

Sebuah Kasus : Post Tonsilektomi dengan Komplikasi Syok Hipovolemik

Siti Sapura

Program Studi Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Malikussaleh

Fahrizal Fahrizal

Bagian Ilmu THT-KL, Rumah Sakit Umum Daerah Cut Meutia, Aceh Utara

Alamat: Jl. H. Meunasah, Uteunkot Cunda, Lhokseumawe, Aceh

Korespondensi penulis: sitisapura862@gmail.com

Abstract. *Tonsillitis is inflammation of the palatine tonsils. Infection of the tonsils occurs if antigens, whether inhaled or ingested, easily enter the tonsils and the body resists and a focus of infection forms. Initially, the infection is acute, generally caused by viruses that grow on the mucous membrane, then followed by bacterial infection. As a result of chronic inflammation, the size of the tonsils will increase due to parenchymal hyperplasia or fibrinoid degeneration with tonsillar crypt obstruction. The definitive treatment for chronic tonsillitis is surgical removal of the tonsils or tonsillectomy where one of the complications is bleeding which triggers hypovolemic shock. This case report presents a 19 year old man who complained of pain in swallowing and a feeling of lump in the throat and based on the history, physical examination and supporting examinations that had been carried out, the patient was diagnosed with tonsillitis and planned to undergo a tonsillectomy. After the procedure, the patient experienced hypovolemic shock due to bleeding and died*

Keywords: *Bleeding, Hypovolemic Shock, Tonsillectomy.*

Abstrak. Tonsilitis adalah peradangan pada tonsil palatina. Infeksi pada tonsil terjadi jika antigen baik inhalan ataupun ingestan dengan mudah masuk ke dalam tonsil dan terjadi perlawanan tubuh kemudian terbentuk focus infeksi. Pada awalnya infeksi bersifat akut yang umumnya disebabkan oleh virus yang tumbuh di membrane mukosa kemudian diikuti oleh infeksi bakteri. Akibat peradangan kronis, maka ukuran tonsil akan membesar akibat hiperplasia parenkim atau degenerasi fibrinoid dengan obstruksi kript tonsil. Pengobatan pasti untuk tonsilitis kronis adalah pembedahan pengangkatan tonsil atau tonsilektomi dimana salah satu komplikasinya adalah terjadi perdarahan yang memicu kondisi syok hipovolemik. Laporan kasus ini menampilkan seorang laki-laki 19 tahun dengan keluhan nyeri menelan dan rasa mengganjal di tenggorokan dan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang yang telah dilakukan, pasien didiagnosis dengan Tonsilitis dan direncanakan untuk dilakukan tonsilektomi. Post tindakan, pasien mengalami syok hipovolemik akibat perdarahan dan meninggal.

Kata kunci: Perdarahan, Syok Hipovolemik, Tonsilektomi.

LATAR BELAKANG

Tonsilitis adalah peradangan pada tonsil palatina yang merupakan bagian dari cincin Waldeyer yang disebabkan oleh mikroorganisme berupa virus, bakteri, dan jamur yang masuk secara aerogen atau foodborn¹. Infeksi pada tonsil terjadi jika antigen baik inhalan ataupun ingestan dengan mudah masuk ke dalam tonsil dan terjadi perlawanan tubuh kemudian terbentuk focus infeksi. Pada awalnya infeksi bersifat akut yang umumnya disebabkan oleh virus yang tumbuh di membrane mukosa kemudian diikuti oleh infeksi bakteri. Jika daya tahan tubuh penderita menurun, maka peradangan tersebut akan bertambah

berat. Setelah terjadi peradangan akut ini, tonsil dapat benar-benar sembuh atau bahkan tidak dapat kembali seperti semula. Penyembuhan yang tidak sempurna ini akan mengakibatkan peradangan berulang pada tonsil. Bila hal ini terjadi maka bakteri pathogen akan bersarang di dalam tonsil dan terjadi peradangan yang bersifat kronis^{2,3}. Akibat peradangan kronis tersebut, maka ukuran tonsil akan membesar akibat hiperplasia parenkim atau degenerasi fibrinoid dengan obstruksi kripta tonsil. Infeksi yang berulang dan sumbatan pada kripta tonsil akan menyebabkan peningkatan stasis debris maupun antigen di dalam kripta, sehingga memudahkan bakteri masuk dalam parenkim tonsil. Pada tonsillitis kronis akan dapat dijumpai bakteri yang berlipat ganda^{2,3}.

Pengobatan pasti untuk tonsillitis kronis adalah pembedahan pengangkatan tonsil. Tindakan ini dilakukan pada kasus-kasus di mana penatalaksanaan medis atau yang lebih konservatif gagal untuk meringankan gejala-gejala. Penatalaksanaan medis termasuk pemberian penisilin yang lama, irigasi tenggorokan sehari-hari, dan usaha untuk membersihkan kripta tonsilaris dengan alat irigasi gigi atau oral. Tonsilektomi adalah prosedur pembedahan dengan atau tanpa adenoidektomi yang secara komplet mengambil tonsil menyertakan kapsul dengan menyayat ruang peritonsiler antara kapsul tonsil dan dinding otot. Tonsilolomi (partial tonsillactomy) adalah prosedur pembedahan yang mengambil sebagian jaringan tonsil. Tonsilektomi (TE) merupakan salah satu pembedahan paling sering dilakukan di Amerika Serikat, lebih dari 530.000/tahun prosedur pembedahan dilakukan pada anak di bawah usia 15 tahun. Indikasi utama tonsilektomi sebelum abad 20 adalah tonsilitis rekuren' setelah era antibiotika sejak abad 20 sampai sekarang indikasi utama TE adalah sleep-disordered breathing (SDB)/obstructive sleep apnea (OSA)^{4,5}.

Dua indikasi utama TE pada anak dan remaja adalah tonsillitis rekuren dan OSA/SDB. Indikasi TE bervariasi dari suatu Negara dengan negara yang lainnya. Indikasi TE dikelompokkan menjadi indikasi absolut dan relatif. Indikasi absolut terdiri dari OSA/SDB, sumbatan jalan napas dengan korpomunal, hemorrhagic tonsilitis, tonsilitis penyebab kejang demam dan suspek keganasan. Indikasi relatif meliputi tonsilitis akut rekuren, tonsilitis kronis yang tidak mempan dengan antibiotika, tonsilitis yang terkait dengan halitosis dan nyeri yang tidak respons dengan terapi konvensional, abses peritonsil dan disfagia karena hipertropi tonsil⁶.

Perdarahan setelah tonsilektomi terjadi pada tingkat 2 sampai 3% dan dapat didefinisikan sebagai perdarahan primer, yang terjadi dalam 24 jam pertama, atau perdarahan sekunder, yang terjadi setelah 24 jam. Perdarahan primer diduga terjadi karena inadekuat hemostasis selama prosedur. Insiden perdarahan primer telah dilaporkan ~ 0,2 sampai 1%.

Memeriksa fossa tonsil secara sistematis adalah penting untuk menghindari perdarahan primer. Perhatian khusus harus diberikan pada area kutub inferior karena konsentrasi tinggi pembuluh darah di wilayah itu. Secara rutin, pelepasan sumbat mulut atau kateter nasofaring untuk mengurangi ketegangan pada fossa dengan pemeriksaan ulang sering menunjukkan lokasi perdarahan yang tidak jelas⁷.

Perdarahan sekunder lebih sulit dihindari. Menggunakan elektrokoagulasi atau frekuensi radio menciptakan eschar di fossa tonsil dan hilangnya eschar ini, yang terjadi 5 sampai 7 hari setelah tonsilektomi. Mempertahankan bidang antara otot konstriktor faring dan kapsul tonsil tanpa pelanggaran otot dapat mencegah paparan yang lebih besar. Mempertahankan jalan napas adalah hal langkah pertama selama perdarahan parah. Intubasi urutan cepat lebih disukai karena pasien sering menelan banyak darah dan berisiko aspirasi. Peralatan bronkoskopi harus tersedia jika darah diaspirasi dan ventilasi menjadi sulit⁸.

Setelah mengontrol perdarahan, penting untuk melewati tabung orogastrik untuk mengevakuasi darah yang tertelan untuk mencegah emesis pasca operasi. Meskipun perdarahan adalah komplikasi adenotonsilektomi yang paling umum, pasien biasanya tidak diskriminasi untuk diatesis perdarahan kecuali riwayat keluarga untuk gangguan perdarahan ada atau sejarah pribadi yang mudah mengalami perdarahan atau memar. Hemofilia A atau B tidak biasanya tidak hadir dengan cara yang berbahaya dan biasanya didiagnosis sebelum presentasi ke otolaryngologist. Namun, beberapa kelainan perdarahan ditemukan setelah episode perdarahan akibat tonsilektomi. Penyakit Von Willebrand mungkin ada di hingga 1,3% dari populasi dan sering ditemukan di dengan cara ini. Tipe 1 dan 2 diwariskan secara dominan autosomal dan manifestasi pertama dari penyakit ini mungkin perdarahan posttonsilektomi. Pasien dengan penyakit von Willebrand memiliki risiko perdarahan yang lebih tinggi setelah operasi dan manajemen pasca operasi harus mencakup konsultasi dengan ahli hematologi. Penggunaan desmopresin intranasal sebelum operasi dan pasca operasi dan asam aminokaproat secara oral dapat membantu untuk mencegah perdarahan. Meskipun langkah-langkah ini, tingkat perdarahan pasca operasi pada pasien dengan von Willebrand penyakit mungkin setinggi 13 sampai 17%. Tidak ada konsensus untuk teknik yang ideal untuk melakukan operasi tapi prinsip umumnya adalah salah satu pembedahan yang cermat dan hemostasis intraoperatif, yang digunakan di semua tonsilektomi. Konseling terkait koagulopati pada pasien dan orang tua ada risiko ini sangat penting. Beratnya potensi manfaat pembedahan terhadap laju perdarahan harus dilakukan dengan cara yang jelas^{9,10}.

LAPORAN KASUS

Pasien suku Aceh, laki-laki berusia 19 tahun datang dengan keluhan nyeri menelan dan rasa mengganjal di tenggorokan lebih kurang 3 tahun dan memberat 1 minggu SMRS, pasien juga mengelukan hidung tersumbat, bersin-bersin, sebelumnya pasien mengalami perdarahan di hidung 3 kali dalam 3 bulan terakhir. Pasien pernah mengalami keluhan serupa 3 tahun lalu. Ibu Pasien mengalami penyakit yang sama dengan pasien. Pasien memiliki kebiasaan suka makan-makanan berpenyedap dan minum-minuman dingin.

Status umum didapatkan kesadaran composmentis (E4V4M6), tekanan darah 100/70 mmHg, heart rate 110x/I, respiratory rate 24x/I, saturasi oksigen 98% dan suhu 36,2°C. Pemeriksaan THT pada telinga kanan didapatkan Serumen (+), CAE hiperemis (-), Membran timpani intak (-). Pada telinga kiri didapatkan Serumen (+), CAE hiperemis (-), Membran timpani intak (-). Pemeriksaan hidung kanan didapatkan Konka hipertrofi grade B, Pasase udara ++ dan hidung kiri didapatkan Eutrofi, Pasase udara +++. Pada pemeriksaan tenggorokan didapatkan Tonsil T4 – T3.

Pemeriksaan penunjang laboratorium

Dilakukan pada tanggal 10 Februari 2023			
Nama Tes	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
Hematologi			
Darah Lengkap			
Hemoglobin	16.68	12.0 – 16.0	g/dl
Eritrosit	5.36	3.8 – 5.8	Juta/ μ L
Hematokrit	46.69	37.0 – 47.0	%
MCV	87.16	79 – 99	fL
MCH	31.15	27.0 – 31.2	Pg
MCHC	35.73	33.0 – 37.0	g/dl
Leukosit	4.27	4.0 – 11.0	ribu/ μ L
Trombosit	187	150 – 450	ribu/ μ L
RDW-CV	9.82	11.5 – 14.5	%
Fungsi Ginjal			
Ureum	15	<50	mg/dl
Kreatinin	0.73	0.6-1.1	mg/dl
Kimia Darah			
Glukosa Darah			
Glukosa Sewaktu	118.0	mg/dl	<180

Berdasar anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang, pasien didiagnosis dengan Tonsilitis Hipertrofi dan direncanakan untuk dilakukan tindakan tonsilektomi. Terapi yang diberikan paska tonsilektomi adalah IVFD RL 20 gtt/I, Inj.

Ketorolac 30 mg/12 jam, Inj. Ceftriaxone 1 gr/12 jam, Inj. Asam Tranexamat/12 jam, Inj. Metilprednisolon/24 jam dan Inj. Omeprazole 40 mg/24jam

Post operasi pasien pindahan dari ruang RBP masuk ke ruang ICU dengan syok hipovolemik = sepsis dengan GCS 15 dengan keadaan pasien muntah darah. Pasien akan direncanakan operasi cyto dan anjuran konsul internist dan anestesi dan dianjurkan operasi pada pagi hari, pasien mengalami penurunan HB 8,13 g/dl. Pasien sudah di berikan penatalaksanaan sesuai keadaan, namun pasien terus sepanjang malam mengalami muntah darah, pasien mengalami penurunan kesadaran, penurunan tekanan darah sehingga diinjeksi dopamine, persiapan operasi cyto dilakukan, namun pasien terus mengalami penurunan kesadaran, saat beberapa waktu akan dilakukan tindakan pasien menghembuskan napas terakhir pada jam 05:30 wib.

PEMBAHASAN

Pasien laki-laki usia 20 tahun datang dengan keluhan nyeri menelan dan rasa mengganjal di tenggorokan lebih kurang 3 tahun dan memberat 1 minggu SMRS, pasien juga mengeluhkan hidung tersumbat, bersin-bersin, sebelumnya pasien mengalami perdarahan di hidung 3 kali dalam 3 bulan terakhir. Sesuai dengan teori yang menyebutkan bahwa peradangan tonsil akan mengakibatkan pembesaran yang menyebabkan kesulitan menelan atau seperti ada yang mengganjal di tenggorokan, Peradangan dapat menyebabkan keluhan tidak nyaman kepada penderita berupa rasa nyeri saat menelan karena sesuatu yang ditelan menyentuh daerah yang mengalami peradangan ¹¹.

Pasien juga pernah mengalami keluhan serupa 3 tahun lalu. Tonsilitis kronik timbul karena rangsangan yang menahun dari rokok, beberapa jenis makanan, hygiene mulut yang buruk, pengaruh cuaca, kelelahan fisik dan pengobatan tonsilitis akut yang tidak adekuat. Tonsilitis kronis merupakan salah satu penyakit yang paling umum dari daerah oral dan ditemukan terutama di kelompok usia muda. Fungsi tonsil akan meningkat pada umur 5 tahun kemudian menurun dan akan mengalami peningkatan lagi pada umur 10 tahun, kemudian akan menurun pada umur 15 tahun karena tonsil mulai mengalami involusi pada saat pubertas sehingga produksi antibodi berkurang yang membuat lebih rentan terhadap infeksi ¹².

Pasien juga mengatakan suka makan-makanan berpenyedap dan minum-minuman dingin. Sesuai teori anak-anak dan remaja usia sekolah juga sering mengosumsi makanan ringan yang mengandung bahan pengawet, pemanis buatan dan pewarna buatan serta

minuman dingin yang dapat menimbulkan iritasi ditenggorok sehingga dapat memicu timbulnya infeksi tenggorok ataupun infeksi tonsil¹³.

Pada anamnesis dapat ditegakan pasien mengalami tonsillitis kronik, pada pemeriksaan fisik didapatkan T4-T3. T3 apabila besar tonsil 3/4 jarak arkus anterior dan uvula, atau terlihat mencapai luar pilar tonsilar. T4 apabila besar tonsil mencapai arkus anterior atau lebih, dimana tonsil mencapai garis tengah. Pada pemeriksaan lab tanggal 08 februari 2023 tidak didapatkan hasil yang abnormal.

Pasien kemudian direncanakan untuk tindakan tonsilektomi pada tanggal 13 februari 2023. Sesuai teori bahwa tindakan yang sering dilakukan pada tonsilitis kronis adalah operasi pengangkatan tonsil atau tonsilektomi. Indikasi tonsilektomi yang sering dan masih digunakan di indonesia adalah AAO-NHS Clinical Indicator Compendium tahun 1995 yang menetapkan indikasi berupa indikasi absolut dan relatif. Indikasi absolut berupa pembesaran tonsil yang menyebabkan sumbatan jalan napas, disfagia berat, sleep apneu, gangguan berbicara dan cor pulmonale. Indikasi absolut lainnya berupa rhinitis dan sinusitis yang kronis, peritonsilitis, abses peritonsil yang tidak berhasil hilang dengan pengobatan serta hipertrofi tonsil unilateral yang dicurigai adanya keganasan. Indikasi relatif berupa terjadi serangan tonsilitis lebih dari 3 kali dalam setahun walaupun telah mendapatkan terapi yang adekuat, halitosis atau napas bau yang tidak berhasil dengan pengobatan, otitis media efusi atau otitis media supuratif¹⁴.

Pada pasien ini ditemukan indikasi relative berupa serangan tonsilitis yang terjadi lebih dari 3 kali dalam kurun waktu 3 bulan dan telah mendapatkan terapi adekuat dari spesialis THT. Indikasi relatif lain yang muncul pada pasien adalah adanya halitosis pada pasien. Sehingga pasien memenuhi indikasi relatif untuk dilakukan tonsilektomi. Tindakan pada pasien berhasil dilakukan dengan keadaan baik semakin hari semakin membaik, namun 3 hari setelah operasi pasien mengalami pendarahan hebat, pasien muntah darah berat, terjadi penurunan Hb drastis pada pasien setelah pendarahan, sehingga menyebabkan penurunan kesadaran pada pasien hingga pasien akhirnya meninggal dunia. Terdapat sebuah teori menyebutkan salah satu komplikasi yang sering timbul akibat dari tindakan ini adalah perdarahan, baik perdarahan primer (kurang dari 24 jam) maupun perdarahan sekunder (antara 24 jam sampai 10 hari). Penyebab perdarahan post tonsilektomi pun bervariasi, antara lain karena trauma, jahitan terlepas, gangguan hemodinamik dan infeksi dengan leukositosis dan lain-lain. Pendarahan post operasi bisa terjadi karena batuk yang terlalu keras ataupun makan makanan yang keras sehingga menyebabkan jahitan operasi lepas. Perdarahan pasca

tonsilektomi merupakan salah satu komplikasi pasca operasi yang insidensinya cukup tinggi dan dapat menyebabkan kematian¹⁴.

KESIMPULAN

Tonsilitis adalah peradangan pada tonsil palatina yang merupakan bagian dari cincin Waldeyer yang disebabkan oleh mikroorganisme berupa virus, bakteri, dan jamur yang masuk secara aerogen atau foodborn. Tonsilektomi adalah prosedur operasi umum di bidang Bedah Telinga, Hidung dan Tenggorokan (THT). Kebanyakan Adenotonsilektomi secara teknis tidak sulit dan dilakukan oleh otolaryngologists di berbagai tingkat pelatihan dan pengalaman. Meskipun tidak menutup kemungkinan, adenotonsilektomi memiliki komplikasi minor dan mayor. Salah satu komplikasi yang sering timbul akibat dari tindakan ini adalah perdarahan, baik perdarahan primer (kurang dari 24 jam) maupun perdarahan sekunder (antara 24 jam sampai 10 hari). Penyebab perdarahan post tonsilektomi pun bervariasi, antara lain karena trauma, jahitan terlepas, gangguan hemodinamik dan infeksi dengan leukositosis dan lain-lain.

REFERENSI

1. Rusmarjono, Kartoesoediro S. Tonsilitis kronik. In: Buku Ajar Ilmu Kesehatan Telinga Hidung Tenggorok Kepala & Leher ed Keenam. FKUI Jakarta: 2007. p212-25.
2. Brodsky L, Poje C. Tonsillitis, Tonsillectomy, and Adenoidectomy. In: Bailey BJ, Johnson JT, Newlands SD, (Editors). Head & Neck Surgery Otolaryngology. 4th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2006. P. 1184-1198.
3. Holzmann D, Kaufmann T, Boesch M. On the decision of outpatient adenoidectomy and adenotonsillectomy in children. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology.2000;53::9-16.
4. Nelson WE, Behrman RE, Kliegman R, Arvin AM. Tonsil dan Adenoid. In: Ilmu Kesehatan Anak Edisi 15 Volum 2. Jakarta: ECG,2000. p1463-4.
5. Otitis Media with Effusion. In Nelson Textbook of Pediatrics, ed. Richard E. Behrman.Philadelphia:W. B. Saunders Co., 1996.
6. Kornbult A, Kornbult AD. Tonsillectomy and Adenoidectomy. In : Paparella MM, Shumrick editors. Otolaryngology head and neck. 2nd ed. Philadelphia, WB Saunders Co. 1980 : 2283– 301.
7. Hall M, Lawrence L. Ambulatory surgery in the United States, 1996. Advance data from vital and health statistics; no. 300. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 1998.
8. Manuel, B.-S. *et al. Complications in Otolaryngology-Head and Neck Surgery. Nucl. Phys.* (Thieme Publishing Group, 2013).

9. Jiménez-Yuste V, Prim MP, De Diego JI, et al. Otolaryngologic surgery in children with von Willebrand disease. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002;128(12):1365–1368.
10. Statham MM, Myer CM III. Complications of adenotonsillectomy. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2010;18(6):539–543.
11. Gooch, J. W. Tonsillitis. *Encycl. Dict. Polym.* 928–928 (2011) doi:10.1007/978-1-4419-6247-8_14975.
12. Dewi, L. R. & Wibawaningtyas, N. PENATALAKSANAAN HOLISTIK DAN KOMPREHENSIF PADA BATITA DENGAN TONSILITIS KRONIS. *PENYAKIT FOX-FORDYCE Litya* 7, 89–95 (2015).
13. Hidayatulloh, H. M. Penerapan Terapi Kompres Dingin Terhadap Nyeri Post Operasi Tonsilektomi di RSUD dr. R. Goenteng Taroenadibrata Purbalingga. 56 (2018).
14. Tanjung, F. F. & Imanto, M. Indikasi tonsilektomi pada laki - laki usia 19 tahun dengan tonsilitis kronis. *Medula Unila* 5, 4–7 (2016).