

9-30-2024

Abses Iliopsoas Akibat Tuberkulosis: Sebuah Laporan Kasus

Desty Gusti Sari

Departemen Ilmu Penyakit Dalam, Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia/RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo, Jakarta, destygustisr@gmail.com

Rosatya Imanuela

Departemen Ilmu Penyakit Dalam, Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia, Jakarta, Indonesia, rosatyaimanuela@gmail.com

Resultanti Resultanti

Divisi Kardiologi, Departemen Ilmu Penyakit Dalam, Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia/RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo, Jakarta, resultanti@gmail.com

Follow this and additional works at: <https://scholarhub.ui.ac.id/jpdi>



Part of the [Internal Medicine Commons](#)

Recommended Citation

Sari, Desty Gusti; Imanuela, Rosatya; and Resultanti, Resultanti (2024) "Abses Iliopsoas Akibat Tuberkulosis: Sebuah Laporan Kasus," *Jurnal Penyakit Dalam Indonesia*: Vol. 11: Iss. 3, Article 7.

DOI: 10.7454/jpdi.v11i3.1461

Available at: <https://scholarhub.ui.ac.id/jpdi/vol11/iss3/7>

This Case Report is brought to you for free and open access by the Faculty of Medicine at UI Scholars Hub. It has been accepted for inclusion in Jurnal Penyakit Dalam Indonesia by an authorized editor of UI Scholars Hub.

Abses Iliopsoas Akibat Tuberkulosis: Sebuah Laporan Kasus

Iliopsoas Abscesses Due to Tuberculosis: A Case Report

Desty Gusti Sari¹, Rosatya Imanuela¹, Resultanti²

¹Departemen Ilmu Penyakit Dalam, Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia/RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo, Jakarta

²Divisi Kardiologi, Departemen Ilmu Penyakit Dalam, Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia/RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo, Jakarta

Korespondensi:

Desty Gusti Sari, Departemen Ilmu Penyakit Dalam, Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia/RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo. Jl. Diponegoro No. 71, Jakarta 10430, Indonesia. Email: destygustisr@gmail.com

ABSTRAK

Abses iliopsoas merupakan kondisi yang langka dengan presentasi klinis yang tidak jelas dimana terjadi kumpulan pus pada kompartemen iliopsoas. Penyebab abses iliopsoas tersering adalah infeksi *Staphylococcus aureus*. *Mycobacterium tuberculosis* jarang menyebabkan psoas abses dengan insidensi sekitar 10-30% dari tuberkulosis ekstra paru dan hanya sebesar 3% dari tuberkulosis secara umum. Abses iliopsoas akibat tuberkulosis cukup jarang ditemui dan memiliki gejala yang tidak jelas sehingga terkadang menyebabkan diagnosis yang terlambat. Laporan kasus ini melaporkan pasien laki-laki, berusia 43 tahun yang sebelumnya sudah terdiagnosis tuberkulosis (TBC) tulang yang mengeluhkan nyeri disertai pembengkakan pada kedua kaki hingga skrotum. Dilakukan pemeriksaan diagnosis *computed tomography (CT) scan* abdomen kontras didapatkan abses pada iliopsoas sehingga pasien diterapi dengan pemberian obat anti TBC dan drainase percutan untuk evakuasi abses. Didapatkan perbaikan klinis dan laboratorium setelah tindakan terapi dilakukan.

Kata Kunci: Abses iliopsoas, tuberkulosis ekstra paru, tuberkulosis tulang dan otot

ABSTRACT

Psoas abscess is a rare condition with an unclear clinical presentation where there is a collection of pus in the iliopsoas compartment. The most common cause of an iliopsoas abscess is infection with Staphylococcus aureus. Mycobacterium tuberculosis rarely causes psoas abscesses, with an incidence of about 10–30% of extrapulmonary tuberculosis and only 3% of tuberculosis in general. Psoas abscesses due to tuberculosis is quite rare and has non-specific symptoms, so it sometimes causes a late diagnosis. This case study reports on male aged 43-year-old patient who had previously been diagnosed with spondylitis tuberculosis (TBC) and complained of pain accompanied by swelling in both legs and scrotum. A diagnostic examination was performed. Computed tomography (CT) scan abdomen contrast found an abscess on the iliopsoas, so the patient was treated with anti-TBC drugs and percutaneous drainage for abscess evacuation. Clinical and laboratory improvements were obtained after the therapeutic action was carried out.

Keywords: Bone and muscle tuberculosis, extrapulmonary tuberculosis, iliopsoas abscess

PENDAHULUAN

Abses iliopsoas adalah suatu kondisi terdapat kumpulan pus pada kompartemen iliopsoas. Etiologi dari abses iliopsoas bervariasi dan bergantung wilayah geografis dan prevalensi penggunaan antibiotik di wilayah tersebut. Abses iliopsoas merupakan kondisi yang langka dengan presentasi klinis yang tidak jelas. Tiga gejala klasik dari abses iliopsoas yaitu demam, lemas, dan nyeri punggung dimana terjadi pada <30% pasien.¹

Abses iliopsoas dapat terjadi secara primer (tanpa sumber infeksi yang jelas) atau sekunder (akibat penyebaran langsung dari struktur yang berdekatan seperti

korpus vertebra atau saluran pencernaan). Penyebab abses iliopsoas tersering adalah infeksi *Staphylococcus aureus*. *Mycobacterium tuberculosis* jarang menyebabkan psoas abses dengan insiden sekitar 10-30% dari tuberkulosis ekstra paru dan hanya sebesar 3% dari tuberkulosis secara umum.² Abses iliopsoas akibat tuberkulosis cukup jarang ditemui dan memiliki gejala yang tidak jelas sehingga terkadang menyebabkan diagnosis yang terlambat.³

Tuberkulosis (TBC) ekstrapulmoner, termasuk spondilitis TBC dan abses iliopsoas, lebih sulit didiagnosis dibandingkan TBC paru karena gejalanya lebih samar dan keterlibatan sistemik yang sering tidak jelas. Hal ini

menimbulkan tantangan dalam menentukan sumber infeksi, terutama pada pasien tanpa riwayat TBC atau kontak TBC yang jelas. Diagnosis terlambat sering terjadi karena presentasi gejala yang bertahap dan tersembunyi. Laporan kasus ini membahas mengenai penegakkan diagnosis dan manajemen dari abses iliopsoas yang disebabkan oleh tuberkulosis tulang.

ILUSTRASI KASUS

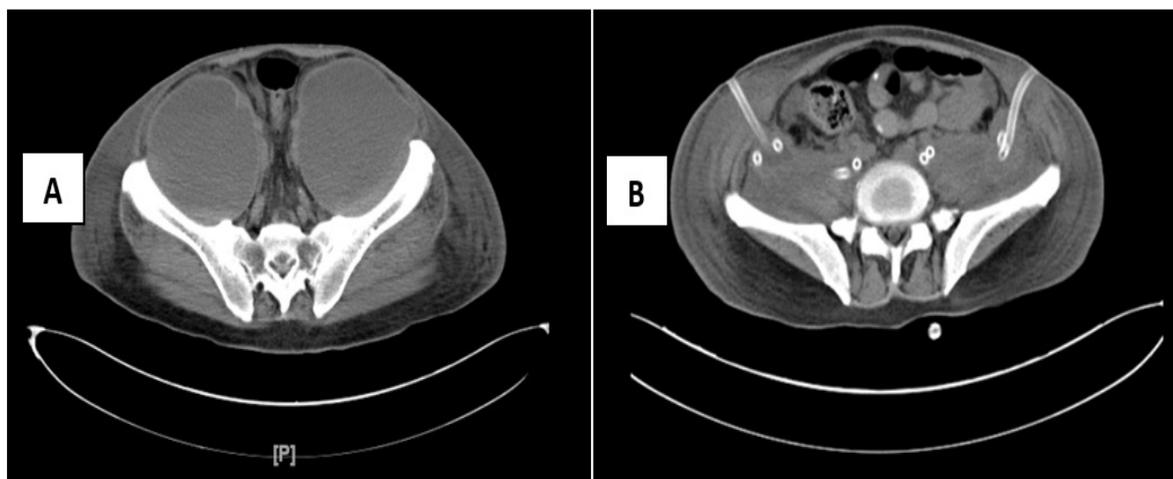
Seorang laki-laki berusia 43 mengeluhkan nyeri pada punggung sejak 6 bulan yang lalu. Nyeri diperberat dengan aktivitas dan berkurang dengan istirahat. Tidak ada nyeri yang menjalar ke ekstremitas bawah. Pasien datang ke poliklinik Rumah Sakit Dr. Cipto Mangunkusumo (RSCM) dan dilakukan *rontgen* lumbal dan *magnetic resonance imaging* (MRI) lumbal. Ditemukan abses iliopsoas pada korpus vertebra torakalis 12 hingga spinalis 4. Kompresi korpus vertebra sedang pada korpus vertebra thorakalis 12, lumbalis 1 dan 2 disertai lesi multipel bulat dengan penonjolan tepi parsial yang meningkat secara heterogen setelah pemberian kontras pada thoraks 12 hingga lumbal 3 dicurigai *spondylodiscitis tuberculosis* dari MRI.

Tiga bulan sebelum masuk rumah sakit pasien dilakukan evakuasi abses dan ditemukan 20 koloni *mycobacterium tuberculosis* dari kultur bakteri tahan asam (BTA) pus serta *escherichia coli* dari hasil kultur pus. Kemudian pasien diberikan obat antituberkulosis kombinasi dosis tetap 1 x 4 tablet. Seminggu kemudian pasien mengeluh ikterik dengan peningkatan enzim transaminase [*aspartate aminotransferase* (AST) 24 U/L dan *alanine aminotransferase* (ALT) 86 U/L] serta hiperbilirubinemia (bilirubin total 3,94 mg/dL, bilirubin direk 3,23 mg/dL, dan bilirubin indirek 0,71 mg/dL). Satu bulan kemudian, pengobatan TBC dimulai dengan

etambutol 1.000 mg karena enzim transaminase masih dalam batas normal meskipun kadar bilirubin relatif konstan. Pengobatan TBC bulan berikutnya ditambah isoniazid 300 mg dan rifampisin 150 mg. Sebulan kemudian pasien sudah diberikan regimen dosis penuh jika rifampisin 150 mg, levofloksasin 500 mg, isoniazid 300 mg, dan etambutol 1.000 mg.

Pemeriksaan fisik awal menunjukkan tekanan darah 113/68 mmHg, detak jantung 103 kali per menit, laju pernapasan 22 kali per menit, saturasi oksigen 98% pada kanula nasal 3 liter per menit. Tinggi badan pasien 161 cm dengan berat badan 55 kg dan indeks massa tubuh (IMT) 21,2 kg/m² (berat badan normal). Pasien memiliki sklera ikterik, perut buncit, bising usus 8 kali per menit, nyeri tekan di daerah epigastrium, pembesaran hati dan limpa sulit dinilai, *shifting dullness* positif, *pitting* edema bilateral disertai edema skrotal. Pemeriksaan leher, paru, dan jantung menunjukkan tidak ada kelainan. Pemeriksaan laboratorium darah pasien saat di IGD didapatkan hasil anemia (9,2 g/dL), leukositosis (28.500/ μ L), prokalsitonin 11,28 ng/mL, *C-reactive protein* (CRP) 52,6 mg/dL, hiperbilirubinemia (bilirubin total 9,25 mg/dL, bilirubin direk 7,27 mg/dL, dan bilirubin indirek 1,98 mg/dL), *prothrombin time* (PT) 1,7 detik dari kontrol, *activated prothrombin time* (APTT) 2,36 kali kontrol, AST 419 U/L, ALT 50 U/L, hipoalbuminemia (1,7), serta penurunan fungsi ginjal (ureum 109 mg/dL, kreatinin 2,5 mg/dL dan laju filtrasi glomerulus 30 ml/min/1,73 m²)

Selama perawatan pasien dilakukan pemeriksaan *computed tomography scan* (CT scan) abdomen kontras dan didapatkan abses intramuskular psoas mayor bilateral berukuran 15,4 x 12,9 x 27 cm, destruksi korpus vertebra T12, L1, L2, L3 dan kompresi vertebra T12, L1 dan L2 sesuai dengan *spondylitis* TBC, asites minimal di perihepatika dan



Gambar 1. A. Tampilan abses iliopsoas bilateral; B. Tampilan abses iliopsoas bilateral setelah dilakukan pemasangan drain bilateral

parakolika kanan disertai penebalan ireguler peritoneum sisi kanan sesuai peritonitis TBC. Hasil juga menunjukkan adanya efusi pleura bilateral terutama kanan, *spondylosis* torakolumbalis, hidrokel skrotalis, serta edema kutis-subkutis sisi posterior abdomen infraumbilikus, regio pelvis hingga proksimal femur bilateral yang tervisualisasi. Pasien kemudian dilakukan drainase abses dekstra dan sinistra serta dilakukan pemeriksaan analisis cairan, kultur pus, dan pemeriksaan *adenosine deaminase* (ADA). Dari hasil pemeriksaan tersebut didapatkan hasil pemeriksaan ADA positif setelah pemasangan drain keluar +/- 5.000 mL cairan pus dari drain bilateral dalam 24 jam pertama. Pasien kemudian dilakukan pemeriksaan CT scan abdomen kontras evaluasi setelah 5 hari pemasangan drain. Hasil menunjukkan spondilitis dengan abses iliopsoas dalam pengobatan oral anti-tuberkulosis (OAT) terpasang kateter drainase bilateral, dibandingkan dengan CT scan abdomen kontras sebelumnya. Selain itu, ukuran abses di muskulus ilio-psoas bilateral mengecil, asites di rongga pelvis, serta edema subkutis dinding lateral abdomen kiri dan kanan kesan berkurang. Pasien juga sempat dilakukan kolonoskopi karena keluhan BAB darah pada beberapa bulan sebelumnya. Hasil kolonoskopi ditemukan adanya hemoroid interna grade I dan tidak ditemukan adanya *inflammatory bowel disease*. Selama perawatan pasien mendapatkan terapi farmakologis seperti OAT levofloksasin-ethambutol-streptomisin (LES) (500/1000), antibiotik piperasilin tazobactam 4 x 2,5 gram intravena, albumin intravena, domperidone 3 x 10 mg per oral, furosemide 1 x 20 mg IV, HP pro 2 x 1 tablet, transfusi *pack red cell* dan *fresh frozen plasma* (FFP), serta protokol *contrast induced nephropathy* (CIN).

Pasien kemudian dilakukan rawat jalan karena sesak, nyeri perut, begah, bengkak pada kedua kaki sudah jauh mengalami perbaikan. Pasien dilakukan pemeriksaan darah evaluasi sebelum pulang dengan hasil perbaikan bila dibandingkan pada saat pertama kali pasien dirawat inap dengan hasil hemoglobin 11,6 g/dL, leukosit 8810/ μ L, albumin 2,3, AST 36 U/L, ALT 13 U/L, bilirubin total 2,21 mg/dL, bilirubin direk 1,63 mg /dL, dan bilirubin indirek 0,58 mg/dL serta ureum 32,1 mg/dL, kreatinin 1,5 mg/dL dan laju filtrasi glomerulus 56,2 ml/min/1,73 m². Pasien kemudian pulang dengan melanjutkan terapi TBC dengan drain masih terpasang dan direncanakan dievaluasi melalui rawat jalan.

DISKUSI

Abses iliopsoas merupakan suatu kondisi yang jarang ditemukan yang mana otot psoas terinfeksi dan menyebabkan terbentuknya abses. Abses iliopsoas dapat

dibagi menjadi dua berdasarkan etiologinya, yaitu primer dan sekunder. Abses iliopsoas primer penyebabnya tidak jelas namun kemungkinan besar akibat bakteremia dari *staphylococcal* dari sumber infeksi yang tidak diketahui yang dapat menyebar secara hematogen atau limfatik. Penyebab ini paling sering ditemukan pada pasien dengan usia yang lebih muda. Sedangkan abses iliopsoas sekunder disebabkan karena penyebaran dari organ infeksi sekitar seperti saluran cerna, saluran kemih, atau tulang belakang.⁴

Pasien dengan abses iliopsoas umumnya akan mengeluhkan seperti nyeri punggung, nyeri perut, demam, lemas, penurunan berat badan hingga pembesaran skrotum. Sedangkan, triad klasik dari abses iliopsoas adalah demam, nyeri punggung dan keterbatasan gerak yang umumnya hanya dijumpai pada 30% pasien.⁵ Pada kasus ini pasien mengeluhkan nyeri perut disertai nyeri punggung pada enam bulan sebelum masuk rumah sakit. Keluhan juga disertai dengan badan lemas seluruh tubuh serta pembengkakan kedua kaki dan skrotum. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Quellet, dkk.⁶ yang menemukan bahwa nyeri ditemukan pada 92% pasien yang terlokalisir pada punggung, *flank*, abdomen, pelvis atau panggul. Gejala klinis lain yang muncul seperti lemas (21%), demam (11%), pembengkakan kaki (9%), dan perubahan status mental (9%).

Pada kasus spondilitis TBC lumbal, abses iliopsoas adalah komplikasi yang relatif umum. Abses ini dapat berkembang perlahan tanpa gejala jelas pada awalnya, tetapi jika tidak diobati, dapat menyebabkan nyeri perut, nyeri pinggul, atau bahkan gejala sistemik seperti demam dan malaise. Abses iliopsoas dapat terjadi sebagai akibat langsung dari penyebaran infeksi dari tulang belakang ke otot iliopsoas. Hal ini bisa terjadi karena otot iliopsoas berada dekat dengan vertebra lumbal. Infeksi yang menyebar dari vertebra akan menginvasi otot iliopsoas melalui penyebaran subperiosteal atau melalui ruang prevertebralis.

Pada spondilitis TB, infeksi seringkali melibatkan dua vertebra yang bersebelahan, menyebabkan kerusakan pada diskus intervertebralis dan korpus vertebra. Infeksi dapat menyebar melalui ruang diskus atau melewati periosteum ke jaringan lunak di sekitarnya.

Ketika infeksi menyebar ke jaringan lunak di sekitar tulang belakang, terutama di area lumbal, hal ini bisa menyebabkan terbentuknya abses paraspinal. Salah satu arah penyebaran abses ini adalah ke otot iliopsoas.

Quellet, dkk.⁶ menemukan beberapa faktor risiko yang dapat menyebabkan abses iliopsoas diantaranya meliputi diabetes (25%), gagal ginjal (12%),

immunosupresi (9%), kejadian iliopsoas sebelumnya (8%), *inflammatory bowel disease* (IBD) (7%), alkoholisme (7%), serta malnutrisi (4%). Pada pasien tidak ditemukan adanya faktor risiko khusus, selama perawatan pasien sudah dilakukan kolonoskopi dan tidak ditemukan adanya IBD, keadaan immunosupresi juga tidak ditemukan dengan anti-HIV non-reaktif dan hasil CD4+ absolut 213. Kondisi immunosupresif lain juga tidak ditemukan. Pasien menyangkal adanya diabetes serta konsumsi alkohol. Selama perawatan didapatkan fungsi ginjal pasien menurun, namun pasien belum pernah dikatakan terdapat gagal ginjal atau ada indikasi cuci darah pada perawatan-perawatan sebelumnya. Enam bulan sebelum masuk rumah sakit pasien sudah mengalami abses pada psoas pada pencitraan MRI dan telah dilakukan evakuasi abses dan ditemukan *Mycobacterium tuberculosis*. Tabrizian, dkk.⁷ menyatakan bahwa salah satu penyebab abses iliopsoas tersering berasal dari IBD yang diawali oleh *Chronic disease* yang menyebabkan abses sekunder melibatkan otot iliopsoas.

Pemeriksaan BTA konvensional memiliki sensitivitas yang rendah untuk mendiagnosis TBC ekstra paru dan *M. tuberculosis* membutuhkan waktu yang lama untuk terlihat selama kultur. Akibatnya, diagnosis TBC ekstra paru sebagian besar bergantung pada bukti histologis.⁸ Pada diagnosis histopatologis umumnya ditemukan gambaran granuloma dan kaseasi. Namun pada kasus ini tidak dilakukan pemeriksaan histopatologi. Hasil kolonisasi *M. tuberculosis* pada kasus ini ditemukan melalui pemeriksaan kultur BTA pus dalam 8 minggu.

Organisme tersering yang menyebabkan abses iliopsoas adalah *Staphylococcus aureus*. Pada abses iliopsoas sekunder, sebagian besar disebabkan dari saluran pencernaan dan saluran kemih, dengan patogen tersering *Escherichia coli*. Organisme lain juga telah dilaporkan seperti spesies *Bacteroides spp*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Enterococcus faecalis*, *Peptostreptococcus spp*, *Viridans grup Streptococci*, dan *Methicillin-resistant Staphylococcus aureus* (MRSA).⁹

Mycobacterium tuberculosis merupakan salah satu penyebab abses. Pada sekitar 20% kasus TBC pada pasien dengan *immune-competent* (50% pada orang dengan *human immunodeficiency virus* [HIV]-positif), terdapat keterlibatan ekstra paru, yang mana sekitar sepersepuluh dari sistem muskuloskeletal terlibat. Sebagian besar hadir sebagai spondilitis, osteomielitis, atau radang sendi. Psoas TBC biasanya terjadi sebagai penyebaran infeksi dari fokus TBC yang berdekatan di tulang atau sendi, melalui ruptur dan erosi. Tuberkulosis vertebra (penyakit Pott) adalah penyebab tersering abses iliopsoas sekunder. Di

negara berkembang, penyakit Pott dapat menyebabkan abses iliopsoas TBC sekunder pada 5% kasus.¹⁰

Pemeriksaan laboratorium sederhana awal yang umum ditemukan meliputi leukositosis, anemia, peningkatan CRP, peningkatan kadar nitrogen urea darah, dan piuria. Peningkatan kadar CRP biasanya sesuai dengan luasnya infeksi.¹¹ Kultur darah mungkin positif pada sebagian organisme yang menyebabkan abses. *Ultrasonografi* (USG) merupakan modalitas yang murah, tidak memiliki efek radiasi, mudah dilakukan, namun sangat bergantung pada operator yang melakukan. Diagnostik USG pada kasus ini hanya mencapai 60%. Ruang retroperitoneal sulit diamati dan dapat terhalang oleh udara usus bila dinilai dengan USG.⁵

Modalitas baku emas untuk penegakkan diagnosis yaitu dengan pemeriksaan *CT scan*. Saat pasien diduga mengalami abses iliopsoas maka *CT scan* harus segera dilakukan karena memiliki sensitivitas mencapai 88-100%. Selain itu, *CT scan* juga dapat menunjukkan adanya penyakit retro atau intra-peritoneal yang menyertai. Namun, beberapa sumber menyatakan bahwa MRI lebih unggul daripada *CT scan* karena memiliki kemampuan untuk membedakan jaringan lunak dan memvisualisasi dinding abses dan sekitarnya dengan lebih baik tanpa membutuhkan kontras intravena. Pada kasus pasien terjadi leukositosis, peningkatan prokalsitonin dan CRP yang mengarah ke proses infeksi dan inflamasi. Penegakan diagnosis diawali dengan pemeriksaan *rontgen* lumbal dilanjutkan MRI saat pasien kontrol ke poliklinik dan ditemukan gambaran abses iliopsoas. Selama rawat inap pasien kembali dilakukan pencitraan *CT scan* abdomen dengan kontras sebelum dan setelah tindakan drainase prekutan. Pasien juga dilakukan pemeriksaan analisa pus setelah drainase dan didapatkan ADA positif. Dari hasil pemeriksaan penunjang didapatkan efusi pleura sehingga pasien dilakukan pungsi pleura, dilakukan pemeriksaan analisa cairan pelura, gram, bakteri tahan asam, dan ADA. Hasilnya tidak ditemukan kuman dan mikroorganisme bakteri sehingga kasus ini bukan merupakan kasus tuberkulosis diseminata.

Parimon, dkk.⁸ menyatakan sekitar 10-50% pasien TBC ekstra paru mengalami keterlibatan paru secara bersamaan. Oleh karena itu, semua kasus dugaan TBC ekstra paru harus dinilai keterlibatan TBC paru bersamaan untuk menentukan apakah kasus tersebut menular dan membantu diagnosis. Beberapa pasien TBC ekstra paru memiliki hasil biakan sputum positif meskipun temuan radiografi dada normal.

Pengukuran ADA adalah salah satu *biomarker* yang paling banyak dipelajari dan digunakan untuk diagnosis

TBC ekstra paru yang diambil dari cairan tubuh. ADA adalah enzim yang terlibat dalam metabolisme purin yang ditemukan di banyak jaringan, khususnya sel T-limfosit dari jaringan limfoid. Aktivitas dari peningkatan enzim ini pada pasien TBC dikarenakan rangsangan limfosit sel T oleh antigen mikobakteri. ADA telah diusulkan untuk menjadi penanda TBC pada cairan tubuh, seperti cairan pleura, perikardial, dan peritoneal, meskipun kemungkinan hasil negatif palsu dan positif palsu perlu dipertimbangkan.⁸

Antibiotik spektrum luas dan drainase perkutaneus atau *open surgery* merupakan pilihan terapi utama untuk abses iliopsoas. Hanya sedikit laporan kasus yang menyatakan bahwa abses iliopsoas dapat memberikan respons positif hanya dengan pemberian antibiotik saja. Secara umum, *open surgery* hanya direkomendasikan bila drainase perkuta gagal untuk dilakukan.¹² Sedangkan, pada kasus abses iliopsoas yang disebabkan oleh tuberkulosis maka terapi utama yaitu pemberian obat anti tuberkulosis yang adekuat dan drainase perkutan. Pada kasus telah diberikan obat anti TBC menggunakan regimen LES karena pada pasien mengalami *drug induced liver injury* (DILI) yang ditandai dengan peningkatan bilirubin dan enzim transaminase.

Durasi terapi yang optimal pada kasus TBC ekstra paru masih bisa diperdebatkan. Meskipun 6 bulan terapi obat anti-TBC standar umumnya dianggap cukup untuk sebagian besar bentuk TBC ekstra paru, pengobatan yang lebih lama disarankan untuk TBC meningitis serta TBC tulang dan sendi. Dalam kasus TBC tulang dan sendi, beberapa pedoman merekomendasikan regimen 6 bulan. Namun, banyak ahli masih memilih durasi lebih dari 12 bulan atau sampai bukti radiologis atau patologis dari regresi penyakit terjadi, karena kesulitan dalam menilai respons pengobatan dan menentukan penyembuhannya. Dalam hal ini, pedoman di Korea juga merekomendasikan pengobatan TBC tulang atau sendi selama 9-12 bulan.¹³ Hal ini juga didukung oleh Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK)¹⁴ yang merekomendasikan pemberian terapi selama 9-12 bulan pada tata laksana tuberkulosis. Hal ini mempertimbangkan penetrasi obat yang lemah ke dalam jaringan tulang dan jaringan fibrosa serta sulitnya memonitor respons pengobatan. Respons klinis paling baik dinilai melalui indikator klinis seperti nyeri, gejala konstitusional, mobilitas, dan tanda neurologis.

SIMPULAN

Abses iliopsoas dengan etiologi tuberkulosis merupakan penyakit yang jarang ditemukan. Tanda dan gejala yang muncul juga tidak khas sehingga penegakkan diagnosis dan tata laksana dapat terhambat sehingga

menimbulkan komplikasi dan angka kematian yang cukup tinggi. *Mycobacterium tuberculosis* harus diduga sebagai salah satu patogen penyebab abses selain *Staphylococcus aureus* atau *E. coli*. Pemberian antibiotik spektrum luas segera diberikan sampai hasil kultur definitif didapatkan. Pemberian antibiotik diikuti dengan drainase abses merupakan terapi standar penanganan abses iliopsoas. Penting untuk melakukan diagnosis yang tepat sehingga manajemen dapat sesuai sehingga luaran pasien menjadi baik.

DAFTAR PUSTAKA

1. Chowdhury S, Chakraborty P. Universal health coverage - There is more to it than meets the eye. *J Fam Med Prim Care*. 2017;6(2):169-70.
2. Mohandes AF, Karam B, Alrstom A. Primary psoas tuberculosis abscess with an iliac bone lytic lesion: a case report. *J Med Case Rep*. 2022;16(1):1-6.
3. Altıntaş N, Türkeli S, Yılmaz Y, Sariaydin M, Yaşayancan N. A rare case of tuberculosis psoas abscess. *Eur J Gen Med*. 2012;9(2):159-61.
4. Hu SY, Hsieh MS, Chang YT, et al. Clinical features, management, and outcome of iliopsoas abscess associated with cardiovascular disorders: A hospital-based observational case series study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2019;20(1):1-11.
5. Mallick IH, Thoufeeq MH, Rajendran TP. Iliopsoas abscesses. *Postgrad Med J*. 2004;80(946):459-62.
6. Ouellette L, Hamati M, Flannigan M, Singh M, Bush C, Jones J. Epidemiology of and risk factors for iliopsoas abscess in a large community-based study. *Am J Emerg Med*. 2019;37(1):158-9.
7. Tabrizian P, Nguyen SQ, Greenstein A, Rajhbeharrysingh U, Divino CM. Management and treatment of iliopsoas abscess. *Arch Surg*. 2009;144(10):946-9.
8. Parimon T, Spitters CE, Muangman N, Euathrongchit J, Oren E, Narita M. Unexpected pulmonary involvement in extrapulmonary tuberculosis patients. *Chest*. 2008;134(3):589-94.
9. Shields D, Robinson P, Crowley TP. Iliopsoas abscess - A review and update on the literature. *Int J Surg*. 2012;10(9):466-9.
10. Chawla K, D'Souza A, Shyamsunder Bhat N, Mukhopadhyay C. Primary tubercular psoas abscess: A rare presentation. *J Infect Dev Ctries*. 2012;6(1):86-8.
11. Scaglia M, Lugani G, Cassini M, Ambrosini C, Magnan B. Delayed diagnosis and treatment of a psoas abscess as a link between spondylodiscitis and septic necrosis of the femoral head: A case report. *Acta Biomed*. 2020;91(July 2018):241-7.
12. Bodakçı MN, Hatipoğlu NK, Dağgüllü M, et al. Etiological factors of psoas abscesses. *J Clin Exp Investig*. 2015;5(1):59-63.
13. Park JS. Korean Guidelines for the Treatment of Tuberculosis. *Korean J Med*. 2012;82(3):269.
14. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Tuberkulosis. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2020.