



Chronic Dysphagia due to Esophageal Stenosis with Tracheoesophageal Fistula and Foreign Body Impaction: Case Report

Nasrul Haidi ^{1*}, Yuliana ²

¹ Departemen Ilmu Bedah Digestif, Rumah Sakit Umum dr. Fauziah Bireuen, Indonesia

² Program Studi Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Malikussaleh, Indonesia

Email: nasrulsurgeon@gmail.com ¹, yuliana.200610007@mhs.unimal.ac.id ²

*Penulis Korespondensi: yuliana.200610007@mhs.unimal.ac.id

Abstract. *Chronic dysphagia is a common clinical complaint frequently associated with structural abnormalities of the esophagus. Esophageal stenosis is an important cause of chronic dysphagia and increases the risk of foreign body impaction. This condition may be related to underlying pathological processes, including tracheoesophageal fistula (TEF). Mr. A, 38-year-old man presented with chronic dysphagia for one year accompanied by dysphonia. Due to persistent swallowing difficulty, the patient developed a habit of ingesting passion fruit seeds to facilitate food intake. An endoscopic examination performed six months earlier overseas revealed mid-to-distal esophageal stenosis, and a gastrostomy was performed. Abdominal CT scan and chest radiography showed no abnormalities. The patient later presented with acute symptoms due to mangosteen seed impaction in the esophagus. He had a history of pulmonary tuberculosis and had completed antituberculosis therapy. Esophagography demonstrated a tracheoesophageal fistula. This case illustrates esophageal stenosis with TEF as a cause of chronic dysphagia and a predisposing factor for foreign body impaction, possibly related to chronic post-tuberculous inflammation. Management requires a multidisciplinary approach. Endoscopic dilation is the primary therapy for esophageal stenosis, while surgery is definitive for benign.*

Keywords: *Dysphagia Chronic, Esophageal Stenosis, Foreign Body, Post-Tuberculosis, Tracheoesophageal Fistulas.*

Abstrak, Disfagia kronik merupakan keluhan klinis yang sering berkaitan dengan kelainan struktural esofagus. Stenosis esofagus merupakan salah satu penyebab disfagia kronik yang dapat meningkatkan risiko impaksi benda asing serta berhubungan dengan kondisi patologis seperti trakeoesofageal fistula (TEF). Dilaporkan Tuan A, seorang laki-laki usia 38 tahun dengan keluhan disfagia kronik sejak satu tahun yang lalu, disertai disfonia. Keluhan tersebut mendorong pasien memiliki kebiasaan menelan biji markisa untuk mempermudah asupan makanan. Riwayat endoskopi enam bulan sebelumnya diluar negeri menunjukkan stenosis esofagus mid-distal, dan pasien telah menjalani gastrostomi. Pemeriksaan CT scan abdomen dan foto toraks tidak menunjukkan kelainan. Pasien kemudian datang dengan keluhan akut akibat tersangkutnya biji manggis di esofagus yang ditegakkan sebagai impaksi benda asing. Pasien memiliki riwayat tuberkulosis paru dan telah menyelesaikan pengobatan. Evaluasi lanjutan dengan oesofagografi menunjukkan adanya TEF. Kasus ini menggambarkan stenosis esofagus yang disertai TEF dapat menjadi penyebab disfagia kronik sekaligus predisposisi impaksi benda asing, yang kemungkinan berkaitan dengan proses inflamasi kronik pasca-tuberkulosis. Penatalaksanaan stenosis esofagus dan TEF memerlukan pendekatan multidisipliner. Dilatasi endoskopik merupakan terapi utama pada stenosis esofagus, sedangkan tindakan bedah tetap menjadi terapi definitif pada TEF jinak yang didapat untuk mencegah kekambuhan dan komplikasi jangka panjang.

Kata Kunci: Benda Asing, Disfagia Kronik, Pasca-Tuberkulosis, Stenosis Esophagus, Tracheoesofageal Fistula.

1. PENDAHULUAN

Disfagia kronik merupakan keluhan klinis yang sering dijumpai dalam praktik bedah digestif dan dapat menjadi manifestasi awal dari kelainan struktural esophagus yang signifikan, begitu juga dengan disfonia. Kondisi ini tidak hanya berdampak pada status nutrisi dan kualitas hidup pasien, tetapi juga dapat berkembang menjadi keadaan gawat darurat bedah apabila

disertai komplikasi. Salah satu penyebab disfagia kronik yang penting adalah stenosis esophagus, yaitu penyempitan lumen esophagus yang mengganggu proses menelan dan meningkatkan risiko terjadinya impaksi makanan maupun benda asing (Desai & Moustarah, 2023).

Impaksi benda asing pada esophagus merupakan kondisi emergensi yang memerlukan evaluasi dan penanganan segera, mengingat risiko komplikasi serius seperti perforasi esophagus, perdarahan, aspirasi, dan mediastinitis. Pada pasien dewasa, sebagian besar kasus impaksi benda asing berhubungan dengan adanya kelainan anatomi yang mendasari, termasuk stenosis esophagus akibat proses inflamasi kronik, fibrosis, atau penyakit infeksi sebelumnya. Endoskopi berperan sebagai modalitas utama baik diagnostik maupun terapeutik dalam penatalaksanaan impaksi benda asing esophagus, dengan tingkat keberhasilan tinggi dan risiko komplikasi yang relatif rendah apabila dilakukan secara tepat (Gou et al., 2022; Long et al., 2019)

Selain stenosis, Fistula Trakeoesofageal (TEF) merupakan kelainan esophagus yang jarang pada populasi dewasa, namun dapat menjadi penyebab disfagia kronik dan aspirasi berulang. Trakeoesofageal fistula pada dewasa umumnya bersifat didapat, dengan etiologi antara lain keganasan, trauma, prosedur medis, serta infeksi kronik seperti tuberkulosis. Tuberkulosis dapat menyebabkan kerusakan jaringan esophagus dan saluran napas melalui proses inflamasi dan fibrosis, yang pada kasus tertentu berujung pada pembentukan fistula trakeoesofageal. Fistula trakeoesofageal (TEF), yang ditandai dengan hubungan abnormal antara trakea dan esophagus, merupakan manifestasi langka dari TB paru yang terlihat pada kurang dari 10% kasus. Kondisi ini sering sulit didiagnosis dan memerlukan pemeriksaan penunjang lanjutan seperti esofagogram atau endoskopi untuk menegakkan diagnosis (Paudel et al., 2021; Swami et al., 2021)

2. METODE

Penelitian ini merupakan laporan kasus deskriptif pada seorang pasien laki-laki usia 38 tahun dengan diagnosa impaksi benda asing esophagus disertai disfagia kronik yang datang ke fasilitas pelayanan kesehatan. Data dikumpulkan secara retrospektif melalui telaah rekam medis, meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, penatalaksanaan, serta luaran klinis pasien. Anamnesis mencakup onset benda asing yang tersangkut, jenis benda yang tertelan, mekanisme tersangkut, perjalanan penyakit disfagia yang di alami, gejala penyerta lainnya yang dialami, riwayat penyakit sebelumnya, riwayat

kebiasaan dan faktor risiko, dan riwayat pengobatan dan tindakan yang telah dijalani sebelumnya serta melakukan pemeriksaan fisik secara menyeluruh.

Pemeriksaan penunjang dilakukan sesuai indikasi klinis, seperti endoskopi, CT Scan abdomen, oesofagografi, dan foto thoraks. Diagnosis impaksi benda asing esophagus disertai disfagia kronik ditegakkan secara klinis melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Seluruh proses penelitian memperhatikan aspek etika, dengan menjaga kerahasiaan identitas pasien dan memperoleh persetujuan tertulis (*informed consent*) dari pasien untuk publikasi laporan kasus ini.

3. HASIL & PEMBAHASAN

LAPORAN KASUS

Seorang pasien Tn. A berusia 38 tahun datang ke rumah sakit dengan keluhan utama rasa tersangkut di kerongkongan sejak \pm 2 hari yang lalu sebelum masuk rumah sakit. Keluhan dirasakan setelah pasien tidak sengaja menelan biji manggis saat makan. Pasien mengeluhkan sulit menelan makanan padat maupun cair, disertai rasa tidak nyaman pada kerongkongan. Tidak disertai nyeri dada hebat, muntah darah, ataupun sesak napas.

Pasien memiliki riwayat disfagia kronik sejak satu tahun sebelumnya. Disfagia dirasakan terutama pada makanan padat dan semakin memberat sehingga mengganggu asupan nutrisi. Dalam mengatasi keluhan tersebut, pasien memiliki kebiasaan menelan biji markisa dengan tujuan melicinkan lumen esophagus agar makanan dapat masuk. Pasien juga mengeluhkan mengalami suara serak selama ini. Enam bulan sebelum kunjungan ini, pasien pernah berobat ke luar negeri dan menjalani pemeriksaan endoskopi saluran cerna atas. Dari hasil pemeriksaan tersebut ditemukan adanya stenosis esophagus pada segmen mid-distal. Pasien kemudian menjalani tindakan gastrostomi sebagai upaya mempertahankan status nutrisi. Pemeriksaan penunjang saat itu berupa CT scan abdomen dan foto toraks menunjukkan hasil dalam batas normal.

Pada riwayat penyakit dahulu, pasien memiliki riwayat tuberkulosis paru dan telah menjalani pengobatan antituberkulosis hingga dinyatakan sembuh secara klinis dan radiologis. Tidak terdapat riwayat keganasan, trauma leher atau dada, maupun tindakan invasif lain pada esophagus selain gastrostomi.

Pemeriksaan fisik saat masuk rumah sakit menunjukkan kondisi umum sakit sedang, kesadaran *compos mentis*, dan tanda vital dalam batas normal. Pemeriksaan regio kepala dan leher tidak ditemukan pembesaran kelenjar getah bening. Pemeriksaan toraks dan abdomen dalam batas normal. Berdasarkan anamnesis dan temuan klinis, pasien didiagnosis dengan

impaksi benda asing esophagus disebabkan stenosis mid-distal esophagus. Pasien kemudian menjalani tindakan ekstraksi benda asing secara endoskopi.



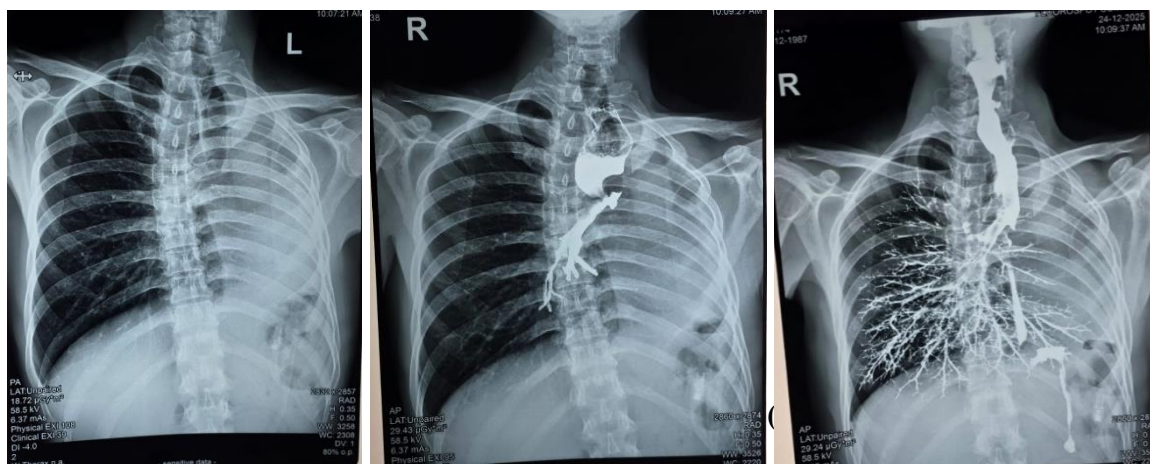
Gambar 1. Proses ekstraksi biji manggis dengan endoskopi.

Selama prosedur endoskopi/operatif, ditemukan suatu benda asing berupa biji manggis dengan ukuran kurang lebih 5×2,5 cm yang mengalami impaksi pada lumen esofagus. Benda asing tersebut kemudian berhasil diekstraksi secara hati-hati. Sepanjang tindakan, tidak ditemukan komplikasi intraoperatif, termasuk perdarahan aktif maupun tanda-tanda perforasi esofagus, dan kondisi mukosa pascaekstraksi tampak stabil.



Gambar 1 Biji manggis yang ditemukan saat ekstraksi dengan endoskopi.

Pasca tindakan ekstraksi benda asing, pasien selanjutnya menjalani pemeriksaan oesofagografi dengan kontras sebagai bagian dari evaluasi lanjutan untuk menilai adanya kelainan struktural pada esofagus. Hasil pemeriksaan menunjukkan penyempitan lumen esofagus serta tampak gambaran komunikasi abnormal antara esofagus dan trakea yang mengarah pada diagnosis trakeoesofageal fistula. Temuan ini menjelaskan adanya gangguan anatomi yang berpotensi berkontribusi terhadap gejala klinis pasien dan menjadi dasar dalam perencanaan tatalaksana selanjutnya.



Gambar 2 Pemeriksaan oesofagografi, (A) Pemeriksaan radiografi polos sebelum pemberian kontras (B) Tampak kontras dengan lancar mengisi esophagus bagian cervical dan tampak kontras lambat mengisi esophagus bagian thoracal (C) Tampak membentuk trac dari esophagus pars thoracalis ke cabang alveolus kanan.

Temuan stenosis esofagus dan trakeoesofageal fistula tersebut dikaitkan dengan riwayat tuberkulosis yang dialami pasien sebelumnya, yang diduga berperan sebagai faktor etiologi dalam proses inflamasi kronik dan fibrosis jaringan sehingga memicu terbentuknya fistula. Berdasarkan kondisi tersebut, pasien direncanakan untuk menjalani evaluasi lebih lanjut serta penatalaksanaan komprehensif melalui pendekatan multidisiplin.

DISKUSI KASUS

Disfagia adalah suatu gejala yang ditandai dengan kesulitan dan ketidaknyamanan dalam proses menelan atau keterlambatan pergerakan bolus makanan dari mulut ke lambung yang abnormal. Secara umum, disfagia dapat diklasifikasikan menjadi disfagia orofaringeal dan disfagia esofageal. Disfagia esofageal selanjutnya dibagi menjadi gangguan fungsional (motilitas) dan gangguan struktural. Disfagia yang bersifat kronik, terutama terhadap makanan padat, sangat mengarah pada etiologi struktural, seperti stenosis, striktur, massa intraluminal, atau kompresi ekstrinsik esofagus (Birda et al., 2022; Desai & Moustarah, 2023)

Pada pasien dewasa, penyebab struktural disfagia esofageal meliputi keganasan esofagus, striktur peptik, striktur pasca tindakan, penyakit inflamasi kronik, serta etiologi infeksi yang jarang seperti tuberkulosis. Stenosis esofagus dikarenakan tuberkulosis merupakan salah satu penyebab utama disfagia kronik dan ditandai oleh penyempitan lumen akibat proses inflamasi kronik dan fibrosis. Penyempitan ini menyebabkan gangguan transit bolus makanan, stasis, serta peningkatan tekanan intraluminal, yang pada akhirnya memperberat gejala disfagia dan meningkatkan risiko komplikasi (Birda et al., 2022; Burr & Everett, 2019).

Tuberkulosis sebagai penyebab stenosis esofagus tergolong jarang, namun memiliki implikasi klinis yang signifikan. Secara epidemiologis, keterlibatan esofagus pada TB dilaporkan terjadi pada sekitar 0,15–0,3% dari seluruh kasus tuberkulosis gastrointestinal, dan sebagian besar bersifat sekunder akibat penyebaran dari kelenjar getah bening mediastinal atau paru yang terinfeksi. Proses patofisiologis melibatkan inflamasi granulomatosa kronik dengan nekrosis kaseosa yang berujung pada fibrosis dan pembentukan jaringan parut, sehingga menyebabkan stenosis esofagus, terutama pada segmen mid hingga distal yang berdekatan dengan mediastinum posterior (Abdullah et al., 2025; Desai & Moustarah, 2023)

Beberapa studi melaporkan bahwa hingga 60–70% kasus tuberkulosis esofagus bermanifestasi sebagai stenosis atau striktur, dengan keluhan utama berupa disfagia progresif dan penurunan berat badan (Pawlica et al., 2025). Hal ini menjelaskan perjalanan klinis pasien dalam laporan kasus ini, yang mengalami disfagia kronik selama satu tahun sebelum datang dengan komplikasi akut. Disfagia kronik yang tidak tertangani dengan baik sering memicu adaptasi perilaku makan yang tidak fisiologis, seperti menelan benda tertentu untuk mempermudah transit makanan, yang justru meningkatkan risiko terjadinya impaksi.

Selain menyebabkan stenosis, proses inflamasi TB kronik juga dapat menimbulkan komplikasi lanjutan berupa trakeoesofageal fistula (TEF). Trakeoesofageal fistula pada dewasa merupakan kondisi yang jarang, dengan mayoritas kasus bersifat didapat (*acquired*). Secara keseluruhan, kurang dari 10% TEF dewasa disebabkan oleh infeksi, dan tuberkulosis merupakan salah satu etiologi infeksi yang paling sering dilaporkan dalam kelompok ini (Li et al., 2025; Pawlica et al., 2025)

Trakeoesofageal fistula terjadi ketika dinding bersama antara trakea dan esofagus terkikis, menciptakan hubungan yang abnormal. Pada TB, ini sering disebabkan oleh limfadenopati mediastinal nekrotik, peradangan berkepanjangan, atau trauma mekanis (misalnya, pemasangan stent atau intubasi berkepanjangan). Faktor-faktor yang berkontribusi meliputi status gizi yang buruk, immunosupresi (misalnya, HIV/AIDS), infeksi paru-paru sebelumnya, dan keterlambatan dalam memulai pengobatan TB, yang semuanya

mengakibatkan bentuk infeksi yang lebih parah dengan peradangan dan nekrosis. Banyak faktor yang menyebabkan TEF, antara lain: 1) Pecahnya kelenjar getah bening mediastinum. Hal ini menyebabkan nekrosis kaseosa pada kelenjar getah bening mediastinum yang terinfeksi TB menimbulkan erosi pada struktur di sekitarnya, termasuk trakea dan esofagus, 2) Keterlibatan langsung dari trakeobronkial. Hal ini terjadi dikarenakan tuberkulosis endobronkial dapat menyebabkan erosi langsung pada dinding trakea atau bronkus ke dalam kerongkongan. 3) Peradangan granulomatosa dengan nekrosis jaringan dan ulserasi. Peradangan granulomatosa kronis dapat menyebabkan nekrosis dinding esofagus atau struktur trakea tanpa limfadenopati yang signifikan (Abdullah et al., 2025).

Keberadaan TEF secara signifikan memperberat manifestasi disfagia. Selain hambatan mekanis akibat stenosis, TEF menyebabkan aspirasi kronik, batuk pasca menelan, serta iritasi saluran napas yang berulang. Kondisi ini sering kali menutupi gambaran disfagia murni dan menyebabkan keterlambatan diagnosis, karena gejala respirasi lebih dominan dibandingkan keluhan gastrointestinal (Pawlica et al., 2025). Dalam beberapa laporan kasus, TEF akibat TB baru terdiagnosis setelah kegagalan terapi TB atau setelah muncul komplikasi berat seperti aspirasi berulang dan malnutrisi (Abdullah et al., 2025).

Stenosis esofagus yang disertai TEF menciptakan kondisi anatomi yang sangat rentan terhadap impaksi benda asing. Studi retrospektif menunjukkan bahwa lebih dari 80% kasus impaksi benda asing esofagus pada dewasa memiliki kelainan struktural yang mendasari, terutama striktur atau stenosis (Negoita et al., 2023). Segmen esofagus yang menyempit menjadi lokasi predileksi tertahannya bolus makanan atau benda asing, sebagaimana terjadi pada kasus ini. Impaksi benda asing bukan hanya menimbulkan gejala akut, tetapi juga berisiko menyebabkan perforasi, perdarahan, dan mediastinitis bila tidak segera ditangani.

Endoskopi terapeutik merupakan modalitas utama dalam penatalaksanaan impaksi benda asing, dengan tingkat keberhasilan yang dilaporkan mencapai >95% pada pusat layanan berpengalaman (Gou et al., 2022; Negoita et al., 2023). Namun, pada pasien dengan disfagia kronik, keberhasilan ekstraksi harus diikuti oleh evaluasi menyeluruh terhadap etiologi yang mendasari untuk mencegah kejadian berulang. Dalam laporan kasus ini, pemeriksaan lanjutan berupa oesophagografi berhasil mengidentifikasi adanya TEF yang sebelumnya tidak terdeteksi.

Selain disfagia, pasien juga mengeluhkan mengalami suara serak. Suara serak (disfonia) adalah gejala yang sering ditemui akibat keterlibatan struktural atau fungsional laring, pita suara, atau sekunder akibat keterlibatan *nervus laryngeus recurrens* (RLN). Penyebab umum meliputi iatrogenik seperti setelah operasi tiroid (41%), penyebab idiopatik (33%), dan

penyebab yang terdefinisi dengan baik (25%) seperti keganasan paru-paru, keganasan tiroid, keganasan esofagus, penyebab jantung seperti sindrom ortner dan kondisi inflamasi jinak kronis seperti tuberkulosis. Suara serak akibat keterlibatan *nervus laryngeus recurrens* sekunder akibat penyebab pernapasan dikenal sebagai *pulmonary vocal syndrome*. Berbagai mekanisme yang bertanggung jawab terhadap tuberkulosis yang dapat menyebabkan sindrom vokal paru adalah : 1) Saraf tersebut melewati kelenjar getah bening yang mengalami kaseasi, 2) Saraf tersebut mungkin meregang karena penebalan pleura saraf laringeal rekuren akibat limfadenopati tuberkulosis yang padat atau mediastinitis fibrosa, 3) Saraf tersebut meregang karena retraksi bronkus lobus atas ke arah apeks seperti pada tuberkulosis endobronkial, 4) Saraf tersebut tertekan oleh arteri pulmonalis yang membesar (Gomes, 2022).

Jendela aortopulmoner adalah ruang kecil antara lengkung aorta dan arteri pulmonalis. Berbagai struktur melintasi jendela ini, termasuk *nervus laryngeus recurrens* kiri. Pembesaran kelenjar getah bening akibat infeksi tuberkulosis pada pasien dapat menekan *nervus laryngeus recurrens* sehingga menyebabkan kelumpuhan pita suara, yang mengakibatkan suara serak. Kelumpuhan saraf laring rekuren akibat tuberkulosis kelenjar getah bening mediastinal bersifat reversibel dan dilaporkan memberikan respons yang baik terhadap pengobatan anti-TB pada sebagian besar kasus (Gomes, 2022).

Penatalaksanaan jangka panjang pasien dengan stenosis esofagus dan TEF akibat TB memerlukan pendekatan multidisipliner. Dilatasi endoskopik merupakan modalitas utama dalam penatalaksanaan stenosis esofagus, dengan teknik yang paling sering digunakan adalah *bougie dilation* dan *balloon dilation*. Dilatasi *bougie* bekerja dengan memberikan gaya radial dan longitudinal sepanjang segmen esofagus yang menyempit, sehingga memungkinkan dilatasi lumen secara menyeluruh hingga diameter yang telah ditentukan. Sebaliknya, dilatasi balon dilakukan di bawah visualisasi endoskopik langsung dan menghasilkan gaya radial yang terkontrol. Target diameter akhir dilatasi tidak bersifat baku dan terutama ditentukan oleh perbaikan klinis pasien. Faktor seperti usia, ukuran tubuh, etiologi, serta lokasi stenosis memengaruhi diameter optimal. Beberapa literatur merekomendasikan pencapaian diameter minimal sekitar 16 mm, apabila memungkinkan, guna menurunkan kebutuhan dilatasi berulang pada striktur esofagus (Thanawala, 2025).

Keberhasilan dilatasi endoskopik pada striktur esofagus kompleks dilaporkan berkisar 60–70% bila dilakukan dengan interval dua minggu. Apabila terjadi kegagalan terapi atau penyempitan ulang lebih dari 50% dibandingkan hasil sebelumnya, interval dilatasi dapat dipertimbangkan. Pendekatan ini dilaporkan meningkatkan tingkat keberhasilan hingga lebih

dari 80%. Pada kasus striktur refrakter, terapi adjuvan seperti injeksi steroid intralesi atau pemasangan stent esofagus sementara dapat dipertimbangkan (Thanawala, 2025).

Injeksi kortikosteroid intralesi secara endoskopik dapat diberikan bersamaan dengan prosedur dilatasi pada striktur esofagus kompleks. Agen steroid, seperti triamcinolone, bekerja dengan menekan proses inflamasi lokal serta menghambat pembentukan kolagen dan fibrosis, sehingga menurunkan risiko rekurensi striktur. Pemasangan stent esofagus merupakan opsi terapi pada striktur esofagus refrakter, khususnya bila dilatasi berulang, termasuk dilatasi mingguan jika tidak memberikan hasil yang adekuat. Stent pada striktur esofagus berfungsi mempertahankan lumen dan memungkinkan remodeling jaringan di sekitar stent. Namun, karena angka kekambuhan pasca pencabutan stent relatif tinggi, dilatasi harus segera dilanjutkan setelah stent dilepas untuk menekan risiko restenosis (Thanawala, 2025).

Stent logam atau plastik (SEMS/SEPS) dianjurkan dipertahankan selama 6–8 minggu untuk meningkatkan keberhasilan terapi, dengan batas maksimal 12 minggu guna menghindari hiperplasia jaringan berlebihan. Biodegradable stent (BDS) memberikan tekanan radial konstan dan mengalami degradasi melalui hidrolisis dalam 8–12 minggu, sehingga mengurangi risiko pertumbuhan jaringan berlebih serta menghilangkan kebutuhan tindakan pengangkatan (H. S. Kim et al., 2020; Thanawala, 2025).

Modalitas lain yang lebih jarang digunakan meliputi strikturotomi endoskopik, ablasi, dan dilatasi mandiri. Strikturotomi dilakukan dengan pemotongan striktur secara radial atau sirkumferensial menggunakan elektrokauter. Teknik ablasi seperti *argon plasma coagulation*, *radiofrequency ablation*, dan krioterapi sebagian besar tergantikan oleh stent untuk penanganan disfagia akibat striktur ganas. Untuk pasien dengan striktur jinak, dilatasi mandiri dengan bougie di rumah dapat dipertimbangkan, yang menghilangkan kebutuhan akan sedasi dan banyak endoskopi. Dilatasi mandiri aman dan efektif, dengan tingkat keberhasilan sekitar 94% dalam meredakan gejala disfagia. Namun, mengingat kompleksitas dalam mempelajari teknik ini ditambah dengan keterbatasan yang berkaitan dengan kecemasan dan motivasi, dilatasi mandiri hanya merupakan pilihan praktis pada kelompok pasien yang sangat selektif (Thanawala, 2025).

Penanganan TEF bersifat kompleks, namun terapi bedah merupakan metode definitif yang efektif untuk sebagian besar kasus TEF jinak yang didapat. Teknik pembedahan yang digunakan disesuaikan dengan karakteristik fistula, seperti: 1) Reseksi trakea dan anastomosis ujung-ke-ujung (TREE). Kelompok *Massachusetts General Hospital* menyatakan bahwa reseksi trakea harus dilakukan jika fistula memiliki lebar ≥ 3 cm atau untuk cedera trakea melingkar, 2) Reparasi primer trakea/esofagus. Berdasarkan tinjauan deskripsi dari seluruh

dunia, menyarankan bahwa perbaikan primer harus dipilih jika ukuran fistula >5 cm karena tidak mungkin untuk melakukan reseksi trakea interposisi, 3) Flap otot untuk mencegah rekurensi. Interposisi flap otot digunakan untuk pengobatan TEF yang didapat. Namun, interposisi flap otot tidak lagi banyak digunakan karena teknik reseksi trakea menjadi lebih umum dalam beberapa tahun terakhir dan 4) Opsi alternatif jika reseksi tidak memungkinkan (S.P. Kim et al., 2021). Rehabilitasi menelan, pengendalian refluks gastroesofageal, serta pemantauan jangka panjang menjadi komponen penting dalam mencegah kekambuhan stenosis atau fistula serta komplikasi respirasi kronik.

4. KESIMPULAN DAN SARAN

Disfagia kronik pada pasien dewasa merupakan gejala klinis yang harus dievaluasi secara komprehensif untuk mengidentifikasi kelainan struktural esofagus yang mendasarinya. Pada laporan kasus ini, disfagia kronik disebabkan oleh stenosis esofagus mid-distal yang kemungkinan besar berkaitan dengan proses inflamasi dan fibrosis akibat riwayat tuberkulosis sebelumnya. Kondisi ini kemudian diperberat oleh terbentuknya trakeoesofageal fistula sebagai komplikasi lanjutan dari infeksi kronik, yang semakin mengganggu fungsi menelan dan meningkatkan risiko aspirasi. Kombinasi stenosis esofagus dan trakeoesofageal fistula menciptakan kondisi anatomi yang rentan terhadap terjadinya impaksi benda asing, sebagaimana yang dialami oleh pasien ini.

Penanganan emergensi berupa ekstraksi benda asing secara endoskopik berhasil mengatasi kondisi akut, namun temuan struktural lanjutan menunjukkan pentingnya evaluasi etiologi secara menyeluruh pada pasien dengan disfagia kronik. Penatalaksanaan selanjutnya sebaiknya dilakukan melalui pendekatan multidisipliner antara bedah digestif, bedah toraks, gastroenterologi, dan penyakit infeksi. Tatalaksana ini menjadi kunci dalam menentukan strategi penatalaksanaan jangka panjang guna memperbaiki fungsi menelan, mencegah komplikasi aspirasi, dan meningkatkan kualitas hidup pasien.

DAFTAR REFERENSI

- Abdullah, Y. V., Shastry, S., Narasimharao, I. V. P., & Mustafa, M. T. (2025). Tracheoesophageal Fistula as a Rare Cause of Persistent Pulmonary Tuberculosis Symptoms. *Annals of African Medicine*, 1-5. https://doi.org/10.4103/aam.aam_105_25
- Birda, C. L., Kumar, A., Gupta, P., Singh, H., & Sharma, V. (2022). Oesophageal Tuberculosis: A Systematic Review Focusing on Clinical Management. *Dysphagia*, 37(4), 973-987. <https://doi.org/10.1007/s00455-021-10360-x>

- Burr, N. E., & Everett, S. M. (2019). Management of Benign Oesophageal Strictures. *Frontline Gastroenterol*, 10(2), 177-181. <https://doi.org/10.1136/flgastro-2018-101075>
- Desai, J. P., & Moustarah, F. (2023). Esophageal Stricture. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542209/>
- Gomes, R. R. (2022). Tuberculosis: A rarest cause of pulmonary vocal syndrome. 10-12. <https://doi.org/10.29328/journal.jprr.1001035>
- Gou, Y., Ye, F., Wang, Y., Xu, X., & Zhang, K. (2022). Endoscopic Management of Esophageal Foreign Bodies: A Retrospective Study in China. *Japanese Journal of Gastroenterology and Hepatology Historical*, 8, 1-8.
- Kim, H. S., Khemasuwan, D., Diaz-mendoza, J., & Mehta, A. C. (2020). Management of Tracheo-oesophageal Fistula in Adults. *European Respiratory Society*, May, 1-11. <https://doi.org/10.1183/16000617.0094-2020>
- Kim, S. P., Lee, J., Lee, S. K., & Kim, D. H. (2021). Surgical Treatment Outcomes of Acquired Benign Tracheoesophageal Fistula: A Literature Review. *Journal of Chest Surgery*. <https://doi.org/10.5090/jcs.21.012>
- Li, G., Wang, Z., Liu, J., Fu, S., Xue, L., Liao, Z., Yang, R., Huang, S., Xu, R., Chen, P., & Chen, Y. (2025). Comprehensive Insights into Tracheoesophageal Fistula Pathophysiology, Diagnosis, Treatment, and Future Directions. *Advanced Science*, 02825(309), 1-28. <https://doi.org/10.1002/advs.202502825>
- Long, B., Koyfman, A., & Gottlieb, M. (2019). Esophageal Foreign Bodies and Obstruction in the Emergency Department Setting: An Evidence-Based Review. *The Journal of Emergency Medicine*, 56(5), 499-511. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2019.01.025>
- Negoita, L. M., Ghenea, C. S., Constantinescu, G., Sandru, V., Stan-ilie, M., Plotogea, O., Shamim, U., & Dumbrava, B. F. (2023). Esophageal Food Impaction and Foreign Object Ingestion in Gastrointestinal Tract: A Review of Clinical and Endoscopic Management. *Gastroenterology Insights*, 131-143. <https://doi.org/10.3390/gastroent14010010>
- Paudel, M. S., Parajuli, S. R., Baral, B., Poudel, P., & Dhungana, I. (2021). Primary Esophageal Tuberculosis With Dysphagia. *Cureus*, 5(7), 5-8. <https://doi.org/10.7759/cureus.16236>
- Pawlica, M. T., Filipowicz, J., Gabrysz, Z., Gadzala, M., Brzezinski, B., Konkol, M., Groth, D., Lewandowski, M., Grabczan, W., Karus, K., Cackowski, M. M., Dziedzic, M., Dziedzic, D. A., & Orłowski, T. M. (2025). Management and Outcomes of Acquired Benign Tracheoesophageal Fistula: a Single-Centre Experience of 58 Cases. *Journal of Thoracic Disease*, 17(9), 6435-6442. <https://doi.org/10.21037/jtd-2025-399>
- Swami, G. A., Punpale, A., Samudre, S. S., & Asawa, G. R. (2021). A rare case of acquired tracheo-esophageal fistula in adult. *International Surgery Journal*, 8(9), 2796-2798. <https://doi.org/10.18203/2349-2902.isj20213619>
- Thanawala, S. U. (2025). Management of Esophageal Strictures. *Gastrointestinal Endoscopy Clinics of NA*, 35(3), 623-636. <https://doi.org/10.1016/j.giec.2025.02.002>