Majalah Kedokteran Andalas
Vol. 48, No. 1, Januari 2025, Hal. 88-98
http://jurnalmka.fk.unand.ac.id

LAPORAN KASUS

Case Report of Esophageal Food Impaction in Partially Edentulous Patient

Diflayzer, Ade Asyari

Bagian Telinga Hidung Tenggorok Bedah kepala & Leher, Fakultas Kedokteran, Universitas Andalas
Korespondensi: *Diflayzer, email: adifflys@gmail.com*

Abstrak

Pendahuluan: *Impaksi makanan di esofagus adalah suatu kondisi dimana makanan tersangkut di esofagus. Salah satu faktor risikonya adalah tidak ada gigi yang menganggu proses mengunyah dan pembentukan bolus sehingga ukuran bolus yang terbentuk lebih besar dan mengganggu proses menelan selanjutnya.* ***Tujuan:*** *Memahami diagnosis dan penatalaksanaan Impaksi Makanan Esofagus dimana sebagian Edentulous sebagai faktor risiko.* ***Laporan Kasus:*** *Seorang pria berusia 60 tahun datang dengan keluhan kesulitan menelan sejak 3 hari sebelum masuk rumah sakit. Terdapat riwayat mengganjal di tenggorok setelah menelan sepotong daging. Pemeriksaan rongga mulut menunjukkan adanya 20 gigi yang hilang. Terdapat standing sekresi di sinus piriformis. Pasien dilakukan esofagoskopi diagnostik dan terapeutik dengan diagnosis impaksi makanan "daging" di esofagus. Sepotong daging ditemukan pada jarak 18 cm dari gigi seri atas dan kemudian dikeluarkan. Setelah pengangkatan, gejala sukar menelan membaik.* ***Kesimpulan:*** *Impaksi bolus makanan berupa daging dapat ditatalaksana dengan menggunakan esofagoskopi kaku tanpa komplikasi. Terdapat perbaikan yang signifikan pada gejala sukar menelan setelah esofagoskopi. Tidak adanya gigi merupakan faktor risiko terjadinya impaksi bolus makanan pada kasus ini*
Kata kunci: Impaksi makanan esofagus; edentulous parsial; esofagoskopi kaku

Abstract

Introduction: Esophageal food impactionis a medical ailment characterised by the obstruction of the oesophagus due to food becoming stuck. Loss of teeth can lead to food impaction, which lowers the ability to chew and create a bolus. This can cause bigger food particles that interfere with swallowing. Objective: Understanding diagnosis dan management of Esophageal Food Impaction in which partially Edentulous as risk factor. Case Report: A 60-year-old man came with complaints of having difficulty in swallowing since 3 days before admission. There was history of feeling something stuck in his throat after swallowing a chunk of meat. Oral cavity examination revealed missing 21 of teeth. There was standing secretion in pyriform sinus. The patient was managed with diagnostic and therapeutic esophagoscopy with diagnosis of impaction of "meat" food in the esophagus. A chunk of meat was removed at the level of 18 cm away from upper incisor. After removal, difficulty of swallowing was improved. Conclusion: Food bolus impaction "meat" can be successfully removed using rigid esophagoscopy without any complications. There was significant improvement in symptoms after removal of food impaction. Loss of teeth is a risk factor for food impaction in this case.
Keywords: *Esophageal food impaction; Partial edentulous; Rigid esophagoscopy*

p-ISSN: 0126-2092
e-ISSN: 2442-5230

PENDAHULUAN

Impaksi benda asing esofagus merupakan kondisi kritis dalam sistem gastrointestinal yang memerlukan perhatian medis segera. Yang paling umum adalah impaksi makanan esofagus, dengan perkiraan tingkat kejadian tahunan sebesar 13 kejadian per 100.000 orang per tahun.[1] Impaksi makanan esofagus, juga disebut sebagai "sindrom steakhouse," merupakan gangguan medis yang ditandai dengan konsumsi makanan yang cepat, yang mengakibatkan penyumbatan di dalam esofagus. Orang tua lebih sering terkena kondisi ini.[2] Impaksi makanan esofagus, juga disebut sebagai "sindrom steakhouse," merupakan gangguan medis yang ditandai dengan konsumsi makanan yang cepat, yang mengakibatkan penyumbatan di dalam esofagus. Orang tua lebih sering terkena kondisi ini. Edentulisme parsial merupakan kondisi yang ditandai dengan hilangnya sebagian atau beberapa gigi, yang dapat menunjukkan kondisi kesehatan mulut yang kurang optimal.[3] Gigi memainkan peran penting dalam mengunyah dan menelan secara efisien. Kehilangan gigi dan tulang alveolar edentulous menyebabkan gangguan pengunyahan, kekurangan makanan, malnutrisi dan dalam beberapa kasus menyebabkan tidak dapat menelan makanan yang diproses sebagian dan impaksi bolus makanan esofagus.[4]

Karena berbagai keadaan, kehilangan gigi merupakan kondisi umum yang mempengaruhi banyak orang di seluruh dunia, yang mengakibatkan sejumlah besar pasien edentulous. Kemungkinan alasan untuk masalah kesehatan mulut termasuk perawatan gigi yang tidak memadai, penyakit periodontal, kebiasaan makan, dan usia tua.4 43,6% dari populasi global menderita edentulisme parsial. Menurut survei Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) yang dilakukan pada tahun 2018, kejadian edentulisme parsial di Indonesia ditemukan sebesar 19%.[3]

Lebih dari 80% benda asing dapat melewati tubuh secara alami, tetapi dalam situasi sisanya, prosedur endoskopi atau pembedahan diperlukan untuk mengeluarkan benda asing tersebut.4 Untuk mencegah impaksi makanan, sangat penting untuk mengonsumsi makanan dengan kecepatan lambat dan mengunyah setiap gigitan dengan saksama sebelum menelan. Atau, seseorang dapat memilih untuk mengonsumsi makanan dalam porsi yang lebih kecil setiap suapan.[2]

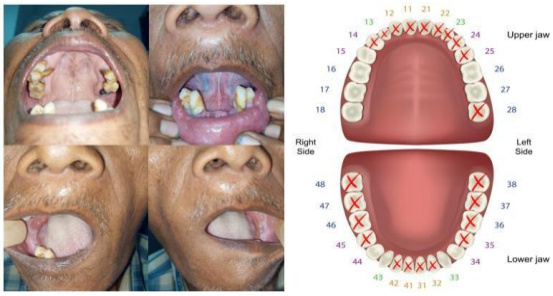
LAPORAN KASUS

RSUD Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 21 November 2023 dengan keluhan sesak menelan sejak 3 hari yang lalu. Sebelumnya pasien sedang makan di sebuah pesta dan tiba-tiba merasa ada yang mengganjal di tenggorokan setelah menelan sepotong daging. Kemudian pasien mengalami sesak menelan baik makanan cair maupun makanan padat, terutama makanan padat. Karena kondisi pasien tidak membaik setelah 3 hari, pasien berobat ke RSUD dan dirujuk ke RSUD Dr. M. Djamil Padang. Tidak ada riwayat sesak menelan sebelumnya. Tidak ada nyeri saat menelan. Tidak ada keluar air liur. Tidak ada riwayat tersedak, batuk, dan muka kebiruan. Tidak ada riwayat muntah. Tidak ada riwayat keluar air liur bercampur darah.

Pasien sudah banyak kehilangan gigi sejak usia 40 tahun. Dimulai dari gigi depan, kemudian berlanjut ke gigi belakang. Tidak ada riwayat trauma mulut

sebelumnya. Pasien mengatakan jarang menggosok gigi. Tidak ada riwayat stroke. Pasien memiliki riwayat merokok sejak 40 tahun yang lalu sekitar 1-2 batang per hari. Tidak ada riwayat sakit gigi. Tidak ada riwayat nyeri ulu hati yang berulang. Tidak ada riwayat menelan zat-zat yang bersifat korosif.

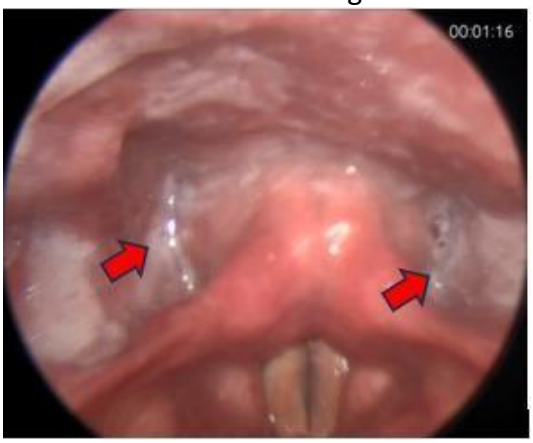
Pada pemeriksaan umum keadaan stabil, composmentis kooperatif, tekanan darah 120/80 mmHg, frekuensi napas 18 x/menit, denyut nadi 82 x/menit, suhu 37 oC. Pada pemeriksaan telinga, hidung, dan tenggorokan tidak ditemukan kelainan. Pada pemeriksaan rongga mulut ditemukan kebersihan mulut yang buruk. Berdasarkan sistem penomoran gigi, terdapat gigi yang hilang pada gigi 11, 12, 13, 14, 21, 22, 23, 24, 25, 31, 32, 35, 36, 37, 38, 41, 42, 45, 46, 47, 48 dan akar gigi 28 **(Gambar 1).**



Gambar 1. Foto klinis dan sketsa gigi pasien yang hilang

Tanda silang merah pada gambar menunjukkan gigi yang hilang. Laringoskopi tidak langsung menunjukkan epiglotis dan aritenoid normal, gerakan ventrikel dan pita suara simetris, rima glottidis terbuka, terdapat sekret yang menetap di sinus piriformis (Gambar 2). Pemeriksaan leher tidak menunjukkan pembesaran kelenjar getah bening dan krepitasi. Pemeriksaan toraks menunjukkan gerakan dada simetris, tidak ada retraksi, stridor, suara napas vesikuler (+/+), mengi (-/-) dan ronkhi (-/-).

Berdasarkan pemeriksaan klinis dan fisik, diagnosis kerja pasien adalah dugaan impaksi makanan "daging" di esofagus. Pemeriksaan laboratorium pada tanggal 21 November 2023 menunjukkan kadar hemoglobin 17,4 g%, leukosit 13.750/mm3, hematokrit 52%, trombosit 221.000/mm3, ureum 107 mg/dL, kreatinin 1,4 g/dL, natrium 154 mmol/L, kalium 4,9 mmol/L dan klorida 111 mmol/L. Hasil pemeriksaan hemoglobin, hematokrit, leukosit, ureum, kreatinin, natrium dan kalium meningkat.



Gambar 2. Terdapat sekret yang menetap di sinus piriformis

Pada tanggal 21 November 2023, dilakukan rontgen servikal anteroposterior-lateral dan rontgen toraks dengan hasil tidak ditemukan benda asing radiopak di sepanjang proyeksi esofagus proksimal (pada level servikal) dan jantung serta paru dalam batas normal. Pasien direncanakan untuk menjalani esofagoskopi diagnostik dan terapeutik segera dengan anestesi umum. Pasien diberikan persetujuan tindakan medis.

Pasien kemudian dikonsultasikan ke Departemen Penyakit Dalam untuk toleransi operasi, dengan balasan konsul cedera ginjal akut stadium I ec prerenal ec dehidrasi, hipernatremia. Tidak terdapat kontraindikasi untuk esofagoskopi dengan anestesi umum dan diberikan terapi infus D5 ¼ NS selama 6 jam/kolf. Pasien

disarankan untuk melakukan pemeriksaan ulang elektrolit, ureum, dan kreatinin di bangsal rawat inap pada hari ke-3 perawatan. Konsultasi ke bagian anestesi, disetujui untuk melakukan esofagoskopi dengan anestesi umum dan puasa 6 jam sebelum operasi.

Pada tanggal 21 November 2023, dilakukan esofagoskopi terapeutik dan diagnostik dengan esofagoskop kaku. Pasien berbaring di meja operasi dengan anestesi umum dengan kepala ekstensi. Esofagoskop ukuran 12x16, panjang 50 cm dipegang dengan tangan kanan dan dimasukkan perlahan. Tangan kiri memegang bagian distal esofagoskop seperti memegang pensil. Esofagoskop didorong perlahan sepanjang uvula, dinding faring posterior hingga bertemu dengan aritenoid kiri dan kanan. Sambil mengangkat bahu pasien, pemasangan esofagoskop dilanjutkan hingga mencapai dan melewati introitus esofagus, kemudian muncul benda asing seperti daging berwarna coklat kekuningan berjarak 18 cm dari gigi seri atas. Benda asing tersebut dikeluarkan menggunakan forcep. Awalnya bolus makanan hanya dapat dikeluarkan sebagian demi sebagian, tetapi pada akhirnya bolus makanan dapat dikeluarkan seluruhnya. Namun, bolus makanan pecah di tingkat orofaring dan bagian yang lebih besar tertinggal. Laringoskop dan forsep magill digunakan untuk mengeluarkan bagian bolus makanan yang lebih besar di orofaring.

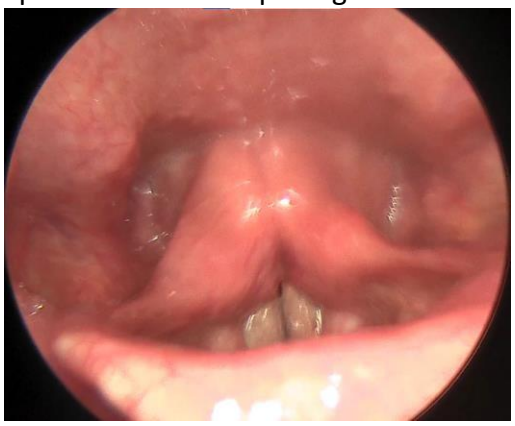
Setelah pencabutan, esofagoskop dimasukkan kembali hingga 40 cm dari gigi seri atas dan kemudian dievaluasi. Pada evaluasi, tidak ada sisa daging, tidak ada edema, tidak ada ekskoriasi dan laserasi mukosa esofagus. Esofagoskop ditarik keluar secara perlahan dan hati-hati dan operasi selesai. Pasien didiagnosis dengan esofagoskopi pasca diagnostik dan terapeutik karena impaksi bolus makanan esofagus "daging" (Gambar 3). Instruksi pasca esofagoskopi adalah untuk memantau tanda-tanda vital dan perdarahan dan dirawat di bangsal THT dengan pengobatan infus D5 ¼ NS 6 jam/kolf, injeksi Ceftriaxone 2x1 gram, injeksi Dexamethasone 3x5mg, injeksi Ranitidine 2x50mg dan infus Ketorolac 3x30mg. Pasien diobservasi selama 24 jam pasca operasi, tidak ada keluhan sesak napas, nyeri dada dan kesulitan menelan. Pada pemeriksaan fisik, terdapat gerakan dada simetris, tidak ada retraksi, stridor, suara napas vesikular (+/+), mengi (-/-) dan ronkhi (-/-). Tidak ada krepitasi pada leher dan dada.



Gambar 3. Potongan daging dengan ukuran 50 mm dibuang

Hari ke-3 pasca operasi tanggal 22 November 2023 pasien mengatakan keluhan sulit menelan sudah membaik, pasien sudah dapat makan dan minum seperti biasa. Tidak ada demam, sesak nafas dan nyeri dada. Pemeriksaan fisik dalam batas normal. Hasil pemeriksaan laboratorium lanjutan didapatkan Natrium 147 mmol/L, Kalium 5,8 mmol/L, Klorida 115 mmol/L, Urea 71 mg/dL dan Kreatinin 0,8 mg/dL dengan kesan Hipernatremia, Hiperkalemia dan Urea meningkat. Bagian penyakit dalam menyetujui untuk dilakukan rawat jalan, pasien dipulangkan

dengan pemberian Cefixime 2x200 mg per oral dan Kalsium Polistirena Sulfonat 5g 1x1 sachet dan disarankan untuk kontrol ke poli THT setelah dipulangkan.



Gambar 4. Tidak terdapat sekret menetap di sinus piriformis pada pemeriksaan lanjutan satu minggu pasca-pengangkatan impaksi makanan

Pada tanggal 28 November 2023 pasien datang untuk kontrol lanjutan satu minggu pasca-operasi di Poliklinik Rawat Jalan RSUD Dr. M. Djamil. Pasien tidak lagi mengeluhkan kesulitan menelan. Pasien dapat makan dan minum seperti biasa. Tidak terdapat keluhan nyeri dada, demam, dan sesak napas. Pemeriksaan laringoskopi tidak langsung menunjukkan erpiglotis dan aritenoid normal, gerakan ventrikel dan pita suara simetris, rima glottidis terbuka, tidak terdapat sekret menetap di sinus piriformis (Gambar 4). Hasil pemeriksaan laboratorium lanjutan menunjukkan Natrium 137 mmol/L, Kalium 3,8 mmol/L, Klorida 108 mmol/L, Ureum 19 mg/dL, dan kreatinin 0,9 mg/dL dengan interpretasi batas normal. Pasien kemudian disarankan untuk konsultasi masalah gigi ke dokter gigi, namun pasien menolak untuk konsultasi gigi di RSUD Dr M. Djamil.

PEMBAHASAN

Pasien dalam kasus ini adalah seorang laki-laki berusia 60 tahun yang datang ke IGD RSUD dr M. Djamil Padang dengan keluhan kesulitan menelan sejak 3 hari yang lalu setelah menelan sepotong daging. Penumpukan benda asing di esofagus yang menyebabkan kesulitan menelan (disfagia) merupakan alasan yang sering menyebabkan pasien dirawat di IGD. Penumpukan benda asing lebih sering terjadi pada anak-anak, sedangkan penumpukan bolus makanan di esofagus lebih umum terjadi pada orang yang lebih tua.[4,5] Insidensi penumpukan bolus makanan meningkat seiring bertambahnya usia.[6] Sebagian besar individu memiliki riwayat disfagia akut yang jelas, yang ditandai dengan ketidakmampuan menelan setelah menelan benda asing atau bolus makanan. Terlepas dari kapan hal itu terjadi, riwayat onsetnya biasanya sangat jelas dan spektakuler.[7]

Dalam kasus ini, pasien telah kehilangan banyak giginya. Pasien kemudian merasakan disfagia setelah memakan sepotong daging. Menurut literatur, kejadian impaksi yang paling sering terjadi pada orang dewasa diamati pada pasien yang telah kehilangan semua giginya dan mencoba menelan makanan yang belum dikunyah dengan benar. Daging adalah makanan yang paling sering terkena dampak, sedangkan ikan dan sayuran lebih jarang terkena dampaknya.8 Oleh karena itu, gigi merupakan salah satu komponen terpenting tidak hanya dari rongga mulut tetapi juga saluran pencernaan. Tampaknya, kehilangan gigi merupakan kondisi multifaktorial. Kondisi ini dapat dipicu oleh berbagai penyebab, termasuk kebersihan mulut yang buruk, penyakit periodontal, kebiasaan makan,

atau usia tua.[4] Sindrom steakhouse adalah penyakit medis yang terjadi ketika sepotong makanan, biasanya sepotong besar steak, tersangkut di esofagus karena kurangnya pengunyahan.[9]

Tekstur memiliki peran penting dalam menentukan kualitas dan penerimaan daging. Tekstur daging mengalami perubahan selama pemrosesan oral saat dipecah menjadi partikel-partikel kecil selama mengunyah dan bercampur dengan air liur. Proses mengurangi ukuran daging dan menggunakan air liur untuk melembabkannya memungkinkan konsumen untuk membentuknya menjadi bolus yang dapat ditelan dengan aman. Ada tiga tekstur daging sapi yang berbeda yang dibuat dengan menggabungkan tiga waktu memasak dan suhu, yaitu daging empuk yang dimasak selama 75°C/30 menit, daging sedang, 85°C/45 menit, dan daging alot 95°C/60 menit. Tekstur daging menunjukkan efek signifikan pada jumlah kunyahan, durasi kunyahan, kekerasan, kekompakan, dan daya rekat. Jumlah kunyahan dan durasi kunyahan meningkat dengan kekerasan tekstur daging. Selanjutnya, daging yang memiliki tekstur lebih keras menyebabkan pembentukan massa makanan yang lebih padat. Hal ini dapat menjadi tantangan bagi sebagian orang yang mengalami kesulitan mengunyah dan menelan seperti disfagia, karena tekstur daging yang lebih keras dan mikrostruktur berserat.[10,11] Dengan demikian, mengunyah yang tidak memadai dapat menyebabkan penyumbatan makanan di esofagus.[9]

Daging dianggap sebagai makanan yang kaya protein, tetapi pemasakan menghasilkan tekstur yang lebih keras pada daging melalui koagulasi miofibrilar dan konstriksi kolagen. Ketika penuaan dipadukan dengan proses mengunyah yang tidak tuntas, terjadi penurunan yang signifikan dalam kemampuan mengunyah, dan daging dikenal sebagai makanan yang paling sulit untuk dikonsumsi.[11] Variasi dalam komposisi serat otot sebagian besar disebabkan oleh lokasi otot dan jenis kematangan ras. Demikian pula, posisi otot memiliki dampak yang signifikan pada kelembutan daging, melampaui pengaruh ras itu sendiri. Pada sapi jantan, kelembutan otot longissimus thoracis yang lebih besar sering dikaitkan dengan pengurangan ukuran serat dan peningkatan metabolisme oksidatif. Sebaliknya, otot vastus lateralis dan semitendinosus memiliki daging yang lebih empuk karena aktivitas glikolitiknya yang meningkat.[12]

Dalam kasus ini, rontgen servikal anteroposterior-lateral dan rontgen toraks dilakukan dengan hasil tidak ada benda asing radiopak di sepanjang proyeksi esofagus proksimal (pada tingkat servikal) dan jantung serta paru dalam batas normal. Evaluasi radiografik impaksi bolus makanan ditandai dengan tingkat hasil negatif palsu yang lebih tinggi. Pemindaian CT dilakukan hanya jika diduga ada komplikasi perforatif atau hemoragik.[4] Diagnosis didasarkan pada riwayat dan pemeriksaan dan tidak memerlukan konfirmasi radiografi pada sebagian besar kasus. Pasien anak yang lebih tua dan orang dewasa yang tidak memiliki gangguan sering kali dapat memberikan riwayat yang akurat dan melokalisasi lokasi ketidaknyamanan. Namun, lokasi ketidaknyamanan spesifik pasien tidak selalu berkorelasi dengan lokasi impaksi yang sebenarnya.[8]

Meskipun riwayat dan pemeriksaan fisik sering kali cukup untuk membuat diagnosis, penilaian radiografi dapat sangat berguna dalam situasi tertentu, seperti ketika terjadi konsumsi benda asing logam atau ketika

mengevaluasi pneumoperitoneum atau pneumomediastinum.[8] Oleh karena itu, benda asing esofagus mudah dideteksi jika bersifat radiopak.[13] Pemeriksaan awal yang lebih disukai adalah radiografi polos dada dengan pandangan postero-anterior dan lateral, namun jika dokter mencurigai adanya bolus makanan non-tulang dan tidak ada indikator perforasi, hal ini tidak diperlukan.[8]

Masalah dalam kasus ini adalah benda asing tersebut mungkin radiolusen, yang mengakibatkan benda asing tidak terlihat pada pandangan sinar-X anteroposterior dan lateral. Penting untuk dicatat bahwa urutan sinar-X harus benar. Perlu untuk memperpanjang leher dan memperoleh pandangan lateral. Pandangan anteroposterior juga dapat diambil.[13] Biasanya, ketika menilai benda asing esofagus menggunakan radiografi leher lateral, empat poin dipertimbangkan. Yaitu adanya kepadatan radiopak yang abnormal, adanya lusensi kolom udara yang abnormal, hilangnya lordosis serviks, dan peningkatan ketebalan jaringan lunak prevertebral.[14]

Adanya kepadatan radiopak merupakan indikasi yang jelas dari benda asing esofagus, sementara objek radiolusen sulit dilihat secara langsung pada studi radiografi leher lateral. Tiga tanda lainnya, termasuk lusensi kolom udara yang abnormal, hilangnya lordosis serviks, dan peningkatan ketebalan jaringan lunak prevertebral, merupakan efek sekunder dari benda asing esofagus dan membantu dalam mengidentifikasi objek radiolusen. Bila terjadi penyumbatan makanan di kerongkongan, dapat terlihat adanya kantong udara di bagian atas kerongkongan. Benda asing di kerongkongan dapat mengganggu gerakan alami kerongkongan dan menyebabkan penumpukan udara yang tidak normal.[13,14]

Ekstraksi bolus yang terimpaksi dilakukan segera menggunakan esofagoskop kaku dan benda asing seperti daging berwarna coklat kekuningan ditemukan 18 cm dari gigi seri atas. Literatur lain mengatakan bahwa sebenarnya ada empat titik esofagus tempat obstruksi atau impaksi paling sering terjadi. Mereka berada di belakang tulang rawan krikoid di otot krikofaringeus, tempat ia menyilang di depan lengkung aorta, di tingkat bronkus utama kiri, dan di hiatus esofagus saat melewati diafragma. Sekitar 75% benda asing yang tertelan tersangkut di tingkat otot krikofaringeus.[8] Cara paling efektif untuk menangani benda asing esofagus adalah melalui endoskopi kaku yang dilakukan dengan anestesi umum. Pendekatan ini menawarkan keuntungan dalam melindungi jalan napas dan meminimalkan kemungkinan terjadinya transformasi benda asing esofagus menjadi benda asing laringotrakeal selama proses pengeluaran.[15] Pasien disarankan untuk menerima intervensi dalam waktu 24 jam, karena benda asing yang terjepit dalam jangka waktu yang lebih lama memiliki risiko komplikasi mayor 14,1 kali lebih tinggi.[6]

Dalam kasus ini, proses ekstraksi benda asing menggunakan esofagoskop kaku dan forsep. Selama proses ekstraksi, awalnya bolus makanan hanya dapat dikeluarkan sedikit demi sedikit, tetapi pada akhirnya bolus makanan dapat dikeluarkan seluruhnya. Ekstraksi benda asing secara endoskopi mungkin sulit dilakukan karena keterbatasan lapang pandang dan area operasi di dalam esofagus. Benda asing dapat dikeluarkan baik sebagai satu kesatuan utuh atau dalam potongan-potongan kecil. Namun, teknologi tradisional biasanya mengeluarkan benda asing dalam

potongan-potongan kecil, yang dapat menyebabkan pengeluaran tidak tuntas. Teknik endoskopi untuk mengeluarkan benda asing memerlukan manuver ekstraksi (tarik) atau manuver maju (dorong).[5,16]

Pemilihan manuver yang digunakan dalam kasus ini adalah dengan manuver ekstraksi (tarik) dan bukan manuver pemajuan (dorong). Teknik dorong adalah metode yang digunakan untuk mengeluarkan benda asing dengan menggerakkan bolus makanan secara perlahan ke arah lambung. Pendekatan ini efektif dalam sebagian besar keadaan. Namun, prosedur ini hanya boleh digunakan setelah menyingkirkan adanya striktur esofagus. Upaya dapat dilakukan untuk melakukan manuver mendorong, namun, perlu dicatat bahwa jika terjadi resistensi, mendorong tidak diindikasikan karena kemungkinan besar stenosis esofagus yang mendasarinya dan risiko perforasi selanjutnya.[4,5]

Mendorong bolus makanan secara distal tanpa terlebih dahulu melewati endoskopi di luar bolus harus dihindari karena meningkatkan risiko perforasi.[17] Benda asing biasanya dikeluarkan sedikit demi sedikit dan secara tradisional mungkin memerlukan penggunaan beberapa alat endoskopi, seperti net retriever, snare, basket, forcep biopsi, atau tripod gripper.[4,5] Memanfaatkan tutup transparan terbukti efektif dalam mengeluarkan benda asing dari esofagus. Kemampuan alat penutup untuk mengeluarkan benda asing secara en bloc mungkin menghasilkan pengurangan waktu perawatan dan meminimalkan kerusakan pada mukosa di sekitarnya, jika dibandingkan dengan pendekatan tradisional.[5]

Lansia rentan terhadap impaksi bolus makanan karena sensitivitas intraoral yang berkurang, gangguan koordinasi menelan, dan gigi yang buruk yang menyebabkan pengunyahan bolus makanan yang buruk. Seiring bertambahnya usia, semakin sedikit gigi asli yang tersisa. Rehabilitasi prostetik merupakan prosedur umum bagi lansia yang kehilangan gigi. Baik implan gigi maupun prostetik yang dapat dilepas sepenuhnya terlibat. Namun, jika dibandingkan dengan prostetik yang dapat dilepas sepenuhnya, implan gigi menawarkan keuntungan dalam hal penampilan dan fungsionalitas serta peningkatan kinerja fungsi pengunyahan karena stabilitasnya selama pengunyahan.[18]

Prostesis gigi telah ditemukan memiliki dampak yang menguntungkan pada proses mengunyah. Terapi prostetik secara signifikan meningkatkan kemampuan mengunyah dan menggiling makanan.[18] Namun, penggunaan gigi palsu dapat mengganggu sensasi oral dan pengunyahan sehingga keduanya juga terkait dengan impaksi bolus makanan.6 Selain itu, diketahui bahwa lansia mengalami penurunan baik dalam jumlah maupun ukuran unit motorik pada otot orofasial, selain adanya lemak intramuskular. Akibatnya akan terjadi penurunan tonus otot dan kekuatan otot yang digunakan untuk mengunyah, sehingga menyebabkan peningkatan durasi dan jumlah gerakan mengunyah.[18]

Disfagia dikaitkan dengan peningkatan angka kematian, serta perkembangan pneumonia aspirasi, malnutrisi, dehidrasi, dan penurunan kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Seiring bertambahnya usia, perubahan signifikan yang menyebabkan disfagia adalah melemahnya otot rangka dan otot polos di wajah. Akibatnya, perubahan ini mengakibatkan penurunan

kapasitas mengunyah dan konsumsi makanan. Otot-otot yang terlibat dalam mekanisme menelan mengalami penurunan kemampuan untuk bergerak, menghasilkan tenaga, dan merespons rangsangan. Lebih jauh, kekuatan rahang yang berkurang dan produksi air liur yang berkurang, serta kehilangan gigi atau gigi yang rusak, dan perubahan pada jaringan lemak di lidah, berdampak negatif pada proses menelan.[19]

Perubahan signifikan yang disebabkan oleh proses penuaan fisiologis menyebabkan modifikasi pada organ dan sistem menelan, mengubah kinerja normalnya.[20] Kehilangan gigi menyebabkan perubahan pada struktur rongga mulut. Hal ini memengaruhi tahap awal proses menelan, yang menyebabkan kesulitan pada tahap selanjutnya. Kehilangan gigi mengurangi kemampuan mengunyah makanan dan dapat mempersulit pembentukan massa makanan yang kohesif, yang dapat membesar dan mengganggu proses menelan. Populasi lansia mengalami peningkatan risiko disfagia dan gangguan lainnya, serta peningkatan kemungkinan kematian, akibat kehilangan gigi. Gigi palsu dapat meningkatkan kemampuan mengunyah, meningkatkan kesejahteraan gizi secara keseluruhan, dan meningkatkan kinerja aktivitas sehari-hari dengan meningkatkan fungsi menelan pada pasien lansia.[19]

SIMPULAN

Impaksi makanan esofagus, juga dikenal sebagai sindrom steakhouse, adalah kondisi di mana makanan tersangkut di esofagus dan lebih sering menyerang pasien yang lebih tua. Kehilangan gigi pada edentulism parsial merupakan salah satu faktor yang menyebabkan impaksi makanan, yang mengurangi kinerja pengunyahan dan menyebabkan kesulitan dalam pembentukan bolus, yang mungkin lebih besar dan mengganggu upaya menelan lainnya. Lebih jauh lagi, individu yang lebih tua mengalami penurunan kekuatan rahang dan produksi air liur, serta perubahan pada koneksi jaringan adiposa lidah, yang berdampak negatif pada proses menelan. Esofagoskopi kaku dapat digunakan untuk menghilangkan impaksi makanan. Salah satu kesulitan yang dihadapi dalam proses pembuangan ini adalah makanan yang tersangkut tidak dapat dikeluarkan dengan mudah secara keseluruhan. Mengeluarkan makanan yang tersangkut dengan endoskopi mungkin memerlukan ekstraksi sebagian dengan penggunaan forsep penjepit dan beberapa lintasan endoskopi.

DUKUNGAN FINANSIAL

Tidak ada.

UCAPAN TERIMA KASIH

Tidak ada.

KONFLIK KEPENTINGAN

Tidak ada.

DAFTAR PUSTAKA

1. Melendez-Rosado J, Corral JE, Patel S, Badillo RJ, Francis D. Esophageal Food Impaction: Causes, Elective Intubation, and Associated Adverse Events. J Clin Gastroenterol. 2019;53(3):179–83.
2. Shikino K, Ikusaka M. Steakhouse syndrome. Clin Case Reports. 2021;9(6):9–10.
3. Ainani H, Arifin R, Wardani IK. Description of Partially Edentulous Pattern Among Patients At Rsgmp Gusti Hasan Aman in Banjarmasin. Dentino. 2021;6(1):100–4.
4. Balan GG, Sandru V, Savin C, Constantinescu G. Esophageal Food Bolus Impaction in Partially Edentulous Patients. a Cross-Sectional Study Over the Impact of Kennedy'S Classification System. Int J Med Dent. 2019;23(3):353–8.
5. Ooi M, Young EJ, Nguyen NQ. Effectiveness of a cap-assisted device in the endoscopic removal of food bolus obstruction from the esophagus. Gastrointest Endosc. 2018;87(5):1198–203.
6. To K, Adamson R. Food bolus/foreign body obstruction of the upper aerodigestive tract. In: Hussain SM, White P, See KA, Spielmann P, Montague M-L, editors. ENT Head & Neck Emergencies A Logan Turner Companion. New York: CRC Press; 2019. p. 107–9.
7. Morton R, Lilic N. Impacted Foreign Body in Airway. In: Morton RP, Ahmad Z, Giles M, editors. Symptom Oriented Otolaryngology Head and Neck Surgery: Head and Neck and Laryngology (Volume 1). New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers (P) LTD; 2017. p. 439–439.
8. Long B, Koyfman A, Gottlieb M. Esophageal Foreign Bodies and Obstruction in the Emergency Department Setting: An Evidence-Based Review. J Emerg Med. 2019;56(5):499–511.
9. Mathew RP, Sarasamma S, Jose M, Toms A, Jayaram V, Patel V, et al. Clinical presentation, diagnosis and management of aerodigestive tract foreign bodies in the adult population: Part 1. South African J Radiol. 2021;25(1):1–13.
10. Pematilleke N, Kaur M, Adhikari B, Torley PJ. Relationship between masticatory variables and bolus characteristics of meat with different textures. J Texture Stud. 2021;52(5–6):552–60.
11. Pematilleke N, Kaur M, Adhikari B, Torley P. Influence of meat texture on oral processing and bolus formation. J Food Eng. 2020;1(1):1–9.
12. Lebedová N, Bureš D, Needham T, Čítek J, Dlubalová Z, Stupka R, et al. Histochemical characterisation of high-value beef muscles from different breeds, and its relation to tenderness. Livest Sci. 2021;247(March).
13. Das J. Foreign Bodies in the Throat. In: Trauma in Otolaryngology. Singapore: Springer; 2018. p. 153–63.
14. Luo C, Lee Y, Cm L, Yc L. Diagnostic Accuracy of Lateral Neck Radiography for Esophageal Foreign Bodies in Adults. Am J Roentgenol. 2020;1(1):1–7.
15. Solowski N, Lintzenich CR, Postma GN. Esophagology. In: Wackym P ashley, Snow JB, editors. Ballanger's

otorhinolaryngology head and neck surgery. 18th Ed. USA: People's medical publishing house; 2016. p. 1267–76.

16. Kavitt RT, Vaezi MF. Diseases of the Esophagus. In: Flint P, editor. Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery. 7th ed. Philadelphia: Elsevier; 2021. p. 964–91.
17. Wahed S, Griffin SM. Oesophageal Diseases. In: Watkinson J, Clarker R, editors. Scott-Brown's Otorhinolaryngology Head & Neck Surgery Vol 1. 8th Ed. New York: CRC press; 2018. p. 826–42.
18. Ramos VF, Silva AF, Picinato-Pirola M. Masticatory function in elderly compared to young adults. Codas. 2022;34(1):1–7.
19. Bayram HM, Ilgaz F, Serel-Arslan S, Demir N, Rakicioglu N. The relationship between dysphagia, oral health, masticatory performance and activities of daily living in elderly individuals as assessed by the Eating Assessment Tool. Prog Nutr. 2021;23(1):1–8.
20. Nogueira D. Presbyphagia. In: Mankekar G, editor. Swallowing-Physiology, Disorders, Diagnosis and Therapy. New York: Springer; 2015. p. 189–218.