

Fistula Enterokutan High Output: Laporan Kasus

Khalikul Razi¹, Muhammad Yusuf¹, Ferry Erdani¹, Muslim¹, Zulham Effendy²

¹ Divisi Bedah Digestif, Departemen Ilmu Bedah Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala / Rumah Sakit Zainoel Abidin, Banda Aceh.

² Program Studi Pendidikan Dokter Spesialis Ilmu Bedah, Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala, Banda Aceh.

ABSTRAK

Kata Kunci:

Fistel

Enterocutaneus,

Laparotomy,

Cairan,

Elektrolit

Latar belakang: Fistula Enterokutaneus terkait dengan morbiditas dan komplikasi juga dapat menjadi signifikan. Fistula enterokutaneus paling sering terjadi sebagai komplikasi bedah, namun bisa juga terjadi karena trauma, keganasan, penyakit radang usus, atau iskemia.

Deskripsi kasus: Seorang wanita 19 tahun datang dengan keluhan utama luka pecah dan nyeri pasca operasi perut sejak 2 hari. Pasien mempunyai riwayat appendectomy 1 bulan sebelumnya dan lukanya tidak kunjung sembuh. Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum sedang, nadi : 110 x/menit, frekuensi pernafasan 20 x/menit, suhu 36,7oC. perut simetris, buncit (-), perut pecah (+) ukuran 7cm x3 cm, feses (+), bekas operasi (+), bising usus (+), nyeri (+), kekakuan otot (-), hati kusam (-). Penderita didiagnosis menderita perut meledak pasca laparotomi eksplorasi akibat perforasi apendisitis dan tingginya output fistel enterocutan. Untuk penatalaksanaan pasien, kami melakukan laparotomi eksplorasi dan persiapan stoma. Selama tindakan pembedahan, ditemukan kandungan enterik di rongga perut 300 cc, adhesi usus yang parah, perforasi ileum, dan abses kantong multipel di sekum. Kemudian dilakukan ileostomi. Setelah operasi, pasien memiliki hemodinamik stabil yang baik, observasi akut perut dan perawatan luka.

Diskusi: Penatalaksanaan utama pada fistula enterocutaneus adalah penggantian cairan dan elektrolit, pengendalian infeksi dan sepsis harus diidentifikasi. Prosedur bedah dalam beberapa kasus diperlukan untuk mengontrol manajemen dan keluaran

Kesimpulan: Hasil akhir dari fistula enterocutaneus tergantung pada penyebab fistula, prosedur pembedahan mungkin perlu diulang. Dalam beberapa kasus, penutupannya memerlukan waktu berbulan-bulan atau bertahun-tahun.

Korespondensi: khalikulrazi@usk.ac.id (Khalikul Razi)

ABSTRACT

Keywords:

Fistel Enterocutaneus,
Laparotomy,
Fluid,
Electrolyt

Background: Enterocutaneous Fistula Associated with morbidity and complications can also be significant. Enterocutaneous fistulas most commonly occur as a surgical complication, but can also occur due to trauma, malignancy, inflammatory bowel disease, or ischemia.

Case description: A 19-years female comes with a chief complaint of wound dehiscence and pain after abdominal surgery for 7 days. The patient had a history of laparotomy appendectomy surgery 1 month ago and the wound didn't heal. On physical examination, we found the general condition moderate, pulse: 110 beats/min, respiratory rates 20 breaths/min, temp 36.7oC. abdominal symmetrical, distension (-), burst abdomen (+) with size 7cm x3 cm, faeces (+), surgical scars(+), bowel sound (+) , pain (+), muscular rigidity (-), liver dullness (-). A patient was diagnosed with burst abdomen post-laparotomi explorasi due to appendicitis perforation and high output fistel enterocutan. For patient management, we perform drainage incision debridmen and laparotomy exploration prepare for stoma. During surgical management, we found enteric content In the abdominal Cavity 300 cc, severe Intestinal adhesion, ileum perforation, and multiple pocket abscesses in the caecum. Then we performed debridement. After surgery, the patient had good stable hemodynamics, observed for acute abdomen and wound care.

Discussion: The key management for enterocutaneus fistula is to replace any fluids and electrolytes, infection control and sepsis have to be identified. Surgical procedures in some cases needed to control management and output

Conclusion: The outcome of enterocutaneus fistula depends on the cause of the fistula, surgical procedure may need to repeat. In some cases, it will months or years to close.

LATAR BELAKANG

Fistula enterokutan adalah hubungan abnormal antara saluran gastrointestinal intra-abdominal dan kulit/luka. Kondisi ini dikaitkan dengan morbiditas mortalitas pasca operasi. Sepsis dan malnutrisi adalah penyebab utama kematian. Sekitar 80% kasus fistula enterokutaneus disebabkan oleh iatrogenik akibat pembedahan. Komplikasi pembedahan, seperti enterotomi atau dehiscence anastomosis usus, diketahui berisiko tinggi berkembangnya fistula enterokutaneus. Trauma, keganasan, dan penyakit radang usus meningkatkan risiko terjadinya fistula pasca operasi. 20% dari fistula hadir dari kondisi seperti penyakit

Crohn, enteritis radiasi, keganasan, trauma, atau iskemia. Tatalaksana dari fistel enterokutan cukup kompleks dengan pendekatan multidisiplin dimana sebagian besar fistula pascaoperasi, operasi lebih lanjut direncanakan hanya jika fistula bertahan setelah tindakan konservatif.¹ Pada tulisan ini kami melaporkan kasus pasien yang mengalami Fistula enterokutan yang timbul pasca operasi appendectomy.²

DESKRIPSI KASUS

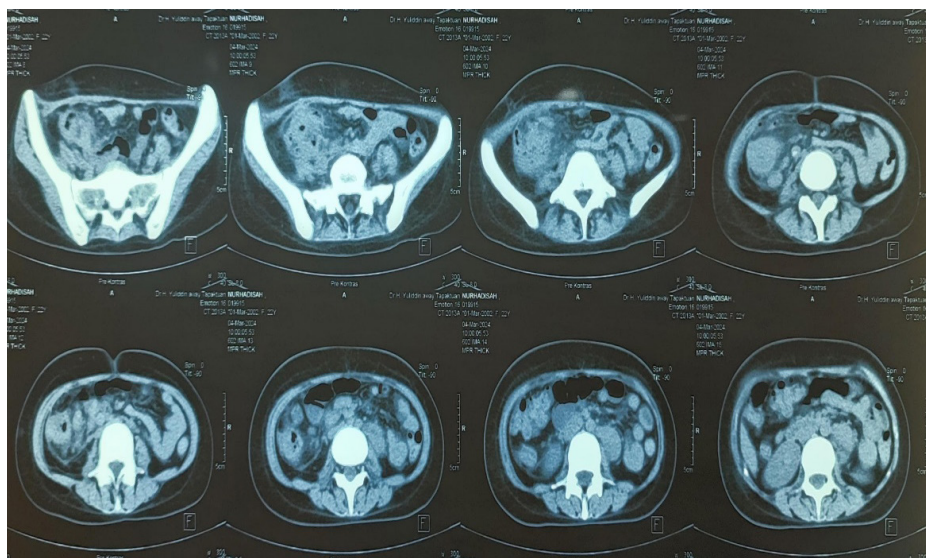
Seorang laki-laki 19 tahun datang dengan keluhan utama luka dehiscence yang nyeri pasca bedah abdomen sejak 7 hari. Pasien mempunyai



Gambar 1. Foto klinis preoperatif, massa fluktuatif dari bekas operasi dengan rembesan pus dan enteric contain.

riwayat operasi laparotomi usus buntu 1 bulan yang lalu dan lukanya tidak kunjung sembuh. Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum sedang, nadi : 110 x/menit, frekuensi pernafasan 20 x/menit, suhu 36,7oC. Abdomen simetris, distensi (-), tampak luka dehiscence ukuran 7cm x3 cm, feses (+), skar (+), fluktuatif (+), bising usus (+), nyeri (+), defans muskular (-). Evaluasi pada luka operasi didapatkan

produksi feses dan kontain yang keluar dari luka operasi 500cc/. Pada pemeriksaan penunjang didapatkan lab HB 10gr/dl, leukosit 22x103/mm. Trombosit 240x103/mm³, elektrolit Na 135, K 4, Clorida 130. Albumin 2.6 g/dl, urea 40 mg/dl, creatinin 1.3 mg/l. Pasien didiagnosis dengan abses intraabdomen pasca appendectetomy ec perforasi apendisitis dan t Fistel Enterocutan high output.



Gambar 2. CT Scan abdomen kontras, akumulasi abses kuadran kanan bawah dengan fistlel pada sekum.



Gambar 3. Pasca Operasi, luka operasi dibuka dan dirawat terbuka

Kami melakukan debridemen dan insisi drainase abses pada lokasi fistel dengan pertimbangan laparotomy explorasi persiapan stoma. Selama manajemen bedah, kami menemukan enterik contain dan pus di rongga perut 300 cc dan multipel kantong abses di sekum dengan defek fistel terlihat ukuran 35x3cm. Stoma tidak dibuat dengan pertimbangan fistel akan menutup secara perlahan. Setelah operasi, pasien memiliki hemodinamik stabil yang baik, observasi akut abdomen dan perawatan luka. Pada evaluasi harian produksi pus dan enterik contain di harapkan berkurang.

Pada analisis histopatologi kantong abses dan pus kami didapatkan hasil gambaran infeksi kronik Tuberkulosis. Pasien mulai mendapatkan anti tuberkulosis, koreksi nutrisi dan pemberian antibiotik Meropenem 1gr/ 8 jam.

Pasien pulang berobat jalan pada hari ke 5 pasca operasi dengan edukasi perawatan ganti perban harian.

DISKUSI

Pada laporan kasus ini didapatkan pasien dengan riwayat appedicitisi perforasi yang menjalani appendectomy. Pasca operasi terjadi luka operasi yang tidak sembuh dengan produksi pus dan enteric contain perhari sekitar 500cc. Diputuskan untuk dilakukan debridement insisi drainase abses dengan persiapan laparotomy explorasi hingga stoma. Pada perjalanan durante operasi, pembuatan stoma tidak dilakukan, diharapkan fistel akan menutup pasca debridemen. Tatalaksana fistel enterokutan paling aman adalah nonoperatif. Prinsip dasar perawatan non-operatif adalah mengendalikan fistula pada kondisi akut dan mencegah komplikasi lebih lanjut seperti sepsis, komplikasi kulit, atau dehidrasi. Perawatan medis mencakup masalah yang berkaitan dengan perawatan dan perlindungan kulit, mengoptimalkan nutrisi, antibiotik, memaksimalkan perawatan medis untuk penyakit yang mendasarinya

seperti pada penyakit Crohn atau divertikulitis, dan dukungan status nutrisi umum pasien. Nutrisi parenteral total dengan istirahat usus total terkadang dianjurkan pada fistula dengan keluaran tinggi untuk memfasilitasi penyembuhan dan mengurangi keluaran.^{3,4}

Pada pasien ini tindakan debridemen dilakukan 7 hari pasca pasien dirujuk ke fasilitas kami. Pembedahan untuk fistula yang baru didiagnosis sebaiknya ditunda setidaknya selama mengingat tingkat peradangan dan risiko terjadinya cedera lebih lanjut. Prinsip dasar pendekatan pembedahan adalah mengangkat segmen usus yang terlibat dan fistula. Setelah diagnosis fistula dan konfirmasi penyakit yang mendasarinya dengan karakterisasi yang memadai, perawatan bedah dapat direncanakan sesuai dengan itu. Eksisi konservatif terbatas pada segmen usus yang terlibat dan fistula direkomendasikan dalam kasus operasi penyakit divertikular, penyakit Crohn, dan penyakit inflamasi reversibel lainnya. Eksisi yang lebih radikal direkomendasikan dalam keganasan yang dapat diobati dengan pembedahan.⁴ Pasien dengan fistel enterokutan beresiko mengalami kehilangan nutrisi. Adanya sepsis yang sedang berlangsung, dan kehilangan yang sedang berlangsung dari saluran gastrointestinal membuat pasien butuh 1 hingga 2,5 kali energi basal orang dewasa yang sehat. Pasien yang mengonsumsi setidaknya 1.500 kkal/hari

memiliki mortalitas 3,6 kali lebih rendah daripada mereka yang asupan kalorinya tidak mencapai 1.500 kkal/hari.^{5,6}

DAFTAR PUSTAKA

1. Gribovska-Rupp, I. & Melton, G. B. Enterocutaneous fistula: proven strategies and updates. *Clinics in colon and rectal surgery* 2016; 29, 130-137.
2. Cowan, K. B. & Cassaro, S. Enterocutaneous fistula. 2017.
3. Tuma, F., Crespi, Z., Wolff, C. J., Daniel, D. T. & Nassar, A. K. Enterocutaneous fistula: a simplified clinical approach. *Cureus* 2020;.12
4. Fuglestad, M. A. & Monson, J. R. T. Medical and surgical management of enterocutaneous fistula. *Seminars in Colon and Rectal Surgery* 2023; 34,. Didapat dari: [https://doi.org:https://doi.org/10.1016/j.scrs.2023.100987](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.scrs.2023.100987)
5. Berry, S. M. & Fischer, J. E. Classification and pathophysiology of enterocutaneous fistulas. *Surgical Clinics* 1996; 76, 1009-1018.
6. Lloyd, D., Gabe, S. & Windsor, A. Nutrition and management of enterocutaneous fistula. *Journal of British Surgery* 2006 93, 1045-1055.