

Spondilitis Tuberkulosis dengan Abses Retrofaringeal

Maryam, M. Farid

Laboratorium Ilmu Kesehatan Anak, Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin,
Rumah Sakit Umum Ujung Pandang, Ujung Pandang

SUMMARY

A case of cervical tuberculous spondylitis with retropharyngeal abscess in a three year old boy was reported. The diagnosis was based on the history of illness, clinical picture and radiological examination. He was treated with tuberculostatics and incision of the abscess.

PENDAHULUAN

Spondilitis tbc ialah suatu osteomielitis kronik tulang belakang yang disebabkan oleh kuman tbc¹. Infeksi umumnya mulai dari korpus vertebra lalu ke diskus intervertebralis dan ke jaringan sekitarnya. Daerah yang paling sering terkena, berturut-turut ialah daerah torakal terutama bagian bawah, daerah lumbal dan servikal¹⁻⁴. Akibat perkejuan akan terbentuk abses yang dapat meluas ke sekitarnya dan mencari jalan ke luar. Paling sering mengikuti fasia otot psoas, berkumpul dalam fosa iliaka sampai terjadi fistel kulit. Abses di daerah servikal akan menyebar sebgalabses retrofaringeal^{1,5}

Makalah melaporkan satu kasus spondilitis tbc dengan abses retrofaringeal, lokasi abses dingin yang paling jarang dibanding dengan lokasi yang lain.

LAPORAN KASUS

S, laki-laki umur 3 tahun masuk Unit Perawatan Fungsional Bagian Anak RSU Ujung Pandang dengan riwayat penyakit sebagai berikut: sejak 2 bulan lalu terdapat benjolan di leher dan bernanah. Leher nampak sukar digerakkan. Anak sukar menelan dan sesak sejak 20 hari lalu. Sering demam, berkeringat malam, nafsu makan kurang dan makin hari makin kurus. Serumah dengan neneknya yang menderita batuk darah. Belum pernah mendapat vaksinasi BCG.

Pada pemeriksaan fisik anak nampak sakit berat, gizi buruk (BB 8,8 kg, PB 86 cm), kesadaran baik, suhu rektal 38,1°C, nadi 120/menit, reguler, berisi. Pernapasan 36 kali/menit, stridor inspirasi.

Leher: tortikolis, pembesaran kelenjar limfe leher kiri, kanan, bentuk paket, tak nyeri tekan, ada fistel dan jaringan parut, warna kulit kebiru-biruan. Faring: nampak penonjolan dinding posterior.

Toraks: simetris pada istirahat dan gerakan. Periksa ketok: sonor kiri dan kanan, batas part depan dan belakang normal, bunyi pemapasan vesikuler, tidak ada ronki. Jantung tidak menunjukkan kelainan. Anggota gerak: tonus otot kesan normal, sensibilitas baik, kekuatan kiri dan kanan normal, refleks-refleks patologis tidak ada, *wasting* tidak ada. Kifosis: setinggi ruas tulang belakang servikal II — IV.

Hasil laboratorium: LED 65/jam I, Hb 11,6 gr%, leukosit 8000/mm³, hitung jenis: eos —, segmen 61, limfo 37, mono 2. Uji tuberkulin 10 TU PPD 18 x 20 mm.

Pemeriksaan radiologik :

- curiga destruksi korpus vertebra servikal II, III, IV dengan penebalan jaringan lunak pre vertebral.
- bronkopneumonia.

Kesan: abses retrofaringeal, mungkin spondilitis tbc. bronkopneumonia spesifik.

Diagnosis: Tuberkulosis paru
Spondilitis tuberkulosa
Abses retrofaringeal
Skrofuloderma
PEM (marasmus)

Pengobatan: Streptomisin 300 mg/hari i.m

INH 2 x 75 mg

Etambutol 2 x 100 mg

Vitamin A 1 x 100.000 IU

KCl 3 x 200 mg

Vitamin B kompleks dan C 2 x 1 tablet.

Pengamatan lanjut:

Hari 1 : Konsul THT : -abses retrofaringeal, insisi keluar pus.

Hari 4 : Keadaan umum baik.

Hasil pemeriksaan pus pada preparat langsung: ZN basil tahan asam tidak ditemukan.

Hari 24: Konsul THT: tidak didapatkan abses retrofaringeal

dan luka insisi bersih.

Hari 30: Foto leher lateral kanan: jaringan lunak retrofaringeal lebih tipis dibandingkan dengan foto sebelumnya; kesan ada perbaikan.

DISKUSI

Tuberkulosis tulang terutama berasal dari fokus paru akibat penyebaran hematogen maupun limfogen. Penyebaran ke tulang dapat segera berkembang dan manifes, atau tetap tenang dan setelah beberapa bulan atau tahun menjadi aktif^{4,6}. Makin muda usia anak menderita kompleks primer, kemungkinan menderita tbc tulang makin besar. Semua bagian tulang dapat terkena tetapi yang paling sering ialah tulang spongiosa¹. Kelainan anatomi patologik yang mungkin terjadi pada tbc tulang ialah²:

1) Masa kaseosa yang terjadi kecil sekali atau tidak terbentuk sama sekali, terjadi erosi tulang, kanal Haversi runtuh, sedangkan trabekule masih utuh sehingga terjadi osteoporosis. Osteoklast memegang peranan penting dalam proses destruksi ini.

2) Terjadi masa kaseosa, trabekule rusak, tulang melunak, massa kaseosa menyebar ke jaringan lunak sekitarnya menimbulkan abses dingin. Kejadian ini lebih sering terjadi pada tulang belakang.

Kerusakan korpus vertebrae membentuk deformitas yang disebut gibus (kifosis). Jumlah vertebra yang terserang biasanya lebih dari 1 buah, terbanyak 2—5 buah⁵.

Keluhan disebabkan oleh rangsangan dan penekanan terhadap jaringan sekitarnya, misalnya terhadap otot-otot dan radikis dorsalis nervi spinalis dan gangguan fungsi medula spinalis. Penderita selalu berusaha mengurangi gerakan tulang belakang sehingga gerakan menjadi kaku^{5,7}. Pada spondilitis servikalis, nyeri dirasakan pada daerah belakang kepala dan

sekitar leher. Pergerakan leher terbatas, kadang-kadang tortikolis.

Pada kasus yang dilaporkan, diagnosis spondilitis tbc dan abses retrofaringeal ditegakkan berdasarkan riwayat penyakit berupa sering demam, berkeringat malam, nafsu makan kurang yang sudah berlangsung 2 bulan, pergerakan leher terbatas, tortikolis, penonjolan dinding posterior faring, stridor inspirasi, sesak, uji tuberkulin positif dan diperkuat oleh pemeriksaan radiologik yang menunjukkan adanya destruksi korpus vertebra servikal II—IV dengan penebalan jaringan lunak pre vertebral.

RINGKASAN

Telah dilaporkan satu kasus laid-laid umur 3 tahun dengan spondilitis tbc servikalis yang disertai abses retrofaringeal. Diagnosis ditegakkan berdasarkan riwayat penyakit, gambaran klinik dan pemeriksaan radiologik. Diberi pengobatan tuberkulostatika dan insisi abses.

KEPUSTAKAAN

1. Boyd W. A textbook of pathology. 7th ed. Philadelphia: Lea and Febiger, 1964; 1232—4.
2. Watts HG, Kirkpatrick J. The bones and joints. In: Behrman RE, Vaughan VC, eds. Nelson textbook of pediatrics. 12th ed. Philadelphia: WB Saunders Co, 1983; 719—22.
3. Caffey J, Silverman FN. Pediatric x-ray diagnosis. 4th ed. Chicago: Year Book Medical Publishers, 1961; 1199-201.
4. Staf Pengajar LIKA FKUI. Buku kuliah ilmu kesehatan anak. Cetakan IV. Jakarta FKUI, 1985; 590-1, 933—4.
5. Sifontes JE. Tuberculosis. In: Bemett HL, Yinhom AH. Paediatrics. 15th ed. New York: Appleton Century Crofts, 1972; 662-90.
6. Smith MHD, Marquis JR. Tuberculosis and other mycobacterial infections. In: Feigin RD, Cherry JD, eds. Textbook of pediatric infectious diseases. Philadelphia: WB Saunders Co, 1981; 1036—7.
7. Miller FJW. Tuberculosis in children. 1st ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1982; 190-8.

