

PENDEKATAN INTRAORAL PADA INSISI DRAINASE ABSES BUCCAL

Fransiska Anggriani Salim, dr.*; H.M.Dwijo Murdiyo, dr., Sp. T.H.T.K.L. (K)**

*PPDS Ilmu Kesehatan Telinga Hidung Tenggorokan dan Bedah Kepala Leher

**Staf SMF Ilmu Kesehatan Telinga Hidung Tenggorokan dan Bedah Kepala Leher Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya / RSUD Dr. Saiful Anwar Malang

Abstrak

Latar Belakang: Abses leher dalam merupakan infeksi bakteri pada rongga-rongga potensial disepanjang leher yang dapat mengancam nyawa. Angka kejadian abses leher dalam diperkirakan mencapai 9-15 per 100.000 kejadian, dimana infeksi odontogenik menjadi penyebab tersering **Tujuan:** Melaporkan sebuah kasus abses buccal. **Laporan kasus:** laki laki berusia 68 tahun datang dengan keluhan bengkak pada pipi kanan. Berdasarkan anamnesis, presentasi klinis, radiologi pasien didiagnosis Abses buccal. Pasien menjalani operasi insisi dan drainase abses secara GA. **Kesimpulan:** Ruang daerah kepala leher merupakan ruang potensial yang berada di beberapa fascia yang normalnya berisi jaringan ikat longgar. Prinsip tatalaksana abses kepala leher meliputi: medikamentosa, pembedahan, terapi sumber masalah gigi, maupun kombinasi dari ketiganya

Kata Kunci: Abses Buccal, infeksi, insisi drainase

Abstract

Background: Deep neck abscess is a bacterial infection in potential cavities along the neck which can be life threatening. The incidence of deep neck abscess is estimated at 9-15 per 100,000 incidents, where odontogenic infection is the most common cause.. **Objective:** To report a case of buccal abscess. **Case report:** 68 year old man came with complaints of swelling on the right cheek. Based on the history, clinical presentation and radiology, the patient was diagnosed with buccal abscess. The patient underwent incision and abscess drainage. **Conclusions:** The area around the head and neck is a potential space contained in various fascia that generally include loose connective tissue. Medication, surgery, therapy for the source of the dental problem, or a combination of the three are the treatment principles for head and neck abscesses.

Keywords: Buccal abscess, infection, incision and drainase

PENDAHULUAN

Abses leher dalam merupakan infeksi bakteri pada rongga-rongga potensial disepanjang leher yang dapat mengancam nyawa. Abses leher dalam menyumbang sekitar 3.400 angka rawat inap setiap tahun di Amerika Serikat. Gejala klinik dari abses leher bervariasi, seperti: bengkak pada leher, kemerahan, hangat pada perabaan, demam, trismus, disfonia, disfagia dan sesak nafas hingga obstruksi jalan nafas.^{1,2}

Angka kejadian abses leher dalam diperkirakan mencapai 9-15 per 100.000 kejadian, dimana infeksi odontogenik menjadi penyebab tersering. Penyebab lain yang dapat menyebabkan abses leher dalam seperti: infeksi saluran nafas atas, infeksi kelenjar air liur, trauma, benda asing dan iatrogenik.^{3,4} Sebagian

besar infeksi odontogenik dimulai dari nekrosis dari pulpa gigi akibat karies yang dalam. Jika infeksi melibatkan jaringan lunak yang berdekatan, maka akan menyebabkan respon inflamasi difus dengan selulitis atau abses. Terapi abses leher terdiri dari: antibiotik spektrum luas secara intravena, drainage abses dan proteksi jalan nafas (intubasi dan atau trakeostomi).^{5,6}

Dalam laporan kasus ini akan dibahas suatu kasus pada pasien laki-laki berusia 68 tahun dengan abses buccal disertai diabetes mellitus, hipertensi dan multiple caries dentis. Hal yang menarik dari kasus ini adalah pendekatan operatif yang dilakukan secara intraoral. Oleh karena itu penulis tertarik untuk membuat suatu karya tulis yang membahas mengenai pendekatan intraoral pada abses

buccal, sehingga diharapkan dokter Ilmu Kesehatan T.H.T.B.K.L mampu memberikan penanganan yang tepat pada pasien dengan abses buccal.

LAPORAN KASUS

Kami melaporkan kasus seorang laki laki berusia 68 tahun datang ke department T.H.T.B.K.L RSSA malang dengan keluhan bengkak pada pipi kanan sejak 6 hari sebelum masuk rumah sakit. Bengkak disertai dengan kemerahan pada pipi kanan, pasien juga mengeluh terasa hangat pada daerah bengkak.

Awalnya bengkak dirasa kecil, semakin lama semakin meluas dan disertai nyeri. Pasien juga mengeluhkan nyeri pada gigi kanan atas, namun tidak pernah berobat ke dokter gigi. Gigi berlubang + pada rahang atas dan terdapat beberapa gigi yang hilang. Mengeluh merasakan rasa asin pada pada mulut -. Demam sejak 2 hari sebelum masuk rumah sakit, demam membaik dengan obat. Pasien juga mengeluhkan badan lemas sejak 3 minggu terakhir. Batuk -, pilek -, sesak -. Tidak didapatkan keluhan pada telinga dan hidung. Tidak didapatkan Riwayat alergi obat dan makanan. Kejadian tersebut merupakan kejadian pertama.

Pasien memiliki Riwayat diabetes mellitus sejak 5 tahun ini, rutin mengkonsumsi obat: metformin 2x 500 mg, glimepiride 1x 2 mg dan acarbose 1x 100 mg. Riwayat hipertensi sejak 5 tahun dan rutin konsumsi obat cadesartan 1x 8 mg

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum cukup, tampak sakit sedang, kesadaran *compos mentis* dengan *Glasgow Coma Scale* (GCS) 4/5. Nadi 98 x/menit, regular, kuat angkat. Frekuensi nafas 22 x/menit, regular. Suhu tubuh 36,5°C dengan saturasi O₂ 99% *room air*, dan skor VAS 5-6. Pada pemeriksaan telinga tidak di temukan kelainan dan juga hidung, Pada pemeriksaan tenggorok dan area buccal faring hiperemi -, granul - Tonsil: T1/T1 Trismus - Tampak indurasi pada buccal D/, hiperemi +, pus -, darah - Penonjolan regio gingivobuccal D/ +

Pada Pemeriksaan foto Cervical di dapatkan opasitas pada submandibula kanan, meluas ke anterior, tidak tampak deviasi maupun penyempitan airway ketebalan soft tissue retrofaring pada level V.C2 $\pm$ 3 mm (N<7mm), pada level V.C7 $\pm$ 14 (N<21mm).

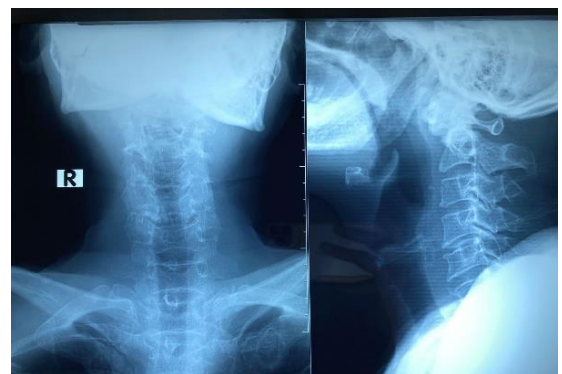
Pasien juga di di dapatkan ada nya peningkatan Leukosit 17.120 / μ L pada pemeriksaan darah lengkap.

Pasien didiagnosis dengan Abses Bucal Dextra. Pasien direncanakan pro insisi drainase- GA. Kemudian dilakukan konsultasi sejawat anestesi dengan *assessment American Society of Anesthesiologist* (ASA) III E.

Sebelum insisi di lakukan , kami melakukan *proof puncture* di dapatkan pus bercampur darah dengan volume 0.5cc lalu dilakukan insisi di daerah tonjolan sepanjang 1 cm, kemudian dilakukan pelebaran secara tumpul dengan menggunakan pean Dilakukan massase pada regio buccal dextra dan didapatkan volume sekitar 20 cc , bercampur darah dengan dominan pus.



Gambar 1. Bengkak dan kemrehan didapatkan pada leher kanan pasien serta Tampak indurasi pada buccal , hiperemi +, Penonjolan regio gingivobuccal



Gambar 2. Foto Cervical AP di RSUD Saiful Anwar Malang



Gambar 3. Pus dan darah pada temuan proof punction

DISKUSI

Pasien didiagnosa dengan abses buccal dextra, *multiple caries dentis*, diabetes mellitus (DM) tipe II dan hipertensi (HT) dan dilakukan terapi berupa insisi drainase pada benjolan daerah gingivobuccal dekstra dan pemberian antibiotik. Terdapat kaitan erat antara abses kepala leher dengan penyakit gigi.¹³

Angka kejadian abses leher dalam lebih banyak pada laki-laki sesuai dengan kasus yang terjadi pada laki-laki usia 68 tahun. Dikatakan bahwa pasien dewasa usia 31-50 tahun sering mengabaikan kebersihan gigi dan mulut sehingga kondisi penyakit menjadi lebih parah. Selain itu, perbedaan kekuatan jaringan ikat pada laki-laki dan perempuan dan konsumsi alkohol dan rokok diduga menjadi beberapa penyebab abses leher dalam lebih sering terjadi pada laki-laki.^{7,8,9}

Kasus infeksi akibat odontogenik terutama sering terjadi pada negara berkembang dan dapat diterapi dengan mudah. Infeksi odontogenik dapat menyebabkan morbiditas karena letaknya yang dekat dengan faring, servikal, torakal dan regio intrakranial.^{10,11,12}

Terdapat beberapa komorbid yang dapat memperparah kondisi pasien dengan abses leher dalam, yaitu: DM, kelainan psikiatri/dementia, imunokompromais, penyakit hati kronik, penyakit jantung dan pembuluh darah, keganasan, pecandu narkoba jenis suntik dan pecandu alkohol. Menurut penelitian Yew *et al* tahun 2021, *Klebsiella*

pneumonia merupakan patogen yang sering terjadi pada pasien dengan DM pada kasus infeksi rongga maksilofasial.¹³

Pada kasus, hasil kultur abses didapatkan 2 patogen yaitu: *Klebsiella pneumoniae* dan *Streptococcus anginosus*. Sesuai dengan teori yang menyebutkan bahwa abses leher dalam biasanya terjadi infeksi polimikrobial. Pasien dengan DM tidak terkontrol menyebabkan penurunan imunitas tubuh, dimana terjadi penurunan fagositosis, kemotaksis dan penurunan fungsi leukosit secara menyeluruh. Pada pasien dengan infeksi sedang berat, nilai gula darah sewaktu tidak bisa menjadi patokan untuk menegaskan diagnosa DM karena sedang berada dalam kondisi stress jaringan yang tinggi, sehingga memerlukan pemeriksaan HbA1c untuk menilai kondisi glikemik jangka lama.^{6,7,14}

Respon inflamasi yang terjadi pada saat infeksi ditandai dengan neutrofilia dan limfositopenia, yang diukur sebagai N/L ratio. Terdapat korelasi positif antara lama rawat inap dan leukositosis, neutrofilia, N/L ratio dan level CRP pada pasien dengan abses odontogenik. Sesuai dengan teori, pada pasien ditemukan leukositosis 17.120, neutrofilia 82.7% serta peningkatan N/L ratio yaitu 7.38. Menurut Pavan *et al* tahun 2020, N/L ratio pada kondisi infeksi/ inflamasi berat menunjukkan angka di atas 6.¹⁵

Tujuan dari prosedur insisi drainase adalah untuk eliminasi patogen yang berada di bawah jaringan dengan harapan terjadi penurunan tekanan hidrostatik dan meningkatkan suplai pembuluh darah sehingga meningkatkan suplai sel-sel defensif dan antibiotik pada area yang terinfeksi. Terdapat 2 macam pendekatan pada kasus abses odontogenik, yaitu: pendekatan eksternal dan intraoral.¹⁵

Pendekatan secara eksternal dilakukan pada titik terendah daerah abses, mengikuti garis relaksasi wajah. Pendekatan intraoral dilakukan pada daerah paling menonjol atau mengikuti sulkus gingiva. Setelah dilakukan insisi dan drainase, dapat dilakukan pemasangan drain sehingga memungkinkan

keluarnya nanah melalui luka dan memfasilitasi irigasi pada daerah operasi. Pada kasus dilakukan pendekatan secara intraoral dengan pertimbangan terdapat penonjolan pada daerah intraoral yaitu pada daerah gingivobuccal sehingga dilakukan pendekatan secara intraoral, dan didapatkan pus sebanyak 20 cc.¹⁶

Dilakukan pemilihan insisi dan drainase dengan pendekatan intraoral sesuai dengan teori yang menyebutkan bahwa pendekatan intraoral lebih dipilih karena tidak menimbulkan bekas luka. Sedangkan pada infeksi ruang buccal regio mandibula, drainase intraoral tidak disarankan karena mungkin tidak mencapai hasil yang diinginkan, sehingga pendekatan ekstra oral lebih disarankan.¹⁷

Lama rawat inap sekitar 4 hari, peningkatan hari rawat inap dipengaruhi beberapa hal yaitu jumlah ruang yang terlibat, penyakit-penyakit komorbid. Pada pasien dilakukan perawatan selama 5 hari. Komplikasi dari infeksi abses leher dalam meliputi: mediastinitis, pericarditis, *necrotizing cervical fascitis*, pneumonia aspirasi, infark miokard akut, septikemia dan *multiorgan failure*, meningitis, abses otak, obstruksi jalan nafas hingga kematian dengan angka mortalitas 8%.^{8,12,18}

KESIMPULAN

Ruang daerah kepala leher merupakan ruang potensial yang berada di beberapa fascia yang normalnya berisi jaringan ikat longgar. Infeksi pada ruang potensial ini dapat mengancam nyawa. Infeksi odontogenik merupakan penyebab tersering terjadinya abses regio kepala leher. Arah penyebaran infeksi odontogenik diprediksikan sesuai dengan lokasi gigi yang Prinsip tatalaksana abses kepala leher meliputi: medikamentosa, pembedahan, terapi sumber masalah gigi, maupun kombinasi dari ketiganya.

DAFTAR PUSTAKA

1. Esposito S, Guido CD, Pappalardo M, Laudisio S, Meccariello G, Capoferri G, et al. Retropharyngeal, Parapharyngeal and

- Peritonsillar Abscesses. MDPI. 2022; 9: 618-631.
2. Ho CY, Wang YC, Chin SC, and Chen SL. Factors Creating a Need for Repeated Drainage of Deep Neck Infections. MDPI. 2022; 12: 940-949.
3. Cooper MN, Abrishamian LK, and Newton KI. Odontogenic Abscess. The Journal of Emergency Medicine. 2013; 45 (1): 86-87.
4. Bal KK, Unal M, Delialioglu N, Oztornaci O, Ismi O, and Vayisoglu Y. Diagnostic and Therapeutic Approaches in Deep Neck Infections: An Analysis of 74 Consecutive Patients. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology. 2020; 88 (4): 511-522.
5. Johnson JT and Rosen C. Bailey's Head and Neck Surgery Otolaryngology Volume One, Fifth Edition. Philadelphia: Lipponcott William & Wilkins; 2014.
6. Shukla A and Mehrotra D. Odontogenic Infections: General Principles. Oral and Maxillofacial Surgery for the Clinician. 2021; 1: 429- 439.
7. Yew CC, Sivamuni SS, Khoo SE, Yuen KM and Tew MM. Clinical Management of Orofacial Odontogenic Infection: A Four Year Retrospective Study. Orofacial Sciences. 2021; 16 (1): 25-37.
8. Yuki K, Mizuha K, Kazuhiro S, and Yutaka S. A Case of Buccal Abscess from an Impacted Wisdom Tooth in an Elderly Person with Malnutrition. Case Report in Dentistry. 2016; 1: 1-3.
9. Kokong DD, Adoga AA, Akhiwu BI, Rowland A, Mugu JG, Embu HY, et al. Deep Neck Space Infections: Scope, Dangers and Predictors of Outcome in an Emerging Economy. IJCEO. 2017; 3 (2): 56-62.
10. Rout S, Gautam S, Shah AK. Temporal Space Infection Secondary to Recurrent Buccal Space Infection from Mandibular Deciduous Molar in 7 Year Old Child: A Case Report. Journal of Chitwan Medical College. 2019; 9 (27): 70-73.

11. Velhonoja J, Laaveri M, Soukka T, Irjala H, and Kunnunen I. Deep Neck Space Infections: An Upward Trend and Changing Characteristics. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*. 2020; 277: 863-872.
12. Sjamsudin E, Riawan L, and Priyanto W. Management of Odontogenic Infection of Primary Teeth in Child That Extends to the Submandibular and Submental Spaces. *IJMBS*. 2021; 5 (8): 101-105.
13. Pavan EP, Washington GP, Gitt HA, and Luz JG. Changes in Vital Signs and Laboratory tests in Patients with Odontogenic Infections Requiring Hospitalization. *Int J Odontostomat*. 2020. 14 (4): 685-693.
14. Wates E, Higginson J, Kichenaradjou A, and McVeigh K. A Severe Deep Neck Odontogenic Infection not Prioritised by the Emergency Department Triage System and National Early Warning Score. *BMJ Case Rep*. 2018; 1: 1-5.
15. Alotaibi N, Cloutier L, Khaldoun E, Bois E, Chirat M, and Salvan D. Criteria for Admission of Odontogenic Infections at High Risk of Deep Neck Space Infection. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Disease*. 2015; 132: 261-264.
16. Ortiz R and Espinoza V. Odontogenic Infection. Review of the Pathogenesis, Diagnosis, Complications and Treatment. *Res Rep Oral Maxillofac Surg*. 2021; 5 (2):1-10.
17. Jevon P, Abdelrahman A, and Pigadas N. Management of Odontogenic Infections and Sepsis: An Update. *British Dental Journal*. 2020; 229 (6): 363-370.
18. Gaddipati R. Fascial Space Infection. *Oral and Maxillofacial Surgery for the Clinician*. 2021; 1: 441- 459.