

Tuberkulosis faring

Suatu laporan kasus

Supomo Sukardono, Made Setiamika dan I.B. Agung

Laboratorium Ilmu/Unit Pelayanan Fungsional Telinga, Hidung, Tenggorok, Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada/RSUP Dr. Sardjito, Yogyakarta.

ABSTRACT

Supomo Sukardono, Made Setiamika & I.B. Agung – *Pharyngeal tuberculosis. A case report.*

Pharyngeal tuberculosis is a rarely diagnosed case or it is frequently ignored and confused with other diseases such as midline granuloma and fungal infections.

Pharyngeal tuberculosis generally follows pulmonary tuberculosis while the incidence of pulmonary tuberculosis is still high.

This report showed a male with distinct symptoms such as painful swallowing for 5 months and had small and shallow ulcers with rough edge and granulation tissue at the base, pale mucosa at the dorsal wall of pharynx, tonsils and soft palate. The differential diagnosis were midline granuloma, fungal infection and pharyngeal tuberculosis.

The appropriate diagnosis of pharyngeal tuberculosis could be confirmed by the finding of a positive acid fast bacteria test or histopathological examination which showed pharyngeal tuberculosis.

The patient was referred to the Pulmonary Disease Unit for treatment.

After one month treatment the clinical features were better.

Key words : tuberculosis – midline granuloma – fungal infection – pulmonary tuberculosis

(Berkala Ilmu Kedokteran Vol. 27, No. 3:151-4, September 1995)

PENGANTAR

Tuberkulosis faring merupakan kasus yang jarang terdiagnosis atau diagnosis-nya sering terlupakan, bahkan sering dikelirukan dengan penyakit lain seperti misalnya *midline granuloma* dan infeksi jamur. Menurut Morrison tuberkulosis faring umumnya mengikuti tuberkulosis paru, sedangkan kejadian tuberkulosis paru masih tinggi.¹ Penyakit ini merupakan urutan kesepuluh penyakit terbanyak dan nomor empat penyebab kematian seperti ditulis oleh Mangunegara dan Suryatenggara.²

Jawetz mengatakan bahwa tuberkulosis merupakan penyakit infeksi kronik dan sistemik yang

disebabkan oleh mikobakterium tuberkulosa dan cara penyebarannya ke dalam tubuh melalui saluran nafas, getah bening, pencernaan dan langsung menyerang setiap organ di tubuh.³ Menurut Bloch, banyak usaha yang telah dilakukan untuk menangani kasus semacam ini, namun belum memberi hasil yang diharapkan. Terbukti bahwa dari satu miliar masyarakat dunia yang terinfeksi, 8 juta merupakan kasus baru dan 3 juta kematian terjadi setiap tahunnya.⁴

Kasus tuberkulosis paru di Indonesia masih banyak, tetapi angka kejadian tuberkulosis ekstra paru sangat jarang dilaporkan, begitu pula di luar negeri. Tanjung menyebutkan bahwa laporan tuberkulosis ekstra paru berbeda-beda angkanya untuk satu penulis dan penulis lainnya, juga satu daerah dengan daerah lainnya. Kesan yang didapat adalah bahwa angka kejadian kasus ini

Supomo Sukardono, Made Setiamika, I.B. Agung, Department of Ear, Nose and Throat, Faculty of Medicine, Gadjah Mada University, Yogyakarta

cukup tinggi yaitu berkisar antara 20 - 30% dari seluruh kasus tuberkulosis.⁵

Di Rumah Sakit Dr. Sardjito Yogyakarta ditemukan dua kasus tuberkulosis faring pada periode Januari 1988 sampai Desember 1992.

Patofisiologi masuknya mikobakterium tuberkulosis ke dalam tubuh, bisa melalui saluran nafas, saluran cerna atau secara langsung dan terpenting adalah melalui saluran nafas lewat *droplet nuclei* saat batuk, bicara, bernyanyi atau tertawa. Citron menyatakan bahwa infeksi primer umumnya terjadi melalui saluran nafas masuk ke lobus medius dan inferior, sedangkan infeksi melalui saluran cerna menyebabkan infeksi pada tonsil dan usus.⁶ Ada atau tidaknya infeksi tergantung dari sistem pertahanan tubuh spesifik maupun non spesifik. Individu yang lebih mudah mendapat infeksi tuberkulosis ini misalnya pasien diabetes mellitus, silikosis, penerima terapi kortikosteroid, dan pasca gastrektomi berdasar pendapat Tatters field.⁷

Kuman yang sampai di paru ditangkap makrofag, sebagian ada yang memperbanyak diri menyebar ke ekstra paru seperti misalnya pada tuberkulosis faring ini. Jika daya tahan tubuh baik, akan terjadi kesembuhan tanpa ada gejala sama sekali. Sayangnya, 10% dari kasus seperti ini menjadi progresif menyebar secara hematogen menjadi tuberkulosis miliar dan akhirnya juga ke organ lainnya.

Menurut Morrison, terdapat tiga tipe tuberkulosis faring yaitu: Tipe I merupakan tuberkulosis miliar akut yang penyebarannya lewat darah kemudian ke faring.¹ Bila tuberkel pecah terjadilah ulkus yang rasanya sakit sekali atau sakit waktu menelan; Tipe II merupakan ulserotuberkulosis kronik yang berkaitan dengan tuberkulosis paru stadium akhir. Penyebarannya menuju ke faring kemudian membentuk tuberkel yang bila pecah menimbulkan ulkus yang terasa sakit sekali; Tipe III merupakan lupus vulgaris yang penyebarannya mulai dari hidung ke faring membentuk ulkus yang keras dan menimbulkan rasa sakit sekali.

Gejala sistemik dapat berupa keringat dingin di waktu malam hari, berat badan menurun, kelelahan, batuk dengan sputum mukopurulen, kadang dengan batuk darah.²

Gejala lokal bisa berupa sakit menelan dan tenggorok sering kering. Tanda-tanda lokal dapat

berupa mukosa faring pucat akibat anemia sistemik, ulserasi dangkal dengan tepi (pinggir) yang dangkal serta pada dasar ulkus terdapat jaringan granulasi.¹

Diagnosis tuberkulosis faring sebenarnya tidak sulit, namun perlu perhatian dan harus dibedakan dengan karsinoma dan penyakit granulasi jaringan. Penyakit-penyakit yang harus disingkirkan adalah *midline granuloma* dan infeksi jamur. Diagnosis pasti ditegakkan dengan menemukan bakteri tahan asam (BTA positif) dari pemeriksaan usapan atau biopsi jaringan yang erosi.

LAPORAN KASUS.

Penderita adalah seorang laki-laki berumur 30 tahun, datang ke Unit THT RSUP Dr. Sardjito pada tanggal 5 Juli 1993 dengan keluhan utama sakit menelan.

Dari anamnesis diperoleh keterangan bahwa penderita mengeluh sakit menelan sejak lima bulan disertai batuk, tetapi batuk darah tidak pernah. Sesak nafas tidak pernah dirasa. Di lingkungannya tak ada orang yang menderita batuk kronik seperti tuberkulosis. Kadang-kadang badannya berkeringat dingin pada malam hari. Nafsu makannya menurun sehingga berat badannya juga menurun dan merasa lemah. Penderita ini sudah diobatkan berkali-kali belum ada perbaikan.

Pada pemeriksaan dijumpai status generalis yang menunjukkan keadaan umum lemah, pucat, gizi kurang. *Vital sign* menunjukkan tekanan darah 100/80 mmHg, nadi 80 denyutan tiap menit, respirasi 20 kali tiap menit, suhu badan 36,8°C. Status lokalis menunjukkan pada dinding dorsal faring terdapat ulkus kecil-kecil dengan tepi tak rata, pada dasar ulkus terdapat jaringan granulasi, mukosa faring tampak pucat dan ditemukan juga pembesaran kelenjar limfe sub-mandibularis. Pada saat itu diduga ada kelainan granulasi, yaitu *midline granuloma* dengan diagnosis banding tuberkulosis faring dan infeksi jamur.

Pemeriksaan tambahan yang dilakukan adalah foto röntgen toraks, yang menunjukkan kesan adanya proses miliaris kemungkinan karena proses spesifik. Hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan kadar hemoglobin 10,5 g%, jumlah

leukosit 6.2 ribu per mm³, hitung jenis eosinofil 3%, batang 0%, segmen 74%, limfosit 23%, kecepatan enap darah 67mm jam pertama. Usapan dari sekret ulkus yang diperiksa ke Bagian Parasitologi menunjukkan tidak ditemukan jamur. Pemeriksaan BTA sebanyak lima kali hasilnya negatif. Pemeriksaan PAP TB hasilnya positif tuberkulosis. Untuk pemeriksaan histopatologis dilakukan biopsi, yang terbukti menunjukkan radang granuloma sehingga tuberkulosis belum dapat disingkirkan. Guna menegakkan diagnosis pasti, diputuskan untuk dilakukan biopsi ulang dengan hasil tuberkulosis positif.

Dari hasil pemeriksaan tersebut dapat disimpulkan bahwa kelainan di faring itu merupakan proses spesifik tuberkulosis faring sebagai akibat perluasan tuberkulosis milier akut. Penderita akhirnya dirujuk ke SMF Paru RSUP Dr. Sardjito untuk diberi pengobatan rifampisin 1 x 450mg, INH 1 x 400 mg, pirazinamid 1 X 1000 mg, B₆.

Setelah satu bulan penderita kontrol ternyata secara klinis membaik.

PEMBAHASAN

Tuberkulosis faring merupakan penyakit yang perlu perhatian mengingat kejadiannya dapat mengikuti tuberkulosis paru, sedangkan kejadian tuberkulosis paru di Indonesia masih tinggi.² Mengenai kasus tuberkulosis faring semacam ini sepengetahuan penulis belum ada yang melaporkannya.

Di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta hanya dijumpai dua kasus selama periode dari Januari 1988 sampai Desember 1992. Hal ini kemungkinan disebabkan karena tuberkulosis faring sering kali keliru didiagnosis dengan penyakit lain seperti *lethal midline granuloma* dan infeksi jamur.

Pada laporan kasus ini diagnosis tuberkulosis faring dapat ditegakkan berdasarkan gambaran klinis yang muncul dan beberapa pemeriksaan penunjang. Kasus ini ternyata adalah tuberkulosis tipe millier akut yang penyebarannya diduga lewat sirkulasi darah menuju ke faring sehingga terjadi tuberkulosis faring. Pada pemeriksaan ditemukan pasien pucat, gizi kurang serta lemah, sesuai dengan yang dikemukakan Mangunegoro dan Suryatenggara² hanya saja tidak disertai keringat dingin waktu malam hari, batuk maupun

batuk darah. Ulkus kecil dengan tepi tak rata, terasa nyeri dan sakit sekali pada pasien ini juga sesuai dengan yang dikemukakan oleh Morrison¹ dan diduga berasal dari tuberkel yang pecah. Di samping itu foto röntgen toraks pasien ini menunjukkan tuberkulosis paru miliaris, sehingga menyokong pendapat Morrison bahwa tuberkulosis faring biasanya mengikuti tuberkulosis paru.¹

Pengobatan yang diberikan pada pasien ini berdasarkan hasil konsultasi dengan SMF Paru RSUP Dr. Sardjito juga sesuai dengan yang dianjurkan Mangunegoro dan Suryatenggara untuk tuberkulosis paru milier.² Selanjutnya terapi tuberkulosis ini diserahkan kepada SMF Paru RSUP Dr. Sardjito sebagai pihak yang berkompeten. Terapi yang diberikan adalah INH 1 x 400 mg, pirazinamid 1 x 1000 mg, B₆ 10 mg, rifampisin 1 x 450mg. Setelah satu bulan penderita kontrol dan menunjukkan keadaannya secara klinis membaik.

KESIMPULAN

Tuberkulosis faring pada umumnya kejadiannya mengikuti tuberkulosis paru sedang angka kejadian tuberkulosis paru di Indonesia masih tinggi. Tuberkulosis faring sering tidak terdiagnosis atau didiagnosis sebagai penyakit lain seperti *lethal midline granuloma* atau infeksi jamur. Gambaran klinis yang dapat dipakai sebagai petunjuk adalah rasa sakit yang berlangsung lama dan ulserasi dengan tepi tak rata di faring. Tuberkulosis faring sebenarnya dapat ditegakkan berdasarkan gambaran klinis yang khas dan pemeriksaan penunjang yang akurat.

Pengobatan tuberkulosis faring dapat berhasil baik pada pasien ini, karena memakai obat yang bersifat bakterisid seperti rifampisin, isoniazid dan pirazinamid.

KEPUSTAKAAN

1. Morrison WW. Disease of the ear, nose and throat. 2nd. ed., New York: Appleton-Century-Croft, 496-97, 1955.
2. Mangunegoro H, Suryatenggara W. Pedoman praktis diagnosa dan peran tatalaksana tuberkulosis paru dan ekstra paru, Jakarta: Yayasan Penerbit IDI, 1990.

3. Jawetz E. *Mycobacteria review of medical microbiology*. Hongkong: Lange Medical Publications Maruzen Asia (ptc) 1989.
4. Bloch AB. The epidemiology of tuberculosis in The United States, Implication for diagnosis and treatment in clinics. *Chest Medical*. 1989; 103: 297-313.
5. Tanjung A. Pemakaian obat anti TBC khususnya Pyrazinamide pada TB sebagai penyakit sistemik di organ paru. *Cermin Dunia Kedokteran* 1991; 69: 18-22.
6. Citron KM. Tuberculosis, In: Weatherall DY, Ledingham JG, Warrel DA. editors. *Oxford textbook of medicine*. Oxford: Oxford University Press 1985; 5327-62.
7. Tattersfield AE, *Tuberculosis in respiratory disease*. London: Springer - Verlag, 1987.