

Peritonsillar Abscess: A Comprehensive Literature Review

Najla Sayupia Azni*, Aurellia Sabela Faiz, Ida Bagus Wisnu Wikananda, Adelia Kartika Mutiarasari, Rina Lestari

Program Studi Kedokteran, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Universitas Mataram, Mataram, Indonesia;

Article History

Received : August 27th, 2026

Revised : September 22th, 2026

Accepted : September 29th, 2026

*Corresponding Author: **Najla Sayupia Azni**, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Program Studi Kedokteran, Universitas Mataram, Mataram, Indonesia;
Email: nsayupia@gmail.com

Abstract: Peritonsillar abscess is one of the most common complications of tonsillar infection and is considered an otolaryngologic emergency. It is characterized by the accumulation of pus within the peritonsillar space, located between the tonsillar capsule and the superior pharyngeal constrictor muscle. Peritonsillar abscess most commonly affects adolescents and young adults and is primarily caused by bacterial infections, particularly *Streptococcus pyogenes*, with contributions from other aerobic and anaerobic bacteria. This article aims to provide an overview of the pathophysiology, risk factors, clinical manifestations, diagnosis, complications, and management of peritonsillar abscess. This article was developed using a literature review method by examining relevant scientific articles and literature concerning peritonsillar abscess. Based on the reviewed literature, characteristic clinical manifestations include severe unilateral sore throat, trismus, muffled “hot potato” voice, dysphagia, and uvular deviation. Diagnosis is generally established through history-taking and physical examination, while additional investigations may be performed in cases with diagnostic uncertainty or suspected complications. Management includes antibiotic therapy and abscess drainage through needle aspiration or incision and drainage, accompanied by supportive treatment. Prompt diagnosis and appropriate management are essential to prevent the spread of infection and serious complications, including parapharyngeal abscess, mediastinitis, and Lemierre syndrome. Therefore, a comprehensive understanding of the clinical characteristics and management of peritonsillar abscess is important for facilitating early diagnosis and reducing morbidity.

Keywords: Deep neck infection; Diagnosis; Management; Peritonsillar abscess; Tonsillitis.

Pendahuluan

Abses peritonsilar merupakan komplikasi supuratif infeksi tonsil yang penting dalam praktik otolaringologi karena dapat berkembang menjadi infeksi ruang leher dalam dan menyebabkan gangguan jalan napas. Kondisi ini ditandai oleh terbentuknya koleksi pus pada ruang peritonsilar, yaitu area antara kapsul tonsil dan otot konstriktor faring superior (Gupta & McDowell, 2023). Abses peritonsilar terutama terjadi pada remaja dan dewasa muda serta dapat memerlukan penanganan akut. Meskipun sebagian besar

kasus dapat ditangani dengan baik, keterlambatan diagnosis dan intervensi dapat meningkatkan risiko perluasan infeksi ke ruang leher dalam dan terjadinya komplikasi serius (Long & Gottlieb, 2023; Alanazi *et al.*, 2025).

Secara konseptual, abses peritonsilar merupakan proses infeksi dan inflamasi pada jaringan tonsil dan ruang peritonsilar yang umumnya berkaitan dengan tonsilitis atau infeksi orofaring. Kondisi ini juga dapat berhubungan dengan infeksi virus, termasuk mononukleosis, atau muncul *de novo* (Gupta & McDowell, 2023). Etiologinya umumnya polimikrobia, melibatkan *Streptococcus*

pyogenes, *Staphylococcus* spp., *Streptococcus pneumoniae*, *Fusobacterium necrophorum*, dan bakteri anaerob (DynaMed, 2022). Studi mikrobiologis menunjukkan bahwa *S. pyogenes* merupakan salah satu bakteri yang paling sering ditemukan dan spektrum mikroorganisme dapat bervariasi berdasarkan karakteristik pasien (Slouka *et al.*, 2020). Faktor predisposisi meliputi merokok, penyakit periodontal kronis, tonsilitis berulang, serta penggunaan kortikosteroid dan obat antiinflamasi nonsteroid (OAINS) (DynaMed, 2022).

Manifestasi klinis abses peritonsilar meliputi nyeri tenggorokan yang umumnya unilateral, odinofagia atau disfagia, trismus, suara teredam (*hot potato voice*), serta deviasi uvula ke sisi kontralateral. Temuan lain dapat berupa demam, drooling, nyeri telinga, dan pembengkakan peritonsilar (Long & Gottlieb, 2023; Voruz *et al.*, 2025). Namun, temuan klinis tidak selalu dapat membedakan abses dari selulitis peritonsilar sehingga pemeriksaan penunjang dapat diperlukan. Ultrasonografi, terutama ultrasonografi intraoral dan *point-of-care ultrasound* (POCUS), dapat membantu konfirmasi diagnosis. Meta-analisis menunjukkan sensitivitas 86% dan spesifisitas 76% untuk ultrasonografi dalam mendiagnosis abses peritonsilar (Kim *et al.*, 2023). Keterlambatan atau ketidakadekuatan penanganan dapat menyebabkan perluasan infeksi ke ruang parafaringeal dan ruang leher dalam serta meningkatkan risiko komplikasi serius, seperti mediastinitis, sepsis, dan sindrom Lemierre akibat tromboflebitis vena jugularis interna (Long & Gottlieb, 2023; Ferchichi *et al.*, 2025).

Permasalahan penatalaksanaan terletak pada masih beragamnya pilihan intervensi. Drainase disertai antibiotik merupakan komponen utama terapi, tetapi aspirasi jarum, insisi dan drainase, terapi medikamentosa, maupun tonsilektomi segera masih digunakan dalam praktik. Survei terhadap dokter spesialis otolaringologi di Amerika Serikat dan Kanada menunjukkan variasi dalam penggunaan pencitraan dan teknik drainase (Forner *et al.*, 2021). Bukti mengenai regimen antibiotik juga belum sepenuhnya seragam; tinjauan sistematis tidak menunjukkan manfaat tambahan yang konsisten dari penambahan

metronidazol terhadap penisilin (Moen *et al.*, 2023). Pada anak, strategi terapi juga heterogen dan bukti yang tersedia masih didominasi studi retrospektif (Galluzzi & Garavello, 2024).

State of the art menunjukkan kecenderungan menuju integrasi penilaian klinis dengan pemeriksaan penunjang secara selektif dan pemilihan terapi berdasarkan kondisi individual pasien. Ultrasonografi dapat mendukung diagnosis, sedangkan pencitraan lebih lanjut dipertimbangkan apabila terdapat ketidakpastian diagnosis atau kecurigaan perluasan infeksi (Kim *et al.*, 2023; Forner *et al.*, 2021). Belum terdapat satu teknik drainase yang secara konsisten unggul untuk seluruh pasien. Selain itu, pemeriksaan mikrobiologis pus tidak selalu memberikan perubahan terhadap terapi empiris sehingga penggunaannya perlu disesuaikan dengan kondisi klinis (Bivahagumye *et al.*, 2024). Hal ini menunjukkan adanya kebutuhan untuk mengintegrasikan bukti mengenai faktor risiko, etiologi, manifestasi klinis, diagnosis, komplikasi, dan penatalaksanaan abses peritonsilar secara lebih sistematis.

Berdasarkan hal tersebut, kajian ini bertujuan untuk menganalisis secara komprehensif patofisiologi, faktor risiko, etiologi, manifestasi klinis, diagnosis, komplikasi, dan strategi penatalaksanaan abses peritonsilar berdasarkan bukti ilmiah terkini. Kajian ini diharapkan dapat memperjelas hubungan antara karakteristik klinis dengan pemilihan pemeriksaan dan terapi serta mengidentifikasi aspek yang masih memiliki keterbatasan bukti, sehingga mendukung pengenalan kasus secara dini, pemilihan terapi yang rasional, dan pencegahan komplikasi.

Bahan dan Metode

Penulisan artikel ini menggunakan metode *literature review* dengan mengumpulkan dan menelaah berbagai sumber literatur yang membahas abses peritonsilar. Literatur diperoleh melalui pencarian artikel ilmiah pada database seperti PubMed dan Google Scholar menggunakan kata kunci peritonsillar abscess, peritonsillar abscess management, peritonsillar abscess diagnosis, dan peritonsillar abscess treatment. Artikel yang dipilih merupakan artikel

yang relevan dengan topik pembahasan dan tersedia dalam teks lengkap. Literatur yang telah diperoleh kemudian dianalisis secara deskriptif dan disintesis untuk membahas definisi, epidemiologi, etiologi, patogenesis, manifestasi klinis, diagnosis, komplikasi, tatalaksana serta pencegahan abses peritonsillar.

Hasil dan Pembahasan

Definisi dan Epidemiologi

Abses peritonsilar atau *quinsy* merupakan koleksi pus pada ruang peritonsilar, yaitu ruang antara kapsul tonsil dan otot konstriktor faring superior. Kondisi ini umumnya berkembang sebagai komplikasi infeksi tonsil dan merupakan salah satu infeksi supuratif yang sering dijumpai pada daerah kepala dan leher (Gupta & McDowell, 2023). Studi epidemiologi menunjukkan bahwa abses peritonsilar terutama ditemukan pada remaja dan dewasa muda, meskipun dapat terjadi pada berbagai kelompok usia. Dalam studi terhadap 966 kasus, insidensi tertinggi ditemukan pada kelompok usia 19–50 tahun dan *Streptococcus pyogenes* merupakan mikroorganisme yang paling sering ditemukan (Slouka *et al.*, 2020). Kondisi ini perlu mendapat perhatian karena infeksi dapat meluas ke ruang leher dalam dan menimbulkan komplikasi serius apabila diagnosis dan terapi terlambat.

Etiologi

Penyebab primer dari abses peritonsillar, antara lain:

a. Tonsilitis akut,

Abses peritonsilar paling sering muncul sebagai komplikasi dari infeksi tonsil yang sebelumnya sudah terjadi.

b. Mononukleosis infeksiosa.

Infeksi virus Epstein-Barr yang menyebabkan mononukleosis juga bisa berlanjut menjadi abses peritonsilar.

c. De novo/secara langsung (tanpa riwayat faringitis).

Meskipun jarang, abses bisa terbentuk langsung tanpa adanya infeksi tenggorokan sebelumnya.

Selain karena penyebab primer diatas, terdapat beberapa faktor risiko tambahan yang dapat menyebabkan abses peritonsillar, yaitu :

1. Merokok.

Kebiasaan merokok dapat meningkatkan risiko terbentuknya abses dengan mengganggu pertahanan lokal mukosa orofaring.

2. Penyakit periodontal kronik.

Infeksi gusi dan jaringan penyangga gigi yang berlangsung lama juga berkontribusi terhadap infeksi yang dapat menyebar ke jaringan tonsilar. Terdapat beberapa agen infeksius yang juga bisa menyebabkan dari abses peritonsillar. Bakteri tersering yang menjadi penyebab abses peritonsillar adalah *Streptococcus beta-hemolitik* Grup A (paling umum). Selain itu, bakteri lain yang juga sering ditemukan diantaranya, yaitu *Staphylococcus spp.*, *Pneumococcus (Streptococcus pneumoniae)*, Organisme hemofilik (kemungkinan merujuk ke *Haemophilus influenzae*), serta *Fusobacterium necrophorum* dilaporkan sebagai anaerob yang paling sering ditemukan. Anaerob umum lainnya termasuk *Bacteroides*, *Peptostreptococcus*, dan *Prevotella*. Selain itu, biasanya infeksi polimikroba, melibatkan kombinasi bakteri aerob dan anaerob (DynaMed, 2022).

Faktor Resiko

Terdapat beberapa faktor risiko yang dapat menyebabkan abses peritonsillar. Infeksi yang tidak diobati atau diobati secara tidak adekuat, termasuk infeksi orofaring seperti tonsilitis streptokokus dan infeksi kelenjar saliva minor (kelenjar Weber), merupakan faktor risiko terjadinya abses peritonsillar. Penyakit periodontal dan kebiasaan merokok juga bisa menjadi factor risiko. Studi kasus kontrol menunjukkan bahwa merokok, jenis kelamin laki-laki, dan usia 21–40 tahun masing-masing berhubungan dengan peningkatan risiko abses peritonsilar setelah mengalami sakit tenggorokan yang awalnya tidak rumit. Selain itu, penggunaan obat antiinflamasi nonsteroid (OAINS) dan kortikosteroid juga dilaporkan dapat meningkatkan risiko terjadinya abses peritonsillar (DynaMed, 2022).

Patofisiologi

Kondisi normal, tonsil palatina berada di dinding lateral orofaring, diapit oleh pilar tonsilar anterior dan posterior. Tonsil ini memiliki permukaan medial dengan banyak kript (lekukan kecil) dan dibungkus oleh kapsul yang berfungsi sebagai jalur bagi saraf dan pembuluh darah. Patogenesis abses peritonsilar diduga

bermula dari infeksi yang terjadi di tonsil, terutama di daerah kriptas. Infeksi ini bisa berasal dari tonsilitis akut atau dari infeksi kelenjar saliva kecil di sekitar tonsil yang disebut kelenjar Weber. Infeksi yang dimulai di kriptas atau kelenjar tersebut menyebabkan peradangan yang kemudian meluas melewati kapsul tonsil ke ruang peritonsilar, menyebabkan peritonsilitis (radang jaringan sekitar tonsil). Bila peradangan terus berlanjut tanpa penanganan yang efektif, terjadi nekrosis jaringan (kematian jaringan) dan terbentuk kumpulan nanah, yang kita kenal sebagai abses peritonsilar.

Proses pembentukan abses ini juga melibatkan penyumbatan duktus kelenjar Weber akibat peradangan. Kelenjar Weber yang biasanya bertugas membersihkan sisa makanan dan debris dari area tonsil menjadi tidak mampu berfungsi dengan baik. Penyumbatan dan infeksi pada kelenjar ini memperburuk peradangan lokal, mempercepat pembentukan abses di ruang peritonsilar. Ketika abses sudah terbentuk, nanah dapat menekan jaringan sekitarnya, menyebabkan gejala seperti nyeri hebat di tenggorokan satu sisi, kesulitan membuka mulut (trismus), suara bindeng (*hot potato voice*), dan pembengkakan tonsil yang bisa menggeser uvula ke sisi yang berlawanan (DynaMed, 2022).

Teori pertama menyatakan bahwa infeksi bermula di crypta magna, yaitu saluran kecil yang terletak di dalam tonsil. Pada kondisi seperti tonsilitis akut, bakteri dapat berkolonisasi dan berkembang biak di dalam crypta tersebut. Seiring berjalannya waktu, infeksi ini tidak hanya terbatas pada tonsil, tetapi dapat menembus kapsul tonsil dan meluas ke jaringan sekitarnya, menyebabkan peritonsilitis (radang jaringan peritonsilar). Jika infeksi tidak terkendali, proses inflamasi ini akhirnya berkembang menjadi abses peritonsilar, dengan akumulasi nanah di ruang peritonsilar.

Teori kedua mengusulkan bahwa abses peritonsilar dapat terjadi akibat obstruksi dan infeksi pada kelenjar Weber. Kelenjar Weber adalah kelenjar saliva minor yang terletak di ruang peritonsilar dan berfungsi membantu membersihkan debris dari area tonsil. Infeksi atau nekrosis pada jaringan sekitar kapsul tonsil dapat menyebabkan kerusakan dan penyumbatan saluran kelenjar Weber. Ketika saluran ini tersumbat, sekresi saliva dan debris tidak bisa dibersihkan secara normal, menciptakan

lingkungan yang ideal untuk pertumbuhan bakteri. Akibatnya, terjadi akumulasi sekresi dan nanah, yang pada akhirnya membentuk abses. Bukti pendukung teori ini adalah fakta bahwa abses peritonsilar masih dapat terjadi pada pasien yang sudah menjalani tonsilektomi (pengangkatan tonsil), mengingat kelenjar Weber tetap ada meski tonsil diangkat (Gupta & McDowell, 2023).

Manifestasi Klinis

Abses peritonsilar merupakan salah satu komplikasi infeksi tonsil yang serius, ditandai dengan akumulasi pus di ruang peritonsilar akibat penyebaran infeksi dari tonsil yang meradang. Secara klinis, pasien dengan abses peritonsilar biasanya tampak sangat sakit, dengan manifestasi utama berupa demam tinggi, malaise, nyeri tenggorokan berat, disfagia, serta otalgia yang menjalar ke telinga pada sisi yang sama dengan infeksi. Nyeri tenggorokan umumnya lebih dominan pada sisi terinfeksi dan menjadi salah satu tanda khas dari abses peritonsillar (Galioto, 2008).

Pemeriksaan fisik, ditemukan trismus atau kesulitan membuka mulut, hal disebabkan oleh spasme otot-otot pengunyah yang terjadi akibat peradangan lokal. Swallowing atau menelan akan menjadi sangat menyakitkan, hingga pasien seringkali tidak mampu menelan ludah sendiri dan menyebabkan pooling saliva atau drooling. Selain itu, pasien biasanya berbicara dengan suara bindeng atau dikenal sebagai "*hot potato voice*," akibat gangguan resonansi suara di orofaring. Limfadenopati servikal yang nyeri tekan pada sisi yang terlibat juga sering ditemukan, menandakan keterlibatan kelenjar limfe regional. Inspeksi orofaring menunjukkan adanya pembengkakan yang tegang dan eritema pada pilar tonsilar anterior serta langit-langit lunak di atas tonsil yang terinfeksi. Tonsil biasanya terdorong ke arah bawah dan tengah (inferomedial) dan menyebabkan uvula terdorong ke sisi yang berlawanan (Galioto, 2008).

Diagnosis

Diagnosis abses peritonsilar umumnya ditegakkan berdasarkan anamnesis yang detail dan pemeriksaan fisik langsung. Beberapa diagnosis banding yang perlu dipertimbangkan meliputi mononukleosis infeksius, limfoma,

selulitis peritonsilar, serta abses retromolar dan retrofaringeal. Pada beberapa kasus, pasien datang dengan selulitis peritonsilar, yaitu kondisi inflamasi di antara tonsil dan kapsulnya yang ditandai dengan edema dan eritema, namun tanpa terbentuknya pus. Jika tidak ditangani, selulitis ini dapat berkembang menjadi abses (Galioto, 2008).

Pada kasus-kasus di mana diagnosis abses peritonsilar tidak dapat ditegakkan hanya dengan pemeriksaan klinis, aspirasi jarum untuk menemukan pus dapat membantu memastikan diagnosis. Selain itu, pemeriksaan ultrasonografi, baik secara transkutan maupun intraoral, dapat digunakan untuk membedakan abses peritonsilar dari selulitis. Jika dicurigai adanya penyebaran infeksi ke ruang dalam leher atau komplikasi lebih lanjut, pemeriksaan tambahan seperti CT scan atau MRI dapat dilakukan. CT scan berguna untuk membedakan abses dari selulitis dan menunjukkan penyebaran infeksi ke ruang leher yang lebih dalam. MRI memiliki keunggulan dalam memberikan detail jaringan lunak yang lebih baik dibandingkan CT, tanpa risiko paparan radiasi. Namun, MRI membutuhkan waktu pemeriksaan yang lebih lama, biaya yang lebih tinggi, dan tidak selalu tersedia di semua fasilitas pelayanan kesehatan. Selain itu, MRI juga dapat menyebabkan ketidaknyamanan pada pasien seperti rasa cemas atau klaustrofobia (Galioto, 2008).

CT Scan

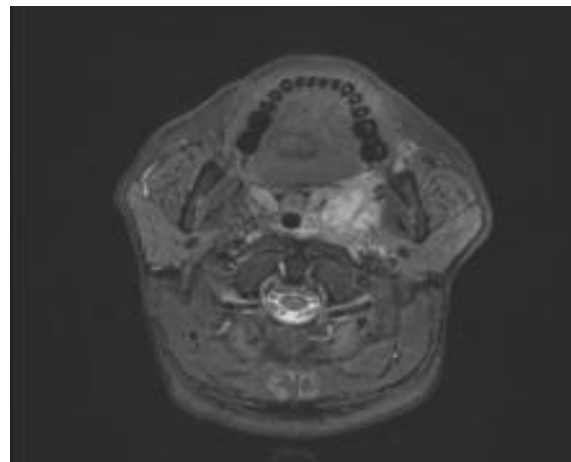
Temuan CT konsisten dengan abses peritonsilar kanan, ditandai dengan koleksi berisi cairan dengan dinding ter-enhance pada tonsil kanan. Terdapat inflamasi ringan pada jaringan adiposa di ruang parapharyngeal kanan, tanpa penyebaran luas ke ruang leher dalam lainnya.



Gambar 1. CT-Scan pada abses peritonsillar (Kabra U,2019).

MRI

Amandel palatina bilateral yang besar dengan kumpulan nekrotik dinding tebal di sisi kiri, sehingga di temukan abses peritonsilar kiri yang menunjukkan peningkatan perifer pada studi pasca-kontras. DWI umumnya menunjukkan inti nekrotik hiperintens. Kompresi ringan pada saluran napas terlihat dengan peradangan di sekitar lemak, peradangan pada ruang parapharyngeal kiri dan trigona retromolar. serta ditemukan kelenjar getah bening level II bilateral membesar.



Gambar 2. CT-Scan pada abses peritonsillar (Kabra U,2019).

Tatalaksana

Penatalaksanaan abses peritonsilar (*peritonsillar abscess*/PTA) bertujuan mengendalikan infeksi, mengeluarkan pus, mempertahankan jalan napas, mengurangi gejala, dan mencegah penyebaran maupun kekambuhan. Pendekatan terapi umumnya mencakup pemberian antibiotik dan tindakan drainase melalui aspirasi jarum atau insisi dan drainase. Tonsilektomi dapat dipertimbangkan pada pasien dengan abses peritonsil berulang atau riwayat tonsilitis berulang, terutama pada kondisi dengan risiko kekambuhan yang lebih tinggi atau apabila tata laksana konservatif dan drainase tidak memberikan hasil yang adekuat (Ketterer et al., 2023; Windfuhr et al., 2023). Bukti terkini menunjukkan bahwa meskipun terdapat variasi praktik, drainase tetap menjadi komponen utama penatalaksanaan PTA. Pada tinjauan sistematis pasien anak, kombinasi

antibiotik dan insisi-drainase merupakan pendekatan yang paling banyak digunakan, sedangkan antibiotik tanpa drainase dan tonsilektomi segera diterapkan pada kelompok pasien yang lebih selektif (Galluzzi & Garavello, 2024).

Terapi Antibiotik

Antibiotik merupakan bagian penting dalam tata laksana abses peritonsil (*peritonsillar abscess*/PTA), yang umumnya melibatkan flora orofaring dengan bakteri aerob maupun anaerob. Pemilihan terapi empiris perlu mempertimbangkan spektrum mikroorganisme yang mungkin terlibat, tingkat keparahan infeksi, kondisi klinis pasien, riwayat alergi antibiotik, serta pola resistensi antimikroba setempat. Penisilin atau antibiotik β -laktam lainnya dapat digunakan sebagai terapi empiris pada pasien yang sesuai, sedangkan antibiotik dengan spektrum yang lebih luas dapat dipertimbangkan pada kondisi tertentu berdasarkan respons klinis dan pertimbangan *antimicrobial stewardship* (Ketterer *et al.*, 2023; Moen *et al.*, 2023). Bukti klinis juga menunjukkan bahwa pemeriksaan kultur tidak selalu diperlukan secara rutin pada pasien PTA tanpa komorbiditas atau tanda infeksi berat, sehingga terapi empiris dapat dimulai berdasarkan penilaian klinis tanpa harus menunggu hasil kultur (Berg *et al.*, 2024).

Penggunaan metronidazol sebagai tambahan terhadap penisilin perlu dipertimbangkan secara rasional. Tinjauan sistematis Moen *et al.* (2023) yang mencakup tiga uji klinis terkontrol tidak menemukan bukti adanya manfaat tambahan metronidazol terhadap luaran klinis PTA, termasuk kekambuhan, lama perawatan, dan perbaikan gejala; beberapa penelitian justru menunjukkan peningkatan efek samping. Oleh karena itu, penambahan metronidazol tidak dapat dianggap sebagai keharusan pada seluruh pasien PTA dan penggunaannya perlu disesuaikan dengan kondisi klinis serta kebijakan penggunaan antimikroba setempat.

Pemberian antibiotik intravena dapat dipertimbangkan pada pasien dengan infeksi yang lebih berat, dehidrasi, ketidakmampuan menerima terapi oral, atau kondisi yang memerlukan perawatan di rumah sakit. Sebaliknya, pasien dengan kondisi klinis stabil dan mampu menerima obat secara oral dapat

dipertimbangkan untuk terapi oral sesuai evaluasi klinis. Dengan demikian, rute pemberian antibiotik sebaiknya ditentukan berdasarkan tingkat keparahan penyakit, kemampuan pasien menerima terapi oral, dan kebutuhan perawatan rumah sakit, bukan semata-mata berdasarkan keberadaan abses. Pada pasien anak, tinjauan sistematis terbaru juga menunjukkan bahwa terapi antibiotik disertai drainase merupakan pendekatan utama, sedangkan terapi antibiotik saja dapat dipertimbangkan pada kasus tertentu dengan seleksi klinis yang tepat (Galluzzi & Garavello, 2024).

Insisi dan Drainase

Insisi dan Drainase

Insisi dan drainase merupakan salah satu metode utama dalam penatalaksanaan abses peritonsilar yang telah terbentuk. Tindakan ini bertujuan mengeluarkan pus, mengurangi tekanan pada jaringan peritonsilar, memperbaiki gejala, serta mengendalikan sumber infeksi. Prosedur dilakukan setelah penilaian klinis terhadap lokasi dan luas abses serta evaluasi kondisi jalan napas. Anestesi lokal dapat digunakan pada pasien yang kooperatif, sedangkan penggunaan anestesi umum dipertimbangkan berdasarkan usia, kondisi klinis, kemampuan bekerja sama, dan kebutuhan pengamanan jalan napas. Karena tindakan dilakukan pada daerah orofaring dengan risiko aspirasi dan gangguan jalan napas, prosedur perlu dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten dalam drainase abses dan pengelolaan jalan napas (Novialdi & Prijadi, n.d.).

Setelah pus dikeluarkan, pasien perlu mendapatkan pemantauan klinis dan terapi antibiotik sesuai indikasi. Drainase umumnya memberikan perbaikan gejala karena mengurangi tekanan dan beban infeksi pada jaringan sekitar. Tinjauan sistematis terbaru pada pasien anak menunjukkan bahwa kombinasi antibiotik dan insisi-drainase merupakan pendekatan yang paling banyak digunakan, yaitu sekitar 69% kasus, sedangkan aspirasi jarum dan tonsilektomi segera digunakan pada proporsi yang lebih kecil (Galluzzi & Garavello, 2024).

Pemilihan antara insisi dan drainase serta aspirasi jarum masih menjadi pertimbangan klinis karena kedua teknik memiliki kelebihan dan keterbatasan. Tinjauan Cochrane

menunjukkan kemungkinan kekambuhan lebih tinggi setelah aspirasi jarum dibandingkan insisi dan drainase, tetapi kepastian bukti dinilai sangat rendah sehingga belum dapat ditetapkan bahwa salah satu teknik secara universal lebih efektif (Chang et al., 2016). Penelitian prospektif acak yang diterbitkan pada 2024 juga secara langsung membandingkan kedua teknik tersebut, sehingga pemilihan metode tetap perlu disesuaikan dengan kondisi klinis pasien dan karakteristik abses (Lee et al., 2024).

Pemeriksaan kultur dan uji kepekaan terhadap pus tidak perlu dilakukan secara rutin pada seluruh pasien. Studi retrospektif terhadap 207 pasien dengan PTA menunjukkan bahwa pemeriksaan sitobakteriologis pus tidak menyebabkan perubahan terhadap terapi antibiotik empiris yang telah diberikan. Oleh karena itu, pemeriksaan mikrobiologi dapat dipertimbangkan secara selektif, terutama pada pasien dengan komorbiditas atau tanda infeksi berat serta pada kasus dengan respons terapi yang tidak adekuat atau kekambuhan (Bivahagumye et al., 2024).

Dengan demikian, insisi dan drainase tetap merupakan komponen penting dalam penatalaksanaan PTA, khususnya pada abses yang telah terbentuk dan memerlukan evakuasi pus. Pemilihan teknik drainase sebaiknya didasarkan pada kondisi klinis, lokasi dan karakteristik abses, kemampuan operator, kondisi jalan napas, serta fasilitas yang tersedia. Bukti terbaru juga menunjukkan perlunya pendekatan individual karena belum terdapat bukti berkualitas tinggi yang secara konsisten menetapkan satu teknik drainase sebagai pilihan universal untuk seluruh pasien.

Aspirasi Jarum

Aspirasi jarum merupakan salah satu metode drainase abses peritonsilar yang dilakukan menggunakan jarum dan semprit untuk mengeluarkan pus dari rongga abses. Teknik ini relatif sederhana dan minimal invasif serta dapat memungkinkan pengambilan sampel pus untuk pemeriksaan mikrobiologis apabila diperlukan. Namun, keterbatasan metode ini adalah kemungkinan pus tidak terdrainase secara adekuat atau mengalami re-akumulasi, sehingga pada sebagian pasien diperlukan aspirasi ulang atau tindakan drainase lebih lanjut. Bukti komparatif menunjukkan bahwa aspirasi jarum

dapat memiliki risiko kegagalan atau kekambuhan yang lebih tinggi dibandingkan insisi dan drainase, meskipun kepastian bukti tersebut masih terbatas.

Pada anak-anak, pemilihan aspirasi jarum perlu mempertimbangkan usia, kemampuan bekerja sama, karakteristik abses, dan kondisi klinis pasien. Kesulitan mempertahankan kooperasi dapat menjadi kendala dalam pelaksanaan prosedur pada sebagian pasien anak. Tinjauan sistematis terbaru menunjukkan bahwa pada anak dengan abses peritonsilar, aspirasi jarum digunakan pada sekitar 7,6% kasus, sedangkan kombinasi antibiotik dan insisi serta drainase merupakan metode yang paling banyak digunakan. Oleh karena itu, aspirasi jarum dapat dipertimbangkan sebagai alternatif drainase pada pasien yang sesuai, tetapi pemilihannya perlu disesuaikan dengan kondisi klinis dan pertimbangan operator (Galluzzi & Garavello, 2024).

Tonsilektomi (Pengangkatan Amandel)

Tonsilektomi merupakan terapi definitif yang dapat dipertimbangkan pada abses peritonsilar berulang, riwayat tonsilitis berulang, atau kegagalan drainase. Tindakan dapat dilakukan pada fase akut bersamaan dengan drainase (*quinsy tonsillectomy*) atau secara elektif setelah infeksi akut teratasi (*interval tonsillectomy*). Pemilihan waktu tindakan disesuaikan dengan kondisi klinis dan faktor risiko pasien (Allon et al., 2024; Galluzzi & Garavello, 2024).

Quinsy tonsillectomy tidak dilakukan secara rutin pada seluruh pasien. Survei tahun 2024 terhadap 108 dokter spesialis THT menunjukkan bahwa insisi dan drainase dipilih sebagai terapi awal oleh 90,7% responden, sedangkan *quinsy tonsillectomy* hanya 1,9%. Tindakan ini lebih sering dipertimbangkan pada kegagalan drainase berulang atau riwayat abses maupun tonsilitis berulang. Pada pasien anak, tonsilektomi segera juga hanya digunakan pada sebagian kecil kasus dengan indikasi tertentu (Allon et al., 2024; Galluzzi & Garavello, 2024).

Meskipun dapat memberikan drainase dan penanganan sumber infeksi dalam satu prosedur, *quinsy tonsillectomy* memiliki risiko perioperatif, terutama perdarahan. Meta-analisis 2024 melaporkan angka perdarahan pascatonsilektomi sebesar 6,65%. Oleh karena itu, tonsilektomi

pada abses peritonsilar sebaiknya dilakukan secara selektif berdasarkan karakteristik abses, riwayat kekambuhan, respons terhadap drainase, dan kondisi pasien (Allon *et al.*, 2024).

Prognosis dan Komplikasi

Prognosis abses peritonsilar pada sebagian besar pasien umumnya baik apabila diagnosis ditegakkan secara dini dan penanganan dilakukan secara tepat, terutama melalui pemberian antibiotik dan drainase abses sesuai indikasi. Meskipun demikian, abses peritonsilar tetap berpotensi menimbulkan komplikasi apabila infeksi meluas atau terjadi keterlambatan penanganan. Dalam suatu studi terhadap 601 pasien dewasa dengan abses peritonsilar, 68 pasien mengalami komplikasi dan perluasan infeksi ke ruang leher dalam merupakan komplikasi yang paling sering ditemukan. Komplikasi juga lebih banyak ditemukan pada pasien dengan penyakit sistemik atau komorbiditas tertentu (Sideris *et al.*, 2022).

Komplikasi yang dapat terjadi meliputi abses parafaringeal dan retrofaringeal, yang merupakan bentuk perluasan infeksi ke ruang leher dalam dan dapat menyebabkan disfagia, nyeri leher, serta gangguan jalan napas (Klug *et al.*, 2020; Long Gottlieb, 2023). Pada kondisi yang lebih berat, infeksi dapat menyebar ke mediastinum dan menyebabkan *descending mediastinitis*. Selain itu, fasciitis nekrotik merupakan komplikasi yang jarang tetapi serius karena dapat menyebabkan kerusakan jaringan yang berlangsung cepat dan memerlukan debridemen serta penanganan intensif. Tinjauan sistematis mengenai komplikasi abses peritonsilar menunjukkan bahwa mediastinitis descendens, abses parafaringeal atau retrofaringeal, fasciitis nekrotik, dan sindrom Lemierre termasuk komplikasi berat yang paling banyak dilaporkan dalam literatur (Klug *et al.*, 2020).

Sindrom Lemierre merupakan komplikasi yang jarang tetapi berpotensi mengancam jiwa dan ditandai oleh tromboflebitis septik vena jugularis interna yang dapat disertai emboli septik, terutama ke paru. Selain itu, penyebaran infeksi ke struktur intrakranial, seperti meningitis atau abses otak, dapat terjadi tetapi merupakan komplikasi yang sangat jarang. Oleh karena itu, kondisi tersebut lebih tepat dipandang sebagai kemungkinan komplikasi akibat penyebaran

infeksi daripada sebagai manifestasi yang umum pada abses peritonsilar (Rahmah, 2023). Komplikasi perdarahan juga dapat terjadi, terutama apabila terdapat erosi atau keterlibatan pembuluh darah di sekitar jaringan yang mengalami infeksi, meskipun kejadian ini relatif jarang.

Faktor klinis tertentu dapat memengaruhi prognosis pasien. Adanya komorbiditas, peningkatan parameter inflamasi, usia yang lebih tua, serta perluasan infeksi ke ruang leher dalam dilaporkan berkaitan dengan peningkatan risiko komplikasi dan kebutuhan perawatan yang lebih intensif (Sideris *et al.*, 2022). Pada pasien anak, tinjauan sistematis terbaru juga menunjukkan bahwa komplikasi yang dilaporkan meliputi sepsis, dispnea, demam berkepanjangan, tortikolis, dan keterlibatan ruang parafaring. Namun, sebagian besar pasien tetap dapat ditangani dengan baik melalui terapi antibiotik disertai drainase sesuai kondisi klinis (Galluzzi & Garavello, 2024).

Secara keseluruhan, prognosis abses peritonsilar umumnya baik apabila diagnosis dan terapi diberikan secara cepat dan adekuat. Drainase abses dan terapi antibiotik yang tepat dapat menghasilkan pemulihan tanpa komplikasi pada sebagian besar pasien. Sebaliknya, keterlambatan diagnosis atau terapi, terutama apabila telah terjadi perluasan infeksi atau kompromi jalan napas, dapat meningkatkan risiko morbiditas dan komplikasi berat. Dalam kondisi tersebut, diperlukan evaluasi segera terhadap jalan napas, perluasan infeksi, dan kemungkinan keterlibatan ruang leher dalam. Keterlambatan penanganan pada kasus berat dapat meningkatkan risiko luaran yang buruk, termasuk kematian (Gupta & McDowell, 2023). Dengan demikian, pengenalan dini, pemberian terapi yang adekuat, drainase sumber infeksi, serta pemantauan terhadap tanda-tanda penyebaran infeksi merupakan faktor penting dalam mempertahankan prognosis yang baik.

Pencegahan

Berikut adalah langkah-langkah yang dapat membantu mencegah terjadinya abses peritonsilar:

1. Pengobatan Tonsilitis yang Tepat: Abses peritonsilar sering kali merupakan komplikasi dari tonsilitis yang tidak ditangani dengan baik. Oleh karena itu,

- penting untuk mengobati infeksi tonsil secara tepat dengan antibiotik yang sesuai dan mengikuti anjuran dokter hingga tuntas.
2. Menjaga Kebersihan Mulut dan Tenggorokan: Menjaga kebersihan mulut dengan menyikat gigi secara teratur dan berkumur dapat membantu mencegah infeksi yang dapat berkembang menjadi abses.
 3. Menghindari Faktor Risiko: Menghindari merokok dan menjaga kesehatan gigi serta gusi dapat mengurangi risiko infeksi yang dapat menyebabkan abses peritonsilar.
 4. Pemeriksaan Medis Rutin: Melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin dapat membantu mendeteksi dan mengobati infeksi tenggorokan sebelum berkembang menjadi abses.
 5. Tonsilektomi pada Kasus Tertentu: Pada individu dengan riwayat abses peritonsilar berulang atau tonsilitis kronis, dokter mungkin merekomendasikan tonsilektomi (pengangkatan tonsil) sebagai langkah pencegahan jangka panjang (Gupta & McDowell, 2023).

Kesimpulan

Abses peritonsilar merupakan infeksi supuratif pada jaringan peritonsilar yang terutama ditemukan pada remaja dan dewasa muda serta umumnya berkembang sebagai komplikasi infeksi tonsil atau faringotonsilitis. Manifestasi klinis berupa nyeri tenggorokan unilateral, odinofagia atau disfagia, trismus, *hot potato voice*, dan deviasi uvula dapat membantu menegaskan diagnosis, meskipun pemeriksaan klinis memiliki keterbatasan dalam membedakan abses dari selulitis peritonsilar. Etiologi umumnya bersifat polimikrobial, sedangkan riwayat infeksi orofaring berulang dan merokok merupakan beberapa faktor yang dilaporkan berhubungan dengan peningkatan risiko.

Penatalaksanaan utama meliputi antibiotik dan drainase pus melalui aspirasi jarum atau insisi dan drainase, dengan pemilihan terapi disesuaikan dengan kondisi klinis dan faktor risiko pasien. Ultrasonografi dapat menjadi pemeriksaan penunjang yang bermanfaat pada kasus dengan diagnosis yang meragukan, sedangkan CT atau MRI dipertimbangkan terutama apabila terdapat kecurigaan perluasan infeksi atau komplikasi. Tonsilektomi dilakukan

secara selektif, terutama pada pasien dengan kekambuhan atau indikasi klinis tertentu. Secara umum, prognosis baik apabila diagnosis dan penanganan dilakukan secara tepat, tetapi keterlambatan terapi dapat meningkatkan risiko penyebaran infeksi dan komplikasi serius. Dengan demikian, pengenalan dini, konfirmasi diagnosis secara selektif, pengendalian infeksi melalui terapi yang tepat, serta pemantauan komplikasi merupakan aspek penting dalam optimalisasi tata laksana abses peritonsilar.

Ucapan Terima Kasih

Penulis mengucapkan ucapan terimakasih kepada pihak Program Studi Kedokteran, fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Mataram atas dukungannya dalam penulisan artikel ini. Apresiasi juga ditunjukkan pada pihak yang memberikan masukan, saran, kritik serta fasilitas selama proses penyusunan tinjauan pustaka sehingga artikel ini dapat diselesaikan dengan baik.

Referensi

- Alanazi, K. H. J., Alsaeed, N. A., Alfaifi, R. H. M., Aldosari, H. N. F., Sharahit, A. A., Alamoudh, S. S., Alshamrani, A. Y., Khawaji, N. K., Alotibi, M. A. K., & Almutairi, M. N. (2025). Peritonsillar abscess: Diagnosis, treatment, and prevention of complications—An updated review for healthcare professionals. *Saudi Journal of Medicine and Public Health*, 2(2), 3819–3830. <https://doi.org/10.64483/202522767>
- Allon, R., Zloczower, E., Chebotaryov, M., Pinhas, S., Lahav, Y., & Shapira-Galitz, Y. (2024). National survey on peritonsillar abscess treatment and attitudes toward quinsy tonsillectomy. *Postgraduate Medicine*, 136(7), 757–763. <https://doi.org/10.1080/00325481.2024.2399497>
- Berg, C., et al. (2024). Cytobacteriological testing of drainage pus from peritonsillar abscess is not contributive in clinical practice: A STROBE analysis. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases*.
- Bivahagumye, L., Gosselet, V., Cambier, S.,

- Puechmaile, M., Gibold, L., & Saroul, N. (2024). Cytobacteriological testing of drainage pus from peritonsillar abscess is not contributive in clinical practice: A STROBE analysis. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases*, 141(5), 264–267. <https://doi.org/10.1016/j.anorl.2024.03.003>
- Chang, B. A., Thamboo, A., Burton, M. J., Diamond, C., & Nunez, D. A. (2016). Needle aspiration versus incision and drainage for the treatment of peritonsillar abscess. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(12), CD006287. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006287.pub4>
- Ferchichi, S., Kharrat, G., Trabelsi, B., Jouini, Z., Sbaihi, S., & Halwani, C. (2025). Lemierre's syndrome with cavernous sinus thrombosis: A life-threatening complication of peritonsillar abscess. *Ear, Nose & Throat Journal*. <https://doi.org/10.1177/01455613251324341>.
- Forner, D., Noel, C. W., Grant, A., Hong, P., Corsten, M., Wu, V., ... & Rigby, M. H. (2021). Management of peritonsillar abscesses in adults: survey of otolaryngologists in Canada and the United States. *OTO open*, 5(3), 2473974X211044081.
- Galluzzi, F., & Garavello, W. (2024). Treatment of peritonsillar abscess in children: A systematic review. *Journal of Clinical Medicine*, 13(23), 7361. <https://doi.org/10.3390/jcm13237361>
- Gupta G, McDowell RH. Abses Peritonsillar. [Diperbarui 17 Juli 2023]. Dalam: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Tersedia dari: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519520/>
- Hsiao, C.-H., et al. (2019). Epidemiological and microbiological aspects of the peritonsillar abscess. *Journal of Medical Microbiology*.
- Kabra U, Peritonsillar abscess. Case study, Radiopaedia.org (Accessed on 27 Apr 2025) <https://doi.org/10.53347/rID-70237>
- Ketterer, M. C., Maier, M., Burkhardt, V., Mansour, N., Knopf, A., & Becker, C. (2023). The peritonsillar abscess and its management – Is incision and drainage only a makeshift to the tonsillectomy or a permanent solution? *Frontiers in Medicine*, 10, 1282040. <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1282040>
- Kim, D. J., Burton, J. E., Hammad, A., Sabhaney, V., Freder, J., Bone, J. N., & Ahn, J. S. (2023). Test characteristics of ultrasound for the diagnosis of peritonsillar abscess: A systematic review and meta-analysis. *Academic Emergency Medicine*, 30(8), 859-869..
- Klug, T. E., Greve, T., & Hentze, M. (2020). Complications of peritonsillar abscess. *Annals of Clinical Microbiology and Antimicrobials*, 19, 32. <https://doi.org/10.1186/s12941-020-00375-x>
- Lee, J., Han, S. Y., Kim, D. H., Kwon, J. H., Koo, H. B., Jeon, S. J., ... & Jin, Y. J. (2023). Incision and Drainage Versus Needle Aspiration for Peritonsillar Abscess: A Prospective Randomized Controlled Trial. *Korean Journal of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery*, 67(4), 228-233. <https://doi.org/10.3342/kjorl-hns.2023.00724>
- Lee, J., Jin, Y.-J., Han, S.-Y., Kim, D.-H., Kwon, J.-H., Koo, H.-B., Jeon, S.-J., Lee, J.-M., & Jin, Y.-J. (2024). Incision and drainage versus needle aspiration for peritonsillar abscess: A prospective randomized controlled trial. *Korean Journal of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery*, 67(4), 228–233. <https://doi.org/10.3342/kjorl-hns.2023.00724>
- Long, B., & Gottlieb, M. (2023). Managing peritonsillar abscess. *Annals of Emergency Medicine*, 82(1), 101–107. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2022.10.023>
- Moen, C. M., Paramjothy, K., Williamson, A., Coleman, H., Lou, X., Smith, A., & Douglas, C. M. (2023). A systematic review of the role of penicillin versus penicillin plus metronidazole in the management of peritonsillar abscess. *The Journal of Laryngology &*

-
- Otology*, 137(9), 992-996.
- Sideris, G., Malamas, V., Tyrellis, G., Maragkoudakis, P., Delides, A., & Nikolopoulos, T. (2022). Ubi pus, ibi evacua: A review of 601 peritonsillar abscess adult cases. *Irish Journal of Medical Science*, 191(4), 1849–1853. <https://doi.org/10.1007/s11845-021-02796-9>
- Slouka, D., Hanakova, J., Kostlív, T., Skopek, P., Kubec, V., Babuska, V., Pecen, L., Topolcan, O., & Kucera, R. (2020). Epidemiological and microbiological aspects of the peritonsillar abscess. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 4020. <https://doi.org/10.3390/ijerph17114020>
- Voruz, F., Revol, R., Combescure, C., Monnier, Y., Becker, M., & Dulguerov, N. (2025). Diagnosis of Peritonsillar Abscess—A Prospective Study Comparing Clinical with CT Findings in 133 Consecutive Patients. *Diagnostics*, 15(2), 228.
- Moen, C. M., Paramjothy, K., Williamson, A., Coleman, H., Lou, X., Smith, A., & Douglas, C. M. (2023). A systematic review of the role of penicillin versus penicillin plus metronidazole in the management of peritonsillar abscess. *The Journal of Laryngology & Otology*, 137(9), 992-996.
- Windfuhr, J. P., Toepfner, N., Steffen, G., Waldfahrer, F., & Berner, R. (2023). Treatment of recurrent acute tonsillitis—a systematic review and clinical practice recommendations. *Frontiers in Surgery*, 10, 1221932. <https://doi.org/10.3389/fsurg.2023.1221932>