

Dakrioadenitis: Diagnosis dan Tatalaksana Awal di Layanan Primer

Mata (Sistem Indra) • SKDI 3A

Course komprehensif tentang dakrioadenitis untuk dokter layanan primer tingkat 3A. Materi mencakup anatomi kelenjar lakrimal, etiologi, manifestasi klinis, diagnosis banding, tatalaksana awal, kriteria rujukan, dan komplikasi yang perlu diwaspadai.

Modul 1: Modul 1: Dasar-Dasar Dakrioadenitis

1.1 Anatomi dan Fisiologi Kelenjar Lakrimal

Kelenjar lakrimal adalah struktur eksokrin berpasangan di fossa lakrimalis aspek superolateral orbita, terbagi menjadi lobus orbita (posterior) dan lobus palpebra (anterior) oleh tendon levator palpebrae superioris. Beratnya sekitar 2 gram. Inervasi sensorik melalui n. lakrimalis (V1) dan sekretomotorik melalui n. intermedius (VII) via ganglion pterygopalatinum. Kelenjar ini memproduksi lapisan aqueous (98% volume) film air mata yang mengandung lisozim, laktoferin, dan IgA sekretori. Produksi basal 1,2 mL/menit meningkat hingga 100 mL/menit. Hubungan klinis: dakrioadenitis bermanifestasi sebagai pembengkakan kuadran superotemporal, dengan drainase venosa ke v. oftalmika yang berisiko trombosis sinus kavernosus jika infeksi menyebar.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

1.2 Definisi, Epidemiologi, dan Etiologi Dakrioadenitis

Dakrioadenitis adalah peradangan kelenjar lakrimal, akut atau kronis. Bentuk akut biasanya infeksius dengan onset mendadak; bentuk kronis berkaitan dengan autoimun/granulomatosa. Perlu dibedakan dari dakriosistitis (peradangan sakus lakrimal).

Epidemiologi: lebih sering pada anak dan dewasa muda untuk bentuk akut; bentuk kronis lebih sering pada perempuan paruh baya dengan autoimun. Etiologi akut bakterial: *S. aureus*, *S. pneumoniae*, *S. pyogenes*, *H. influenzae*. Virus: mumps, adenovirus, EBV, VZV. Kronis: Sjögren, sarkoidosis, tuberkulosis, GPA. Faktor risiko: ISPA, konjungtivitis, trauma, imunokompromais. Patogenesis: invasi melalui duktus, hematogen, atau perluasan sinus/gigi.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

1.3 Patofisiologi dan Manifestasi Klinis

Pada dakrioadenitis bakterial akut, invasi mikroba memicu pelepasan TNF- α ; α menyebabkan vasodilatasi dan migrasi neutrofil; eksudat dalam kapsul kelenjar yang tidak elastis menimbulkan nyeri hebat dan risiko abses. Virus menyebabkan sitolisis dengan infiltrasi limfositik. Bentuk kronis autoimun: infiltrasi limfositik periduktal, destruksi asini, fibrosis, dan atrofi. Manifestasi akut: pembengkakan kuadran superotemporal unilateral onset mendadak, nyeri tekan, epifora, ptosis mekanik, diplopia. Tanda klasik: S-shaped deformity kelopak atas, pembengkakan lobus palpebra pada eversi fornix superior, dan pembesaran KGB preaurikular ipsilateral (khas virus). Kronis: pembengkakan progresif bilateral, xerophthalmia, kelenjar firm-mobile, nyeri minimal.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

Modul 2: Modul 2: Diagnosis dan Tatalaksana di Layanan Primer

2.1 Diagnosis dan Diagnosis Banding

Diagnosis berbasis anamnesis dan pemeriksaan klinis. Anamnesis: onset, lateralitas, ISPA, kontak virus, gejala sistemik, xerophthalmia, autoimun, trauma. Pemeriksaan: S-shape deformity, palpasi kelenjar, motilitas, visus, pupil, KGB preaurikular. Penunjang primer: darah lengkap, LED, Mantoux, Gram/kultur sekret. Untuk kronis curiga autoimun: ANA, anti-Ro/SSA, anti-La/SSB, ACE, ANCA setelah rujukan. CT/MRI orbita diindikasikan untuk menyingkirkan abses atau selulitis orbita. Diagnosis banding: dakriosistitis (medial, regurgitasi pus), selulitis preseptal (difus), selulitis orbita (proptosis, gangguan motilitas, penurunan visus—emergensi), tumor kelenjar lakrimal, prolaps kelenjar, blefaritis, hordeolum.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

2.2 Tatalaksana Awal dan Indikasi Rujukan

Bakterial akut tanpa komplikasi: amoksisilin-asam klavulanat 500 mg 3x/hari (dewasa) atau 25–45 mg/kgBB/hari berdasarkan komponen amoksisilin, dibagi 2 dosis (anak), selama 7–10 hari. Alergi penisilin: azitromisin atau sefaleksin. Kompres hangat 4–6x/hari, analgesik (parasetamol/ibuprofen). Drainase abses oleh spesialis mata. Virus: suportif, istirahat, hidrasi, isolasi (mumps), asiklovir 800 mg 5x/hari 7–10 hari untuk VZV oftalmikus. Kronis autoimun: air mata buatan bebas pengawet, rujuk mata dan reumatologi; hindari kortikosteroid sistemik tanpa konsultasi. Rujukan: selulitis orbita, abses, curiga autoimun/granulomatosa/neoplastik, gagal dalam 48–72 jam, rekuren, sistemik berat/immunokompromais, anak curiga mumps.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

Modul 3: Modul 3: Komplikasi dan Pendalaman Klinis

3.1 Komplikasi, Prognosis, dan Pencegahan

Komplikasi: abses kelenjar lakrimal, selulitis preseptal, selulitis orbita (kedaruratan, risiko kehilangan visus), trombosis sinus kavernosus, fistula lakrimal-kutan (TBC/sarkoidosis), keratoconjunctivitis sicca dengan risiko ulkus/perforasi kornea, dan limfoma MALT kelenjar lakrimal (5–10% pada Sjögren). Prognosis: bakterial akut baik dengan antibiotik adekuat (resolusi 7–14 hari); virus self-limiting 2–4 minggu; kronis bergantung pada penyakit sistemik. Pencegahan: higiene tangan, isolasi kasus virus, vaksinasi MMR, kewaspadaan pada imunokompromais, evaluasi autoimun pada kasus rekuren. Edukasi: kepatuhan antibiotik, kompres hangat, tanda bahaya (proptosis, visus turun, nyeri hebat), follow-up, dan penggunaan air mata buatan jangka panjang.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

3.2 Kasus Klinis dan Pendalaman

Kasus 1: Wanita 28 tahun, kelopak kanan atas bengkak 3 hari pasca-ISP, S-shape deformity, KGB preaurikular membesar. Dakrioadenitis bakterial akut. Terapi: amoksisilin-asam klavulanat 500 mg 3x/hari 10 hari, ibuprofen, kompres hangat; perbaikan dalam 3 hari. Kasus 2: Wanita 55 tahun, pembengkakan bilateral progresif 6 bulan, xerophthalmia, xerostomia, artritis, ANA dan anti-Ro/SSA positif. Dakrioadenitis kronis Sjögren syndrome; air mata buatan bebas pengawet, rujuk spesialis mata dan reumatologi untuk hidroksiklorokuin/imunosupresan. Kasus 3: Anak 8 tahun dengan sinusitis, proptosis, gangguan motilitas, visus 1/60. Curiga selulitis orbita; rujukan emergensi dengan CT-scan dan antibiotik IV seftriakson awal. Pelajaran kunci: identifikasi dini tanda bahaya menentukan urgensi rujukan.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

Daftar Pustaka / Referensi

1. American Academy of Ophthalmology. Basic and Clinical Science Course (BCSC) Section 7: Oculofacial Plastic and Orbital Surgery. American Academy of Ophthalmology (2023).
2. Vaughan DG, Asbury T, Riordan-Eva P. Vaughan & Asbury's General Ophthalmology. McGraw-Hill Education (2017).
3. Yen MT, Chi TL, Latkany RE. Acute Dacryoadenitis: Clinical Features, Microbiology, and Management. Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery (2019).
4. Royal College of Ophthalmologists. Ophthalmic Services Guidance: Orbital Cellulitis and Preseptal Cellulitis. Royal College of Ophthalmologists (2020).
5. Goold LA, Madge SN, McNab AA. Acute Preseptal and Orbital Cellulitis. Clinical & Experimental Ophthalmology (2016).
6. Abou-Al-Shaar H, Mendenhall SK, Okun MS. Inflammatory and Infectious Disorders of the Lacrimal Gland. Survey of Ophthalmology (2018).
7. Kanski JJ, Bowling B. Clinical Ophthalmology: A Systematic Approach. Elsevier (2016).
8. Kementerian Kesehatan RI. Standar Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI) 2012. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2012).
9. Kementerian Kesehatan RI. Formularium Nasional Indonesia. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2023).

Disclaimer / Pernyataan Penting

Materi dalam dokumen ini disusun untuk tujuan pendidikan kedokteran berdasarkan kurikulum SKDI 2012. Informasi klinis harus selalu diverifikasi dengan sumber terkini (pedoman nasional, jurnal terindeks, konsultasi supervisor klinis). Penulis dan Malayan Saintifika tidak bertanggung jawab atas keputusan klinis yang diambil berdasarkan materi ini semata.