

menggaruk telinga, menggunakan *earphone* dan tidur dikasur yang keras. Gangguan pendengaran, riwayat keluar cairan dari telinga, telinga berdenging bedengung ataupun pusing berputar tidak ada. Pasien tidak mengeluhkan pilek, hidung tersumbat, nyeri pada wajah, batuk, nyeri tenggorok, nyeri menelan, suara serak maupun sesak napas. Dari pemeriksaan fisik didapatkan daun telinga kanan tampak benjolan edema pada anteheliks, dengan perabaan fluktuatif berukuran 1,5 x 0,5 cm, hiperemis minimal, nyeri tekan ada. Daun telinga kiri tidak ada deformitas, edema maupun hiperemis, pada pemeriksaan telinga kanan dan kiri didapatkan liang telinga lapang, sekret tidak ada, membran timpani intak. Pada pemeriksaan hidung kanan dan kiri didapatkan kavum nasi lapang, sekret tidak ada, konka inferior eutrofi, septum deviasi tidak ada. Dari pemeriksaan tenggorok didapatkan arkus faring simetris, uvula di tengah, tonsil T1-T1 tenang, dinding faring posterior tenang. Pasien menolak untuk insisi dan drainase pseudokista dan kemudian dilakukan aspirasi pada telinga kanan dengan spuit 5 ml, kemudian didapatkan cairan kemerahan kental sebanyak 2 ml, kemudian dilakukan jahitan kompresi dengan menggunakan 1 pasang jahitan kompresi kancing baju. Pasien kemudian diberi obat pulang clindamisin 3 x 300 mg, cataflam 3 x 500 mg. pasien kemudian kontrol kembali 6 hari kemudian (27/8/2014), keluhan nyeri masih ada, pada pemeriksaan fisik didapatkan kompresi kancing baju dalam keadaan baik, hiperemis minimal, tidak ditemukan adanya edema dan perabaan fluktuatif.

Pasien kemudian kontrol kembali 6 hari kemudian (3/9/2014), pasien tidak mengeluhkan nyeri pada telinga, pada pemeriksaan fisik tidak didapati edema ataupun benjolan pada telinga kanan, jahitan kompresi kancing baju kemudian di lepas. Setelah dievaluasi tidak terdapat benjolan dan edema fluktuatif pada telinga kanan.



Gambar 11. Pasien kasus 2 sebelum dipasang jahitan kompresi kancing baju.



Gambar 12. Pasien kasus 2 setelah dipasang jahitan kompresi kancing baju.

Diskusi

Khan dkk³ mengatakan bahwa pseudokista lebih sering terjadi pada laki-laki dibanding perempuan. Pseudokista ini juga biasanya terjadi pada umur antara 35-40 tahun.

Berbeda dengan yang dikatakan Rehman dkk.⁴, yang menyimpulkan bahwa pseudokista lebih sering muncul pada umur 20-60 tahun. Pada kasus pertama Pasien adalah laki-laki dan mempunyai umur 42 tahun, sedangkan kasus kedua pasien juga bejenis kelamin laki laki dengan umur 26 tahun. Pada kedua kasus ini membuktikan pseudokista lebih sering muncul pada laki-laki, sesuai dengan literatur.

Khan dkk³ mengatakan pseudo kista lebih banyak terjadi unilateral dibanding bilateral dan biasanya pseudokista bilateral terjadi pada anak. Pada kedua kasus ini didapati pseudokista unilateral yaitu pada telinga kiri pada kasus pertama dan telinga kanan pada kasus kedua sesuai dengan literatur.

Kanotra dan Latif⁹ menemukan pseudokista lebih banyak pada telinga kanan dibandingkan telinga kiri. Telinga kanan lebih besar 1,8 kali lipat lebih banyak dibanding telinga kiri, hal ini terjadi karena orang lebih sering tidur pada bantal menghadap kanan. Pada kasus pertama pasien mengalami pseudokista pada telinga kiri dan pada kasus kedua pseudokista terjadi pada telinga kanan. Mungkin diperlukan sampel yang banyak untuk membuktikan literatur, karena pada makalah ini hanya membandingkan 2 kasus.

Kanotra dan Latif⁹ mengemukakan bahwa pseudokista lebih banyak terjadi pada konka, walaupun beberapa literatur lain mengatakan bahwa pseudokista lebih sering pada helix dan antehelix terutama pada fossa scaphoid. Pada kedua kasus ini, pasien mengalami pseudokista pada

daerah heliks dan anteheliks, sesuai dengan literatur.

Trauma minor sering dikaitkan dengan pseudokista menurut Rehman dkk⁴, trauma ini dapat berupa tidur pada tempat tidur yang keras, pemakaian helm sepeda motor dan pemakaian earphone. Pada kasus pertama, pasien mempunyai riwayat menggaruk telinga yang merupakan faktor predisposisi terjadinya trauma minor. Sedangkan kasus kedua, pasien sering memakai helm yang merupakan faktor yang dikaitkan dengan trauma minor, sesuai dengan literatur.

Pseudokista menurut Khan dkk³, biasanya terjadi secara asimtomatik, tetapi tidak jarang terdapat tanda peradangan ringan dan rasa tidak nyaman pada telinga. Pada kasus pertama, pasien tidak mengeluhkan nyeri pada telinga tetapi mengeluhkan rasa tidak nyaman pada telinga. Sedangkan pada kasus kedua, pasien mengeluhkan nyeri pada telinga. Pasien kasus kedua sedikit berbeda dengan literatur.

Pada umumnya pseudokista ini terbentuk 4-12 minggu jika dirujuk dari Khan dkk³. Pada kasus pertama, pasien mengeluhkan benjolan pada telinga dan semakin membesar selama 1 bulan. Sedangkan pada kasus kedua, pasien menyadari adanya benjolan 3 hari, kasus kedua berbeda dengan literatur.

Menurut Khan dkk³, pseudokista umumnya mempunyai diameter 1,5 - 4,5 cm walaupun pada literatur lain mengatakan diameter pseudokista 1-5 cm. Pada kasus pertama, pasien mempunyai ukuran pseudokista berkisar 2 x 1 cm, sedangkan pada

kasus kedua, diameter pseudokista 1,5 x 0,5 cm. sesuai literatur.

Khan dkk³ mengemukakan pseudokista mempunyai cairan steril kental berwarna bening kekuningan, walaupun tak jarang ditemukan cairan serous. Pseudokista mempunyai volume 1-4 ml walaupun pada literatur lain mengatakan volume pseudokista adalah 0,5-10 ml. Pada kasus pertama, cairan pseudokista berwarna kuning kental dan mempunyai volume 3 ml. Sedangkan pada kasus kedua, cairan berwarna kental kemerahan 2 ml, kasus kedua berbeda dengan literatur.

Menurut Bage dkk¹⁰, benjolan pseudokista biasanya soliter dan bersifat fluktuatif. Pada kedua pasien ini mempunyai bentuk pseudokista soliter dan perabaan fluktuatif, sesuai literatur.

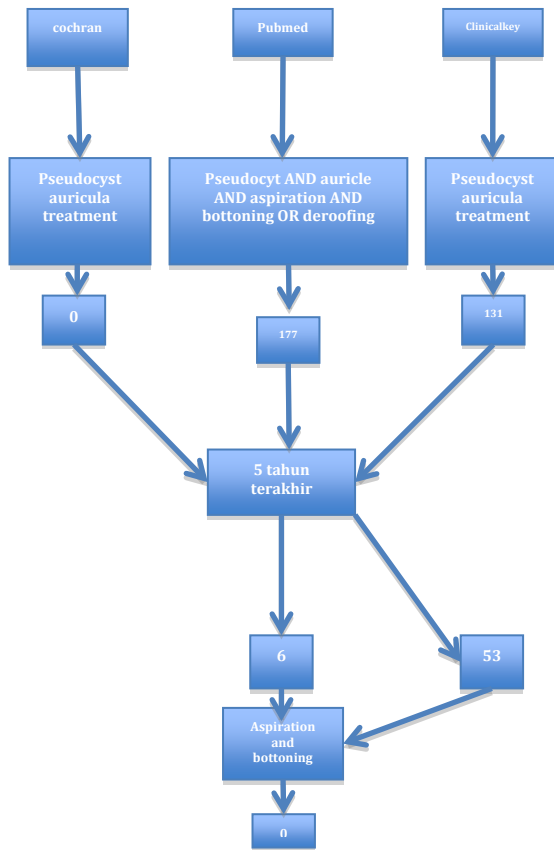
Pseudokista seperti yang dikemukakan oleh Kanotra dan Latif⁹, berbentuk seperti kubah dan aurikula tempat munculnya pseudokista ini bisa normal ataupun meradang. Pada kedua kasus. Pasien mempunyai benjolan edema berbentuk kubah dan diliputi hiperemis, yang merupakan tanda peradangan, sesuai dengan literatur

Kanotra dan Latif⁹ juga mengatakan aspirasi dan jahitan kompresi adalah metode yang kurang baik, insisi dan drainase yang diikuti dengan kompresi kancing baju menurunkan angka kejadian rekuren pada pseudokista. Kanotra dan Latif⁹ mendapatkan dari 20 kasus rekuren yang dilakukan deroofting dan jahitan kompresi kancing baju, tidak satu pun mengalami rekurensi berulang.

Rehman dkk⁴ mengatakan metode yang terbaik adalah operasi deroofting yang diikuti dengan kompresi kancing baju. Metode ini menurunkan angka rekurensi hingga 0%. Bhat dkk¹¹ mendapatkan dari 30 kasus yang dilakukan deroofting dan jahitan kompresi kancing baju, hanya 1 yang mengalami rekurensi. Khan dkk³ mendapatkan dalam penelitiannya dari 26 kasus yang dilakukan insisi drainase dan jahitan kompresi kancing baju hanya 1 yang mengalami rekurensi. Pada kasus pertama, pasien mengalami gejala rekurensi, tetapi walaupun demikian terjadi resolusi yang baik setelah dilakukan kompresi kancing baju, tetapi pada kasus kedua, resolusi pseudokista terjadi hanya pada 1 kali jahitan kompresi kancing baju, walaupun literatur belum ada yang menggabungkan teknik aspirasi dan kompresi kancing baju, dari kedua kasus ini kompresi kancing baju efektif dan merupakan alternatif yang baik untuk penatalaksanaan pseudokista, bila tidak tersedia alat kompresi yang baik.

Review ilmiah

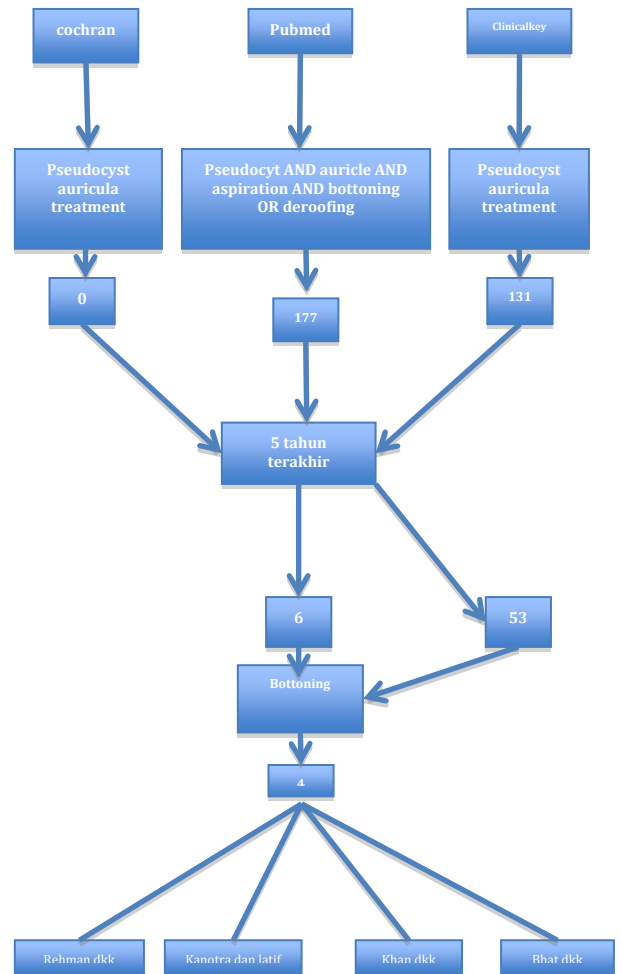
Pertanyaan klinis **PICO** pada kasus ini adalah *Patient* pada kasus ini merupakan pasien dengan pseudokista. *Intervention* pada kasus ini adalah aspirasi dan pemasangan jahitan kompresi kancing baju. *Compare* pada kasus ini adalah insisi drainase dan operasi *deroofting*. Sedangkan *Outcome* pada kasus ini adalah resolusi pseudokista, estetika telinga yang baik dan rekurensi. Jurnal dicari dari pubmed, cochrane dan clinicalkey.



Gambar 13. Skema pencarian jurnal aspirasi dan jahitan kompresi kancing baju.

Pada ketiga sumber jurnal ini tidak satupun yang mempunyai penelitian dan kasus mengenai tatalaksana pseudokista dengan metode aspirasi dan jahitan kompresi kancing baju. Tetapi untuk kompresi kancing baju saja terdapat 4 jurnal yang sesuai.

4 jurnal ini tidak melakukan randomisasi ataupun menggunakan kompresi lain sebagai kontrol, sehingga sulit untuk menentukan apakah hasil yang didapat merupakan suatu kebetulan atau memang karena akibat tatalaksana kompresi yang dilakukan.



Gambar 11. Skema pencarian jurnal jahitan kompresi kancing baju.

Kesimpulan

Aspirasi dengan jahitan kompresi kancing baju walaupun dalam literatur belum terbukti dapat mengatasi pseudokista, dalam kasus ini terbukti dapat mengatasi pseudokista walaupun terjadi rekurensi. . Walaupun yang paling terpenting adalah insisi drainase ataupun ekstirpasi kapsul pada tatalaksana pseudokista aurikula, namun kompresi pada pseudokista tidak kalah penting untuk mencegah rekurensi.

Sesuai dengan tujuan utama penatalaksanaan pseudokista, yaitu resolusi pseudokista tanpa rekurensi dan mempertahankan struktur normal

serta bentuk estetik aurikula. kompresi dengan kancing baju menghasilkan kompresi yang baik dan memiliki keuntungan seperti tekanan kompresi yang konstan, mudah dilakukan, mempunyai nilai estetik yang baik karena mennghindarkan kebutuhan verban yang besar. Hal ini membuat kompresi kancing baju alternative yang baik, bila tidak tersedia alat kompresi yang baik

Daftar pustaka

1. Karabulut H, Acar B, Tuncay KS, Tanyildizli T, Karadag AS, et al. Treatment of the Non-Traumatic Auricular Pseudocyst With Aspiration and Intralesional Steroid Injection The New Journal of Medicine 2009;26: 117-119
2. Mohammed E, Jakubikova J, Plank L, Hapco M, Donovalova G. Bilateral pseudocyst of auricle. Bratis Lek Listy 2007; 108: 470-3.
3. Khan NA, Islam MU, Rehman AU, Ahmad S. Pseudocyst of Pinna and Its Treatment with Surgical Deroofing: An Experience at Tertiary Hospitals, Journal of Surgical Technique and Case Report. 2013; 5: 2
4. Rehman A, Sangoo MA, Hamid S, Wani AA, hamid S, et al. Recurrent Pseudocyst Pinna: A Rational Approach to Treatment. International Journal of Scientific and Research Publications, 2013 ; 3: 7
5. Shaye D, sykes JM. Reconstruction of acquired auricular deformity. In: operative techniques in otolaryngology – head and neck surgery, 1st edition; 2011. p. 47-52
6. Moore KH, Persaud TVN, Torchia MG. Development of external ear. In : The Developing Human, 9th edition; 2013. p. 429-49
7. Flint PW, Haughey BH, lund V, Niparko JK, robins T, et al. Anatomy of the Temporal Bone, External Ear, and Middle Ear. In : Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery, 5th edition; 2010. p. 1977-86
8. Baker RS. reconstruction of auricle. In : local flap in facial reconstruction, 3rd edition; 2014. p. 588-629
9. Kanotra SP, lateef M. Pseudocyst of pinna: a recurrence-free approach. American Journal of Otolaryngology–Head and Neck Medicine and Surgery. 2009; 30: 73–79
10. Bage AM, Bage NN, Karthikeyan AD, Vijatasundaram. Pseudocyst of the auricule : management options. National Journal of clinical anatomy. 2012; 1 : p. 181-85
11. Bhat VS, Shilpa, Nitha, Ravi KS. Deroofing of Auricular Pseudocyst: Our Experience. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2014; 8(10): 05-07

