

Laporan Kasus

Diagnosis dan Penatalaksanaan Abses Retrofaring pada Dewasa

Elniza Morina¹, Novialdi², Ade Asyari²

Abstrak

Pendahuluan: Abses retrofaring pada dewasa jarang ditemukan, biasanya sering pada anak-anak karena terdapat kelenjar limfe retrofaring. Penyebab abses retrofaring pada dewasa diantaranya trauma, penetrasi benda asing, tuberkulosis dan faktor predisposisi seperti diabetes dan imunodefisiensi. Komplikasi bisa terjadi ruptur, obstruksi jalan nafas atas, perluasan abses ke mediastinum dan perluasan ke ruang leher dalam lainnya. Penatalaksanaan dengan cara insisi dan eksplorasi abses dan pemberian antibiotik yang adekuat. **Laporan Kasus:** Telah dilaporkan satu kasus abses retrofaring pada dewasa. **Diagnosis** ditegakkan berdasarkan gejala klinis, pemeriksaan fisik, radiologi dan aspirasi abses. **Penatalaksanaan** pada pasien ini dilakukan insisi dan eksplorasi abses dan pemberian antibiotik untuk kuman aerob dan anaerob. **Kesimpulan :** Abses retrofaring pada dewasa bisa disebabkan oleh trauma tanpa adanya penetrasi benda asing di tenggorok, sehingga pasien sering mengabaikannya

Kata kunci: Abses retrofaring, dewasa, trauma, insisi dan eksplorasi

Abstract

Introduction: Retropharyngeal abscess in adults is a rare case, frequently in children cause there is retropharyngeal lymph node. The cause of retropharyngeal abscesses in adults are trauma, penetrating of foreign bodies, tuberculosis and predisposition factors such as diabetes and immunodeficiency. Complications can be rupture, upper airway airway obstruction, abscess extension to the mediastinum and expansion into other spaces in the neck. Patient can providing by incision and exploration and adequate antibiotics. Case report: Reported a case of retropharyngeal abscess in adult. Diagnosis made by clinical symptom, radiological finding and aspiration of abscess. Patient treated with incision and exploration of abscess and medication. Conclusions : Retropharyngeal abscess in adults can be caused by trauma without the penetration of foreign body at the throat, so patients usually ignore it.

Keywords: Retropharyngeal abscess, adults, trauma at the throat, incision and exploration

Affiliasi penulis ¹ Bagian THT-KL Fakultas Kedokteran Universitas Andalas, ² Bagian THT-KL Fakultas Kedokteran Universitas Andalas
Korespondensi : elnizamorina@gmail.com Telp: +62 8126747626

PENDAHULUAN

Abses retrofaring merupakan suatu infeksi ruang leher dalam yang sering ditemukan selain abses peritonsil dan abses parafaring.¹ Parhiscar dan Har-El (2001) di Amerika Serikat menemukan kasus abses parafaring 43%, abses submandibula 23%, Ludwig Angina 17% dan kasus abses retrofaring 12%.² Kusuma H (1995) dalam suatu penelitiannya selama 3 tahun (Januari 1992 – Desember 1994) di RSUD Dr. Soetomo Surabaya didapat sebanyak 57 kasus infeksi leher bagian dalam dimana sebanyak 3 orang (5,26%) menderita abses retrofaring.³ Sedangkan di Bagian THT-KL RSUP Dr. M. Djamil padang periode 1 Januari 2011- 30 September 2015 ditemukan kasus abses retrofaring sebanyak 14 pasien dari 98 kasus abses leher dalam.*

Abses retrofaring jarang ditemukan pada usia dewasa. Abses retrofaring lebih sering ditemukan pada anak, 90% kasus abses retrofaring ditemukan pada anak-anak usia di bawah 6 tahun. Hal ini disebabkan oleh infeksi dari hidung, adenoid, nasofaring dan sinus paranasal yang menyebar ke kelenjar limfe retrofaring pada anak-anak yang biasa disebut kelenjar Rouviere.

Kelenjer ini akan mengalami regresi setelah anak berusia 5 tahun.⁴⁻⁶ Pada satu penelitian retrospektif di Ibadan, Nigeria dari 30 penderita abses retrofaring 25 orang anak-anak dan 5 orang dewasa.⁷ Bandyopadhyay dkk melakukan penelitian retrospektif di India tahun 2007-2013 menemukan 38% kasus abses retrofaring pada dewasa dengan rentang usia 18-72 tahun dan 60% terjadi pada laki-laki.⁸

Anatomi

Fasia servikalis terdiri dari lapisan jaringan ikat fibrosa yang membungkus organ, otot, saraf dan pembuluh darah serta membagi leher menjadi beberapa ruang potensial. Fasia servikalis terbagi menjadi 2 bagian yaitu fasia servikalis superfisial dan fasia servikalis profunda. Fasia servikalis superfisial terletak tepat di bawah kulit leher berjalan dari perlekatannya di prosesus zigomatikus pada bagian superior dan berjalan ke bawah ke arah toraks dan aksila yang terdiri dari jaringan lemak subkutan. Ruang antara fasia servikalis superfisial dan fasia servikalis profunda berisi kelenjar limfe superfisial, saraf dan pembuluh darah termasuk vena jugularis eksterna.^{4,9}

Fasia servikalis profunda terdiri dari 3 lapisan yaitu : ^{4,9}

1. Lapisan superfisial

Lapisan ini membungkus leher secara lengkap, dimulai dari dasar tengkorak sampai daerah toraks dan aksila. Pada bagian anterior menyebar ke daerah wajah dan melekat pada klavikula serta membungkus muskulus sternokleidomastoideus, m. trapezius, m. masseter, kelenjar parotis dan submaksila. Lapisan ini disebut juga lapisan eksternal, *investing layer*, lapisan pembungkus dan lapisan anterior.

2. Lapisan media

Lapisan ini dibagi atas 2 bagian yaitu divisi muskular dan viseral. Bagian muskular terletak di bawah lapisan superfisial fascia servikalis profunda dan membungkus m. sternohioid, m. sternotiroid, m. tirohioid dan m. omohioid. Bagian viseral meliputi kelenjer paratiroid, tiroid, esofagus, trakea, laring, m. konstriktor faring, m. businator

3. Lapisan dalam

Lapisan ini terbagi 2 yaitu bagian alar dan bagian prevertebra. Bagian prevertebra terdiri dari vertebra servikal, nervus frenikus dan muskulus paraspinosus. Bagian alar diantara bagian prevertebra ke posterior dan fascia bukofaring fascia viseral dari fascia media, memisahkan ruang parafaring dan *danger space*.

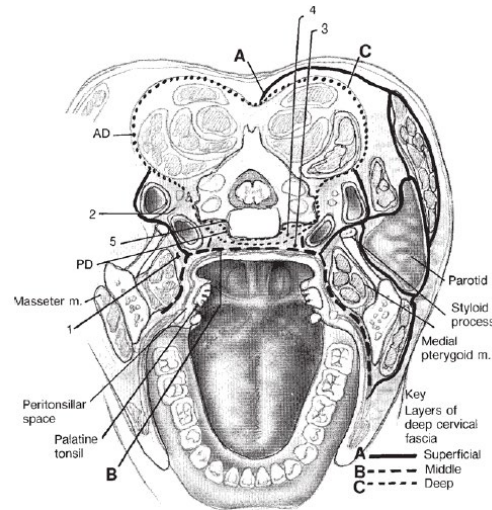
Ruang retrofaring meluas dari dasar otak ke bifurkasio trakea dalam mediastinum superior. Ruang retrofaring terdapat pada bagian posterior dari faring, yang dibatasi oleh :^{4,9}

- Anterior : fascia bukofaringeal (divisi viscera lapisan media fascia servikalis profunda) yang mengelilingi faring, trakea, esofagus dan tiroid
- Posterior : divisi alar lapisan profunda fascia servikalis profunda
- Lateral : selubung karotis (carotid sheath) dan daerah parafaring.

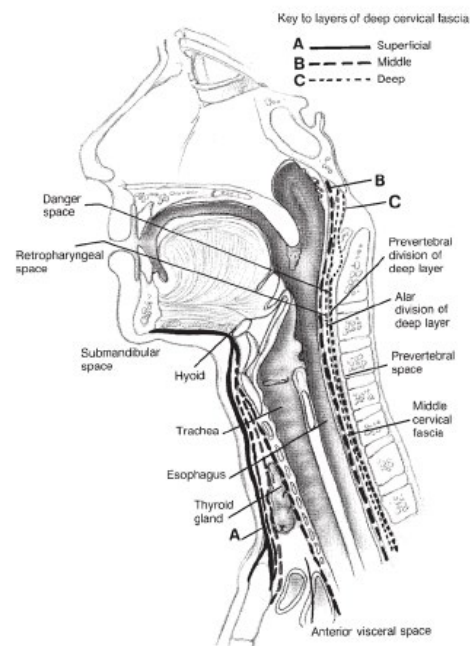
Daerah ini meluas mulai dari dasar tengkorak sampai ke mediastinum setinggi bifurkasio trakea (vertebra torakal I atau II) dimana divisi viscera dan alar bersatu. Daerah retrofaring terbagi menjadi 2 daerah yang terpisah di bagian lateral oleh *midline raphe*. Tiap – tiap bagian mengandung 2 – 5 buah kelenjar limfe retrofaring yang biasanya menghilang setelah berumur 4 – 5 tahun. Kelenjar ini menampung aliran limfe dari rongga hidung, sinus paranasal, nasofaring, faring, tuba Eustakius dan telinga tengah. Daerah ini disebut juga dengan ruang retroviscera, retroesofagus dan ruang viscera posterior.^{4,9}

Patofisiologi dan Etiologi

Penyebab abses retrofaring pada dewasa diantaranya penetrasi benda asing, trauma tumpul, komplikasi tindakan medis (intubasi, pemasangan *nasogastric tube* (NGT), tuberkulosis paru, tuberkulosis servikal atau perluasan dari infeksi ruang leher dalam lainnya. Sedangkan pada anak-anak abses retrofaring sering terjadi karena adanya kelenjar limfe retrofaring. Infeksi pada hidung, sinus paranasal dan adenoid sering menyebabkan abses retrofaring.^{4,7,10,11}



Gambar 1. Penampang leher pada orofaring 1 , ruang parapharyngeal : 2 , ruang karotis ; 3 , ruang retropharyngeal: 4 , ruang bahaya; 5 , ruang prevertebral ; AD, divisi alar lapisan dalam; PO , divisi prevertebral lapisan dalam.⁴



Gambar 2. Ruang leher dalam dari lateral.⁴

Kuman yang sering ditemukan pada abses retrofaring adalah Kuman aerob : Streptococcus beta-hemolyticus group A (paling sering), Streptococcus pneumoniae, Streptococcus non – hemolyticus, Staphylococcus aureus ,Haemophilus sp. Kuman anaerob : Bacteroides sp, Veillonella, Peptostreptococcus, Fusobacteria.^{4,13}

Penelitian Coulthard dan Isaacs di Australia dari 24 kasus abses retrofaring didapatkan hasil kultur *Staphylococcus aureus*(25%), *klebsiella species* (13%),

group *A streptococcus* (8%) dan pada 38% ditemukan campuran infeksi bakteri gram negatif dan anaerob.¹³

Diagnosis

Diagnosis abses retrofaring ditegakkan dari anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Pasien sering datang dengan keluhan nyeri dan sukar menelan. Pada dewasa perlu ditanyakan apakah ada riwayat trauma atau tertelan tulang, riwayat diabetes mellitus, riwayat tuberkulosis. Pada anak, biasanya anak menolak makan atau minum. Bisa ditemukan suara mendengkur, hidung tersumbat dan sesak, demam, sulit menelan, bengkak di leher, leher kaku dan suara bergumam.^{4,7,11,15}

Temuan klinis pada pemeriksaan tenggorok dapat ditemukan penonjolan pada dinding posterior faring, fluktuatif pada palpasi tanpa adanya trismus. Tidak jarang ditemukan stridor dan retraksi sebagai tanda obstruksi jalan nafas atas. Suhu tubuh yang meningkat, limfadenopati servikal juga bisa ditemukan.^{1,5,9}

Pemeriksaan penunjang bisa dilakukan dengan Rontgen servikal lateral, pemeriksaan laboratorium, kultur kuman diperlukan untuk diagnosis dan terapi yang tepat pada pasien dengan abses retrofaring. Pada foto polos servikal tampak penebalan retrofaring lebih dari 7 mm di servikal 2 dan lebih dari 22 mm di servikal 6 atau lebih dari ½ korpus vertebra. Pemeriksaan CT scan dapat dilakukan untuk membedakan apakah penebalan jaringan lunak di retrofaring suatu abses abses, selulitis, masa atau perluasan abses ke ruang lain. Pada penonjolan di retrofaring perlu dilakukan aspirasi dengan menggunakan jarum spinal no 18 untuk memastikan ada atau tidaknya pus.¹ Pada pemeriksaan laboratorium darah biasanya ditemukan peningkatan sel darah putih.^{1,9,11}

Komplikasi

Abses retrofaring yang tidak dilakukan evakuasi abses dapat terjadi ruptur spontan dan menyebabkan aspirasi. Jika tidak terjadi ruptur spontan dapat terjadi obstruksi jalan nafas karena pendorongan dinding posterior faring. Infeksi dapat meluas ke superior atau posterior mediastinum sehingga dapat menyebabkan mediastinitis. Dapat juga terjadi penjarangan ke daerah sekitarnya yaitu ke ruang parafaring dan ruang prevertebra. Komplikasi lain seperti abses epidural, trombosis vena jugularis, sepsis dan erosi arteri karotis bisa terjadi.^{4,11-15}

Penatalaksanaan

Penatalaksanaan abses retrofaring dilakukan dengan pemberian antibiotik dan bedah. Antibiotik diberikan sesuai dengan hasil kultur. Menunggu hasil kultur dapat diberikan antibiotik spektrum luas. Bisa diberikan kombinasi antibiotik yang sensitif untuk kuman gram positif, negatif kuman-kuman anaerob. Insisi dan eksplorasi dapat ditunda 24-36 jam sambil menunggu perbaikan dengan pemberian antibiotik. Jika tidak ada perbaikan segera lakukan tindakan bedah,

namun sebelumnya lakukan aspirasi untuk memastikan adanya pus. Paksa operasi bisa diberikan antibiotik intravena sampai 48 jam bebas demam. Setelah itu bisa dihentikan dan diganti antibiotik oral selama dua minggu.^{4,14,15}

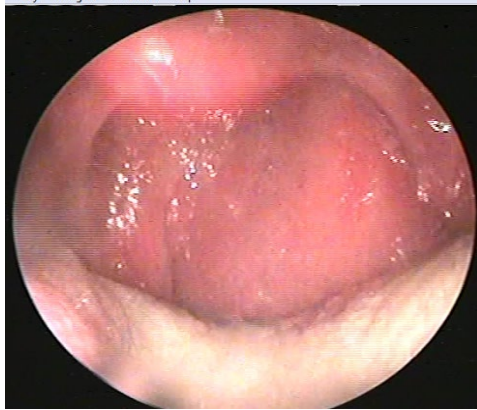
Jalan nafas merupakan masalah utama dalam penatalaksanaan pasien dengan abses retrofaring, begitu juga dengan intubasi endotrakeal saat operasi. Trakeostomi dianjurkan jika ditemukan abses yang luas untuk mencegah ruptur dan aspirasi selama intubasi. Terapi cairan juga sangat penting dalam tata laksana pasien dengan abses retrofaring.^{4,14}

Tindakan eksplorasi abses dapat melalui transoral maupun eksternal. Pada abses yang masih terlokalisasi pada ruang retrofaring bagian atas dan tidak ada tanda obstruksi jalan nafas insisi transoral adalah pilihan. Pada abses yang cukup besar dan meluas ke arah hipofaring insisi transoral tidak cukup menjamin drainase yang baik, sehingga disarankan melakukan insisi eksternal.^{4,14}

LAPORAN KASUS

Seorang pasien laki-laki umur 49 tahun datang ke IGD RSUP. Dr. M. Djamil rujukan dari RS Muko-Muko dengan keluhan nyeri dan sukar menelan sejak 2 minggu yang lalu. Pasien sudah dirawat di RS Muko-Muko selama 1 minggu, diberi terapi seftriakson, metilprednisolon tapi tidak ada perbaikan. Awalnya 3 minggu yang lalu pasien merasa nyeri di tenggorok setelah menelan daging yang ada tulang rawan ada. Suara bergumam sejak 15 hari yang lalu. Pasien hanya bisa minum sedikit-sedikit, kadang-kadang cairan yang diminum keluar lewat hidung. Nyeri ketika menggerakkan leher terasa sejak 2 minggu yang lalu, tapi pasien masih bisa menggerakkan lehernya. Bengkak di leher tidak ada. Nyeri di tulang belakang tidak ada. Riwayat demam ada 2 minggu yang lalu, naik turun, sejak dirawat tidak ada demam lagi. Riwayat ketulangan tidak ada. Riwayat sakit gigi tidak ada. Gigi berlubang ada, tinggal akar gigi. Riwayat batuk- batuk lama tidak ada. Riwayat demam dan keringat berlebihan di malam hari tidak ada. Penurunan berat badan dalam beberapa bulan terakhir tidak ada. Riwayat sakit gula tidak ada. Riwayat minum obat rutin selama 6 bulan tidak ada. Pasien bekerja di toko kelontong.

Pada pemeriksaan fisik terlihat keadaan umum tampak sakit sedang, kesadaran komposmentis, suhu 36,8°C, nadi 82x/menit, frekuensi nafas 22x/menit. ronkhi tidak ada, tidak ditemukan stridor dan wheezing. Pada pemeriksaan mulut tidak ditemukan trismus, pada gigi ditemukan kalkulus dan gangren radiks gigi 3, 20, 27, 28,29. Dari pemeriksaan THT didapatkan telinga dan hidung dalam batas normal. Tenggorok terlihat arkus faring simetris, uvula di tengah, tonsil T1-T1 tenang, tampak dinding faring posterior menonjol hiperemis dan fluktuatif pada perabaan (Gambar 3). Leher sakit jika digerakkan. Benjolan di leher tidak ada.



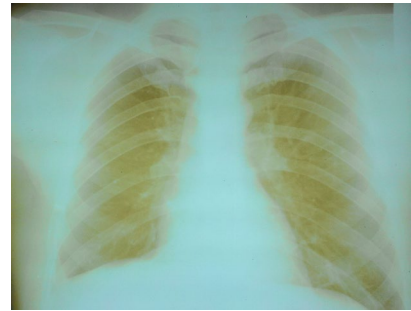
Gambar 3. Tampak pendorongan dinding posterior faring

Dilakukan pemeriksaan foto polos servikal. Pada foto polos servikal tampak penebalan pada daerah retrofaring servikal 2 setebal 45 mm, servikal-6 setebal 45 mm (Gambar 4), tidak tampak destruksi korpus vertebra. Pada foto toraks dari RS Muko-Muko: kualitas foto tidak bagus, tidak tampak tanda-tanda tuberkulosis paru. Hasil pemeriksaan laboratorium: hemoglobin 15,1 gr/dl, hematokrit 43,8%, leukosit 19.200/mm³, trombosit 278.000/mm³. Glukosa random : 152 mg/dL. ureum: 55 mg/dL, kreatinin: 1,2 mg/dL.



Gambar 4 . Foto Rontgen servikal lateral. Tampak gambaran *soft tissue* dengan gambaran udara di dalamnya.

Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang pasien didiagnosis dengan suspek abses retrofaring. Rencana dilakukan aspirasi dilanjutkan insisi dan eksplorasi abses dalam anestesi umum dan diberikan obat seftriakson 2x 1 gram(IV), metronidazol 3x500 mg(IV), deksametason 3x 5 mg (IV) serta tramadol drip dalam ringer laktat 1 ampul/kolf/8 jam. Dilakukan aspirasi pada daerah yang paling fluktuatif, didapatkan pus 1 cc (Gambar 6). Pasien dikonsulkan ke Bagian Penyakit Dalam dan Anestesi.



Gambar 5. Rontgen toraks AP. Gambaran tuberkulosis paru.

Dilakukan insisi dan eksplorasi abses dalam anestesi umum. Pasien tidur telentang dalam posisi rose di atas meja operasi dalam anestesi umum. Dilakukan aseptik dan antiseptik prosedur. Dilakukan evaluasi daerah retrofaring menggunakan laringoskop, tampak pendorongan dinding posterior faring ke anterior, fluktuatif dan hiperemis. Dilakukan aspirasi, ditemukan pus. Dilakukan insisi di daerah aspirasi, didapatkan pus \pm 20 cc. Dibilas dengan betadin. Operasi selesai.

Post operasi posisi tidur tredelenberg, pasien diberikan terapi IVFD RL 8 jam/ kolf, drip tramadol 1 ampul dalam RL, 1 ampul/kolf, seftriakson 2x1 gr (IV), metronidazol 3x 500mg (IV), deksametason 3x5mg(IV), betadin kumur 3x/ hari. Diberikan diet makan lunak.



Gambar 6 . Pus dari aspirasi retrofaring

Pada hari ke 1 pasca operasi dilakukan pemeriksaan gula darah puasa dan 2 jam setelah makan. Hasil gula darah puasa 92 mg/dl dan gula darah 2 jam setelah makan 102 mg/dl. Disimpulkan tidak ada indikasi ke arah diabetes melitus pada pasien ini.

Pada hari ke 4 post operasi pasien sudah tidak merasakan nyeri dan sukar menelan, nyeri menggerakkan leher tidak ada, pasien sudah bisa makan seperti biasa. Pada pemeriksaan fisik dinding posterior faring masih menebal, hiperemis berkurang. Pasien didiagnosis post insisi dan eksplorasi abses retrofaring hari ke 4. Pasien dibolehkan pulang, diberi terapi obat oral siprofloksasin tablet 2x500 mg, deksametason tablet 3x0,5 mg, metronidazol 3x500 mg. Dilakukan foto polos toraks dan dianjurkan kontrol 3 hari lagi.

1 minggu pulang rawatan pasien kontrol ke poliklinik THT-KL. Pasien tidak mengeluhkan nyeri menelan dan tidak ada sukar menelan. Pada pemeriksaan tenggorok tampak arkus faring simetris, uvula ditengah, tonsil T1-T1, tidak hiperemis, dinding posterior faring tampak tidak hiperemis dan sedikit masih menebal. Dari hasil kultur ditemukan kuman *Klebsiella spp*, sensitif terhadap ampisilin+ sulbaktam dan meropenem. Pasien diberi terapi siprofloksasin

2x500 mg, deksametason 2x0,5 mg. Sejak 2 minggu pasca insisi pasien merasa tidak ada keluhan lagi

DISKUSI

Telah dilaporkan satu kasus abses retrofaring pada seorang laki-laki umur 49 tahun. Kasus abses retrofaring jarang ditemukan pada dewasa. Pada salah satu penelitian retrospektif di Nigeria dari 30 kasus abses retrofaring, 25 diantaranya anak-anak.⁷ Bandyopadhyay dkk⁸ melakukan penelitian retrospektif di Nigeria tahun 2007-2013 menemukan 38% kasus abses retrofaring pada dewasa dengan rentang usia 18-72 tahun dan 60% terjadi pada laki-laki.

Diagnosis ditegakkan dari anamnesis, keluhan sukar dan nyeri menelan tanpa trismus, nyeri menggerakkan leher, demam, riwayat trauma di tenggorok. Pada pemeriksaan fisik tampak arkus faring simetris dan tampak penonjolan dinding posterior faring. Pembesaran kelenjar getah bening tidak ada. Tannebaum¹⁵ tahun 1996 melaporkan dari 51 kasus abses retrofaring di Amerika Serikat, 75% mengalami sukar, nyeri menelan dan nyeri menggerakkan leher, 21% mengalami sumbatan jalan nafas parsial dan total 37% ditemukan penonjolan di dinding posterior faring. Craig dkk¹⁷ melaporkan gejala yang sering dijumpai adalah demam (78%), nyeri leher (67%), benjolan di leher (55%), nyeri menelan (38%), batuk (20%), terbatas gerak leher untuk ekstensi (45%), terbatas gerak leher untuk fleksi (12,5%), stridor (1%).

Pada pemeriksaan foto polos servikal terlihat gambaran perselubungan di retrofaring. Pada servikal 2 setebal 45mm dan servikal 6 setebal 45mm. Terlihat juga gambaran udara dan tidak tampak destruksi tulang servikal. Menurut Aynehchi dan Har-el untuk memastikan diagnosis abses retrofaring pada foto polos servikal ditemukan penebalan retrofaring lebih dari 7 mm di servikal 2 pada dewasa dan anak-anak. Pada servikal 6 lebih dari 22 mm pada dewasa dan lebih dari 14 mm pada anak-anak.⁴

Pada kasus ini kemungkinan disebabkan trauma karena ada riwayat nyeri di tenggorok saat menelan tulang rawan didukung oleh kondisi kebersihan mulut yang jelek. Abses retrofaring pada dewasa biasanya disebabkan oleh trauma lokal, penetrasi benda asing dan pasca tindakan medis seperti trauma saat pemasangan *nasogastric tube* dan laringoskopi.^{4,7,10,1} Dari penelitian Tannebaum¹⁵ tahun 1996 didapatkan 53% kasus non tuberkulosis abses retrofaring, 15,5% dengan predisposisi diabetes mellitus, 11,1% pasien alkoholisme kronik dan 2,2% pasien dengan HIV.

Pada pasien ini dilakukan foto polos toraks ulang karena foto sebelumnya kualitasnya tidak bagus untuk menyingkirkan diagnosis tuberkulosis. Menurut Patil dkk abses retrofaring tuberkulosis dapat terjadi dengan penyebaran secara hematogen tanpa adanya tuberkulosis di tulang servikal.¹⁸ Namun foto polos tidak ditemukan. Secara klinis tidak ditemukan gejala yang mengarah ke tuberkulosis paru dan pasien mengalami perbaikan dengan pemberian antibiotik. Faktor

predisposisi lain secara klinis juga tidak ditemukan seperti diabetes melitus dan curiga infeksi *Human Immunodeficiency Virus*.

Pada pasien ini tidak dilakukan CT scan karena pada anamnesis dan pemeriksaan fisik tidak ada kecurigaan komplikasi ke ruang leher dalam lain dan mediastinum. Pada foto servikal juga terlihat gambaran gas gangren sehingga kemungkinan besar penebalan di retrofaring adalah cairan, bukan suatu massa.

Setelah dilakukan aspirasi dan ditemukan pus, pada pasien ini dilakukan insisi dan eksplorasi abses emergensi tanpa menunggu 24 jam karena pasien sudah dirawat selama 1 minggu di rumah sakit daerah tanpa ada perbaikan. Pasien diberikan dua jenis antibiotika yaitu seftriakson dan metronidazol karena hasil kultur belum ada. Empat hari setelah operasi kondisi pasien sudah baik dan dibolehkan pulang.

Setelah pasien pulang rawatan keluar hasil kultur *Klebsiella spp* sensitif terhadap ampicilin+sulbaktam dan meropenem. Namun antibiotik yang diberikan tetap dilanjutkan siprofloksasin karena secara klinis tampak perbaikan. Penelitian Coulthard dan Isaacs¹³ di Australia dari 24 kasus abses retrofaring didapatkan hasil kultur *Staphylococcus aureus*(25%), *Klebsiella species* (13%), *group A streptococcus* (8%) dan pada 38% ditemukan campuran infeksi bakteri gram negatif dan anaerob. Menurut Tannebaum¹⁵ kuman yang sering ditemukan pada abses retrofaring diantaranya *Group A beta-hemolytic Streptococci* dan *Staphylococcus Aureus*.

SIMPULAN

Abses retrofaring pada dewasa bisa disebabkan oleh trauma tanpa adanya penetrasi benda asing di tenggorok, sehingga pasien sering mengabaikannya. Rontgen servikal posisi lateral sangat penting untuk diagnostik dan abses harus dipastikan dengan aspirasi. Penatalaksanaan pasien dengan abses retrofaring dilakukan insisi dan eksplorasi abses dan pemberian antibiotik yang adekuat.

DAFTAR PUSTAKA

1. Herzon F, Martin A. Medical and surgical treatment of peritonsillar, retropharyngeal, and parapharyngeal abscesses. *Current Infectious Disease Reports*. 2006; 8:196–202
2. Parhiscar A, Har-el, G. Deep neck abscess: a retrospective review of 210 cases, *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol* 110: 2001: 1051-4.
3. Kusuma H. Infeksi leher bagian dalam. Disampaikan pada Kongres Nasional PERHATI XI, Yogyakarta, 4 – 7 Oktober, 1995.
4. Aynehchi B, Har-el G. Deep Neck Infection. In *Bailey Head and Neck Surgery Otolaryngology*. Edited by Byron J Bailey. Fifth editions. Lippincott-Raven Publisher, Philadelphia. 2014; p:794-813

5. Schott C, Counselman F. A Pain in neck-non-traumatic adult retropharyngeal. *J of emerg med.*2013;44(2):329-31
6. Al-Sabah B, Bin Salleen H, Hagr A, Choi-Rosen J, Manoukian JJ, Tewfik TL. Retropharyngeal abscess in children: 10-year study. *J Otolaryngol.* 2004;33(6):352-5.
7. Amutta S, Aliyu D, Abdullahi M, Danfulani M, Mufutau Y. Giant retropharyngeal abscess in a nigerian adult following fish bone throat injury. *Int J Otolaryngol Head & Neck Surg,* 2013;2:271-5
8. Bandyopadhyay S, Mukherjee D, Banerjee dkk. Adult retropharyngeal abscess. *Bengal Jour of Otolaryngol and Head Neck Surg.*2015; 23 (1) :7-11
9. Ballenger JJ. Infection of the facial space of the neck and floor of the mouth. In: *Disease of the Nose, Throat, Ear, Head & Neck.* Lea & Febinger, Philadelphia 1996 .p . 532-55.
10. Harkani A, Hassani R, Ziad T, Aderdour L, Nouri H, Rochdi Y, Raji A. Retropharyngeal abscess in adult: five case report and review of the literature. *The scie world j.* 2011;11:1623-9
11. Sharma S, Hong P. Ingestion and pharyngeal trauma causing secondary retropharyngeal abscess in five adult patients. *Hindawi Publishing Corporation. Case Reports in Emergency Medicine.* 2012: 1-5
12. Barrat G, Kopman C, Coulthard S. Retropharyngeal abscess-a ten -year experiance. *Laryngoscope.*2014; 94
13. Coulthard M, Isaacs D: Retropharyngeal abscess. *Arch Dis Child .* 1991;66:1227-30
14. Villa K, Munyarugero E. Anaesthetic management of retropharyngeal abscess in children anaesthesia tutorial of the week World federation of societies of anaesthesiologist. Diakses dari: www.totw.anaesthesiologist.org. ATOTW weekly. Last update: January 2011: 1-9
15. Tannebaum R. Adult retropharyngeal abscess : a case report and review of the literatur. *J of Emerg Med.* 1994;14 (2):147-58
16. Fakhrudin D. Abses leher dalam. Dalam: *Buku Ajar Ilmu Kesehatan Telinga Hidung dan Tenggorok.* Edisi 7. Balai Penerbit FKUI. 2012.p.226-30.
17. Craig FW, Schunk JE. Retropharyngeal abscess in children: clinical presentation, utility of imaging, and current management. *Ped* 2003;111:1394-8.
18. Patil C, Kharat R , Deshmukh P, Singhal S, D'Souza B. Tuberculous retropharyngeal abscess without cervical spine TB. *Asian Pacific J of Tropical Med.* 2011;251-2.