hlm. 2821-52.
4. Sharma SK, Mohan A. Extrapulmonary tuberculosis. *Indian J Med Res*. 2004 Oct;120(4):316-53.
5. Probst R. Chronic inflammations: diseases of the oropharynx. Dalam: Probst R, Grevers G, Iro H, penyunting. *Basic otorhinolaryngology: a step-by-step learning guide*. Stuttgart: Thieme; 2008. hlm. 112-24.
6. Juvekar RV, Juvekar MR, Panchal DV. Tuberculoma of posterior pharyngeal wall. *Bombay Hospital J*. 2009;121:109-12.
7. Kamath MP, Bhojwani KM, Prabhu S, Naik R, Ninan GP, Chakravarthy Y. Multifocal tuberculosis of the nose and lymph nodes without pulmonary involvement: case report. *Ear Nose Throat J*. 2007 May;86(5):284-6.
8. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Tatalaksana pasien tuberkulosis. Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan; 2011.