



Septoplasti sonrası çok geç komplikasyon: Septal apse

Very late complications after septoplasty: septal abscess

Cenk Evren,¹ Volkan Bilge Yiğit,² Mustafa Suphi Elbistanlı,³ Nevzat Demirbilek¹

¹Beylikdüzü Medilife Hastanesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Bölümü, İstanbul, Türkiye

²Zonguldak Devlet Hastanesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği, Zonguldak, Türkiye

³Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

ÖZ

Nazal septal apse kıkırdak veya kemik septum ve mukoperikondriyum veya mukoperiost arasında irin birikmesi olarak tanımlanır. Nazal septal apse en sık burun tıkanıklığı ve ağrı ile kendini gösterir. Bu yazıda, septoplasti ameliyatından dört ay sonra *Pseudomonas aeruginosa* kaynaklı septal apse komplikasyonu geçiren 46 yaşında bir erkek hasta sunuldu. Bildiğimiz kadarıyla, bu septoplasti ameliyatı komplikasyonu olarak en geç bildirilen septal apse.

Anhtar sözcükler: Komplikasyon; nazal travma; septal apse.

ABSTRACT

Nasal septal abscess is defined as a collection of pus between the cartilage or bony septum and the mucoperichondrium or mucoperiostium. Nasal septal abscess manifests itself most often with nasal congestion and pain. In this article, we report a 46-year-old male patient with a *Pseudomonas aeruginosa* induced septal abscess as a complication of septoplasty four months after the surgery. As far as we know, this is the latest reported septal abscess as a complication of septoplasty operation.

Keywords: Complication; nasal trauma; septal abscess.

Septal apse kıkırdak veya kemik septum ile mukoperikondriyum veya mukoperiost arasına irin birikmesidir.^[1] En sık nazal travmaya bağlı oluşan hematoma zemininde gelişir.^[2] Diğer nedenler cerrahi, yabancı cisimler, sinüzit, fronkültit, diş enfeksiyonları olarak sayılabilir.^[1-6] İmmün yetmezlik, diyabetes mellitus (DM), sarkoidoz da etyolojik faktör olarak bildirilmiştir.^[7,8] Bu yazıda septoplasti sonrası çok geç dönemde minör travmaya bağlı oluşan bir septal apse olgusu literatür bilgileri eşliğinde sunuldu.

OLGU SUNUMU

Aralık 2014'te cottle yöntemiyle septoplasti ameliyatı yaptığımız 46 yaşındaki erkek hasta ameliyat sonrası dördüncü ayda son üç gün süren burnun her iki tarafından nefes almada zorluk yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Yapılan muayenede septumun ileri derecede

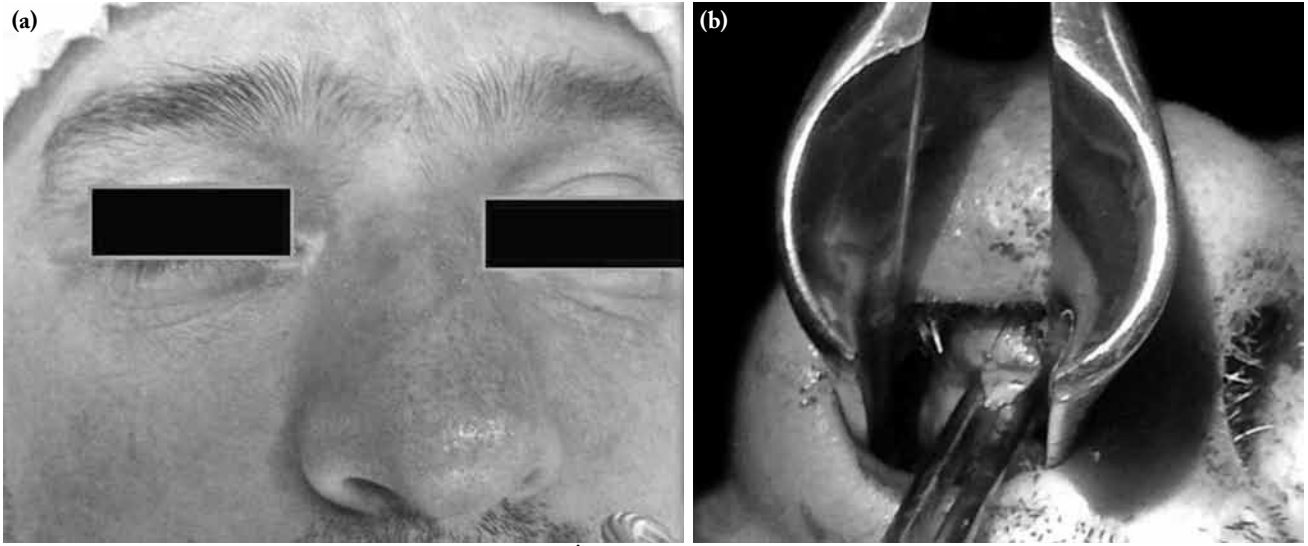
kalınlaştığı ve nazal pasajı tama yakın kapattığı görüldü. Burun cildinde hiperemisi vardı (Şekil 1a). Hastanın ameliyat sonrası ilk bir aylık takiplerinde herhangi bir patoloji izlenmedi. Biyokimya incelemesinde prokalsitonin <0.12 ng/mL, lökosit 8500/μL olarak belirlendi. Ateş 38.1 °C idi. Yapılan bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde nazal septum kıkırdak kesimi önünde yaklaşık 17x32 mm olarak ölçülen, nazal kavitede daralmaya neden olan belirgin ekspansiyon lezyon, apse olarak değerlendirildi (Şekil 2a, b). Hasta yapılacak işlem hakkında bilgilendirildi ve bilgilendirilmiş hasta onamı alındı.

Hasta genel anestezi altında acil ameliyata alındı. Ameliyatın başında septumdaki şişliğe enjektörle girildi ve yaklaşık 1.5 mL pürülan mayi drene edildi. Vertikal hemitransfiksiyon insizyonu yapılarak, mukoperikondriyum ve septal kıkırdak arasına girildi. Apse poşu direkt

Geliş tarihi: 06 Eylül 2015 Kabul tarihi: 19 Ocak 2016

İletişim adresi: Dr. Cenk Evren, Beylikdüzü Migros Kavşağı, Hürriyet Cad. No: 1, 34524 Yakuplu, İstanbul, Türkiye.
Tel: 0538 - 238 04 37 e-posta: drcenkevren@yahoo.com

© 2016 İstanbul KBB-BBC Uzmanları Derneği Yayın Organı

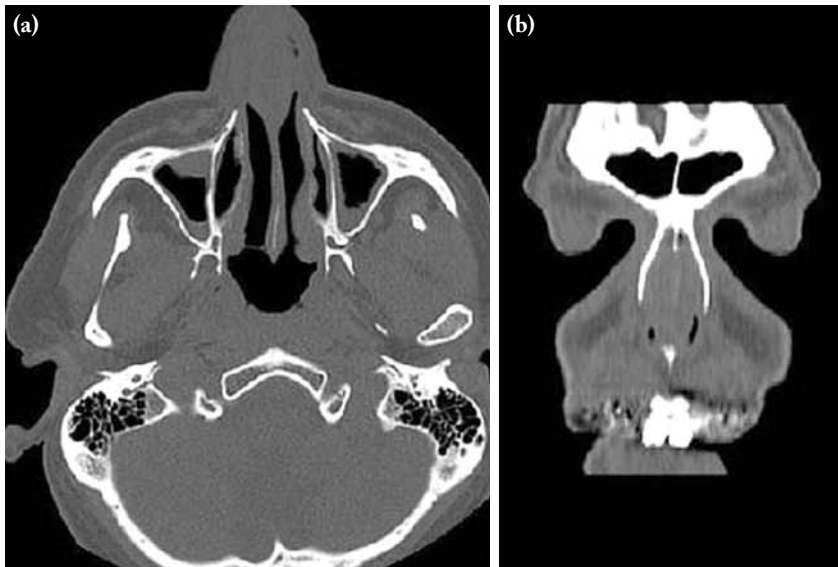


Şekil 1. (a) Ameliyat öncesi burun sırtındaki hiperemi. (b) İleri derecede hipertrofik mukoperikondrium.

açıldı. Yapılan değerlendirmede mukoperikondrium ileri derecede hipertrofikti (Şekil 1b). Septal kıkırdakların bazı bölümleri nekrotikti. Nekrotik kısımlar debride edildi. Apse poşu 500 mL serum fizyolojik, rifamisin (Rifocin® ampul) ve hidrojen peroksitle yıkandı. Penröz dren yerleştirilip “internal doyle nazal tampon” konuldu. Ampirik seftriakson 2x1 intravenöz tedavisine başlandı. Apseden alınan kültür sonucunda siprofloksasine duyarlı *Pseudomonas aeruginosa* üremesi üzerine dördüncü gün oral siproflaksasin tablet 500 mg x 2'ye geçildi. Kan kültüründe üreme olmadı, penröz dren üçüncü gün, tamponlar beşinci gün çıkartıldı. Mukoperikondrium ve nazal kavite normal olarak değerlendirildi. Topikal

mupirosin ve oral siprofloksasin tedavisi iki hafta boyunca devam edildi.

Hastanın geçmişe yönelik yapılan sorgulamasında septoplasti ameliyatı sonrasında burnundaki kabuklarla sürekli oynadığı, sigara paketinin içine kulak temizleme çubuğu koyup gün içinde bunlarla burnunu temizlediği öğrenildi. Burna majör travma öyküsü, topikal ilaç kullanımı, madde kullanımı, immünsüpresan hastalık veya dental sorunu yoktu. Kontrol altında tip 2 DM vardı. Kimyasal ya da tozlu ortamda bulunmamaktaydı. Müdahaleden sonraki beşinci ayda burun desteği ve pasajı sağladı. Semer burun deformitesi izlenmedi.



Şekil 2. (a, b) Orbital yayılım da gösteren bir sol maksiller sinüs mukoselinin bilgisayarlı tomografi görüntüsü.

TARTIŞMA

Septoplasti kulak burun boğaz cerrahisinde sık yapılan ameliyatlardan biridir.^[9] Literatürde bildirilen ameliyat sonrası komplikasyon oranı %5 ile %60 arasında değişmektedir.^[10-12] Bu komplikasyonlardan en sıkı kanama, enfeksiyon, yapışıklık, hematoma, apse, beyin omurilik sıvısı (BOS) rinosisi, perforasyon olarak sayılabilir. Kanama ve apse erken dönemde gözükten komplikasyonlardandır.^[10-12]

Hastalarda en sık yakınma burun tıkanıklığı ve ağrıdır.^[1,7,10] Subfebril ateş ve taşikardi eşlik edebilir. Travma sonrası hematoma safhasında ağrısız burun tıkanıklığı görülebilir. Anterior rinoskopide burun içinde fluktuasyon veren şişlik, kızarıklık hassasiyet, burun sırtında hiperemi görülür.^[13] Muayene sırasında burun içindeki tüm kan pıhtıları temizlenmeli, hematoma ve apse şüphesi varsa septum palpe edilmelidir. Enjektör ile mukozaya altına girilip aspire etmek tanıya yardımcıdır.^[4]

Septal kıkırdığın beslenmesi perikondrium aracılığı ile olduğundan kıkırdak nekrozu gelişmemesi için erken tanı ve tedavi çok önemlidir. İlk 24 ila 48 saat içinde iskelemi, basınç ve mikrobiyal etki kıkırdak nekrozuna neden olur.^[14] Bunun sonucunda semer burun deformitesi veya istenmeyen fonksiyonel ve kozmetik sonuçlar oluşabilir.^[6] Ambrus ve ark.^[1] 16 septal apseye nazal drenaj ve antibiyotik tedavisi uygulamış ve üç olguda semer burun deformitesi bildirmişlerdir. Septal apse aynı zamanda potansiyel yaşamı tehdit eden bir hastalıktır. Burundaki enfeksiyon komşuluk, zengin perinöral lenfatik drenaj ve fasiyal, angular, etmoid, oftalmik venlerdeki valv sistemi yokluğundan dolayı kolaylıkla yayılabilir.^[1,2,5,6] Osteomyelit, selülit, intrakraniyal apse, menenjit, kavernöz sinüs trombozuna neden olabilir.^[5]

Septal apsenin tedavisi acil olarak insizyon, drenaj ve intravenöz antibiyotik uygulanmasıdır. İnsizyon tek taraflı olarak horizontal ya da vertikal yapılabilir. İki taraflı insizyon eğer şişlik çift taraflı ise ve septal kıkırdak sağlamısa yapılmalıdır.^[13,15] Hastada kıkırdak nekrozu gelişmiş ise bu nekrotik dokular mutlaka temizlenmeli, apse boşluğuna penröz dren yerleştirilmeli, boşlukta yeniden sıvı birikmesini engellemek için iki taraflı anterior nazal tampon konulmalıdır. Püü drenajı durduktan sonra, mukozal flepler oturuncaya kadar aynı işlemler yenilenmelidir.^[1,10-15]

Burun girişi ve nazal kaviteye yeni doğan döneminden itibaren bakteri kolonizasyonu olmakta ve normal flora elemanlarının yanında %23 oranında potansiyel patojen Gram (-), %16 oranında Gram (+) basiller, %39 oranında *Staphylococcus epidermitis*, %11 oranında *Staphylococcus aureus* ve %8 oranında *Escheria coli*'ye rastlanmaktadır.^[16]

Bu nedenle burun ameliyatları temiz kontamine olarak kabul edilir.^[17] Septoplasti sonrası lokal enfeksiyon ve septal apse oranı %0.4 ile %12.0 arasında değişir.^[18,19] Septum cerrahisi sonrası enfeksiyon profilaksisi amacıyla antibiyotik kullanımı yaygın bir uygulama olmakla birlikte ameliyat sonrası enfeksiyonların sık görülmemesi nedeniyle etkinliği tartışmalıdır.

Düşük enfeksiyon riski olduğundan ameliyat sonrasında antibiyotik profilaksisi önerilmeyen^[18,20,21] ya da ameliyat sonrası drenaj ve enfeksiyonu önlemek için antibiyotik verilmelidir görüşünü savunan yayınlar vardır.^[11,22] Olgumuzda ameliyat sonrası dönemde bir hafta boyunca oral amoksisilin 1000 mg x 2 kullanıldı ve daha sonra tedavi sonlandırıldı. Septoplasti ameliyatından apse gelişene kadar olan sürede başka herhangi bir antibiyotik kullanılmadı.

Tanı apsenin gelişim süreci ve hastanın geç başvurusu nedeniyle ortalama 4.5 ila 8 gün civarında konmaktadır.^[1,23] Bizim olgumuz da yakınmalarının başlamasının üçüncü gününde kliniğe başvurdu ve aynı gün ameliyat edildi. Yapılan sorgulamada burnundaki kabuklarla sürekli oynadığı, hatta sigara paketinin içine kulak temizleme çubuğu koyup gün içinde bunlarla burnunu temizlediğini ifade etti. Hastanın ayrıca kontrol altında DM'si vardı.

Mäkitie ve ark.^[18] çalışmalarında septoplasti yaptıkları 100 hastanın 12'sinde ameliyat sonrası erken dönemde enfeksiyon bildirmiş, bunların yedisinin drene etmeleri gereken apse olduğunu, bir hastanın madde bağımlısı olduğunu, bir hastanın DM'si olduğunu belirtmişlerdir. Rudolph^[24] sunumlarında burun ameliyatı sonrası 21. günde hastada apse geliştiğini ve kültürde bizim olgumuzda olduğu gibi *Pseudomonas aeruginosa* ürediğini bildirmişlerdir. Yapılan çalışmalarda septal apsenin en sık izole edilen patojen *Staphylococcus aureus*'tur. *Streptococcus*, diğer anaeroblar ve *Pseudomonas aeruginosa* da seyrek patojenler olarak rapor edilmiştir. *Hemofilus influenza* daha sık pediatrik hastalarda görülür.^[3,11,24,25] Bizim olgumuzda ameliyat sonrası dördüncü ayda septal apse oluştu. Yaptığımız incelemede ameliyat sonrası bu kadar geç dönemde oluşan septal apseye rastlamadık.

Sonuç olarak, septoplasti ameliyatı sonrası uzun dönem takip önemlidir. Hastalara burunlarını travmatize etmemeleri, küçük şikayetlerde bile doktorlarına başvurmaları söylenmelidir. Tedavide gecikme geri dönüşümü olmayan fonksiyonel ve kozmetik sorunlara; hatta hayatı tehlikeye varacak komplikasyonlara yol açabilir.

Çıkar çakışması beyanı

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansman

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Ambrus PS, Eavey RD, Baker AS, Wilson WR, Kelly JH. Management of nasal septal abscess. *Laryngoscope* 1981;91:575-82.
2. Adnane C, Adouly T, Taali L, Belfaquir L, Rouadi S, Abada R, et al. Unusual spontaneous nasal septal abscess. *J Case Rep Stud* 2015;3:302.
3. Kryger H, Dommerby H. Haematoma and abscess of the nasal septum. *Clin Otolaryngol Allied Sci* 1987;12:125-9.
4. Kınış V, Özbay M. Nasal septal abscess. *J Clin Exp Invest* 2010;1:117-8.
5. da Silva M, Helman J, Eliachar I, Joachims HZ. Nasal septal abscess of dental origin. *Arch Otolaryngol* 1982;108:380-1.
6. Dispenza C, Saraniti C, Dispenza F, Caramanna C, Salzano FA. Management of nasal septal abscess in childhood: our experience. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2004;68:1417-21.
7. Shah SB, Murr AH, Lee KC. Nontraumatic nasal septal abscesses in the immunocompromised: etiology, recognition, treatment, and sequelae. *Am J Rhinol* 2000;14:39-43.
8. Walker R, Gardner L, Sindwani R. Fungal nasal septal abscess in the immunocompromised patient. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2007;136:506-7.
9. Dinis PB, Haider H. Septoplasty: long-term evaluation of results. *Am J Otolaryngol*. 2002;23:85-90.
10. Bloom JD, Kaplan SE, Bleier BS, Goldstein SA. Septoplasty complications: avoidance and management. *Otolaryngol Clin North Am* 2009;42:463-81.
11. Schwab JA, Pirsig W. Complications of septal surgery. *Facial Plast Surg* 1997;13:3-14.
12. Muhammad IA, Nabil-ur Rahman. Complications of the surgery for deviated nasal septum. *J Coll Physicians Surg Pak* 2003;13:565-8.
13. Şapçı T. Nazal septum hastalıkları. In: Koç C, editör. *Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş Boyun Cerrahisi*. 1. Baskı. Ankara: Güneş Kitapevi; 2004. s. 537-49.
14. Matsuba HM, Thawley SE. Nasal septal abscess: unusual causes, complications, treatment, and sequelae. *Ann Plast Surg* 1986;16:161-6.
15. Huang PH, Chiang YC, Yang TH, Chao PZ, Lee FP. Nasal septal abscess. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2006;135:335-6.
16. Ostfeld E, Segal J, Segal A, Bogokovski B. Bacterial colonization of the nose and external ear canal in newborn infants. *Isr J Med Sci* 1983;19:1046-9.
17. Cruse P. Surgical infection: incisional wounds. In: Bennett JV, Brachman PS, editors. *Hospital Infections*. Boston: Toronto: Little, Brown and Co.; 1986. p. 423-36.
18. Mäkitie A, Aaltonen LM, Hytönen M, Malmberg H. Postoperative infection following nasal septoplasty. *Acta Otolaryngol Suppl* 2000;543:165-6.
19. Yanagisawa E, Ho SY. Unintended middle turbinectomy during septoplasty. *Ear Nose Throat J* 1998;77:368-9.
20. Caniello M, Passerotti GH, Goto EY, Voegels RL, Butugan O. Antibiotics in septoplasty: is it necessary? *Braz J Otorhinolaryngol* 2005;71:734-8.
21. Mermer H, Güven M, Yılmaz MS, Karabay O, Kaymaz R, Yeniay M. Postoperative use of antibiotics in septoplasty cases: is it really necessary?. [Article in Turkish] *Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg* 2014;24:17-20.
22. Rechtweg JS, Paolini RV, Belmont MJ, Wax MK. Postoperative antibiotic use of septoplasty: a survey of practice habits of the membership of the American Rhinologic Society. *Am J Rhinol* 2001;15:315-20.
23. Alvarez H, Osorio J, De Diego JI, Prim MP, De La Torre C, Gavilan J. Sequelae after nasal septum injuries in children. *Auris Nasus Larynx* 2000;27:339-42.
24. Rudolph R. Pseudomonas infection in the postoperative nasal septum. *Plast Reconstr Surg* 1982;70:87-90.
25. Fry HJ. The pathology and treatment of haematoma of the nasal septum. *Br J Plast Surg* 1969;22:331-5.