



Penatalaksanaan Septum Deviasi

Baluqia Iskandar Putri^{1*}

¹Bagian Ilmu Kesehatan THT-KL, Fakultas Kedokteran Universitas Malikussaleh, Lhokseumawe, 24351, Indonesia

*Corresponding Author : baluqiaiskandar@unimal.ac.id

Abstrak

Septum deviasi adalah suatu kondisi dimana terjadi peralihan posisi septum nasi dan merupakan kelainan anatomi hidung yang paling banyak ditemukan. Pada keadaan berat yang dapat menyebabkan gangguan fungsi dan bentuk hidung, kelainan tersebut perlu koreksi. Penatalaksanaan septum deviasi sering menggunakan teknik septoplasti. Namun, dengan berkembangnya ilmu, septoplasti dapat digunakan bersama dengan endoskopi. Hal tersebut memudahkan ahli bedah untuk mengoreksi kelainan septum karena visualisasi menjadi lebih baik sehingga dapat mengurangi komplikasi dari septoplasti.

Kata Kunci : Septum deviasi, septoplasti, septoplasti endoskopi

Abstract

A deviated septum is a condition with a transition of the nasal septum position and the most common anatomical abnormalities of the nose. In severe conditions that can make disruption of the function and shape of the nose, the abnormality needs correction. Treatment of septum deviation uses many techniques of septoplasty. Nowadays with the development of science, septoplasty can be used with endoscopy. This allows the surgeon to correct septal abnormalities because the visualization is better so as to reduce the complications of septoplasty.

Keywords : Deviated septum, septoplasty, endoscopic septoplasty

Pendahuluan

Septum deviasi adalah suatu kondisi dimana posisi septum hidung berubah dari posisi normalnya. Pada kondisi ringan tidak mengganggu, namun pada kondisi deviasi berat dapat menyebabkan salah satu kavum nasi sempit sehingga mempengaruhi fungsi, dan bentuk hidung. Kondisi tersebut juga menimbulkan komplikasi sehingga harus dilakukan koreksi (1,2).

Trauma merupakan etiologi yang sering ditemukan. Hal ini dapat dialami setelah lahir seperti karena kecelakaan, cedera olahraga dan penyerangan dimana rasio



berdasarkan jenis kelamin pria dan wanita adalah 2:1. Septum deviasi juga dapat terjadi saat partus bahkan pada masa janin intrauterin. Pada neonatus, prevalensi deviasi septum dapat bervariasi dari 1,45% sampai 6,3%. Sebuah studi menganalisis prevalensi deviasi septum pada bayi baru lahir dan menemukan 22% pada anak-anak yang dilahirkan secara pervaginam, sementara kelahiran dari operasi *caesar* hanya 4% (2,3).

Septoplasti merupakan salah satu cara untuk memperbaiki kelainan septum, salah satunya septum deviasi. Pada akhir abad 19, ditemukan operasi Bosworth untuk memperbaiki septum deviasi yaitu dengan memotong deviasi beserta mukosanya. Asch (1899) menyarankan untuk melakukan insisi yang tebal sampai kartilago septum. Tak lama kemudian, Killian dan Freer memperkenalkan sebuah teknik yang dikenal dengan reseksi submukosa yang masih digunakan sampai saat ini. Kemudian Cottle (1948) menggambarkan reseksi konservatif tulang rawan septum yang deviasi. Komplikasi reseksi tulang rawan yang signifikan dan prosedur reseksi submukosa seperti perforasi septum dan *saddle nose* ditemukan sehingga pendekatan konservatif akhirnya mendapatkan popularitas. Kemajuan dalam bidang endoskopi berdampak besar pada perkembangan septoplasti. Septoplasti endoskopi meningkatkan ketepatan target dengan visualisasi maksimal dan mengurangi komplikasi yang disebabkan septoplasti. Prepageran *et al* memperkenalkan septoplasti endoskopi dengan menggunakan teknik *open book* (4,5,6).

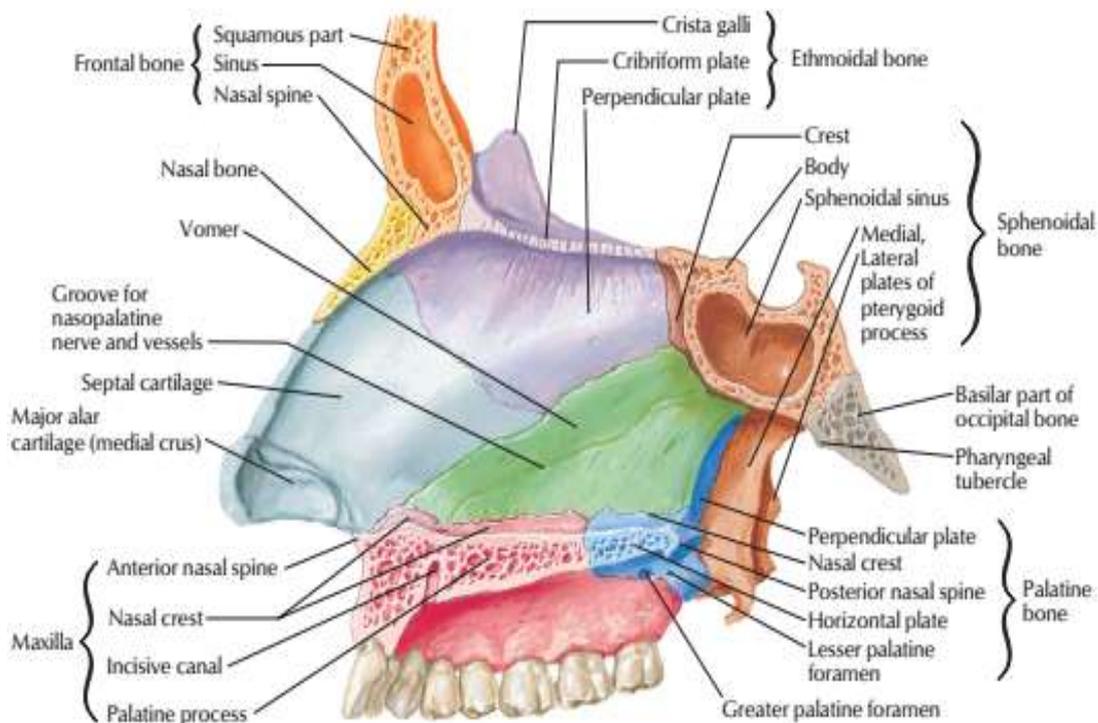
Pembahasan

1) Anatomi

Septum nasi merupakan dinding medial dari cavum nasi yang terbentuk dari tulang dan kartilago. Lamina perpendikularis os etmoid, kartilago septum (kuadrilateral), premaksila, kolumela membranosa, os vomer, krista maksila, krista palatina serta krista sfenoid membentuk septum (7).

Penatalaksanaan Septum Deviasi
(Baluqia Iskandar Putri)

GALENICAL Volume 2 Nomor 1. Bulan Februari, Tahun 2023. Hal. 1-12



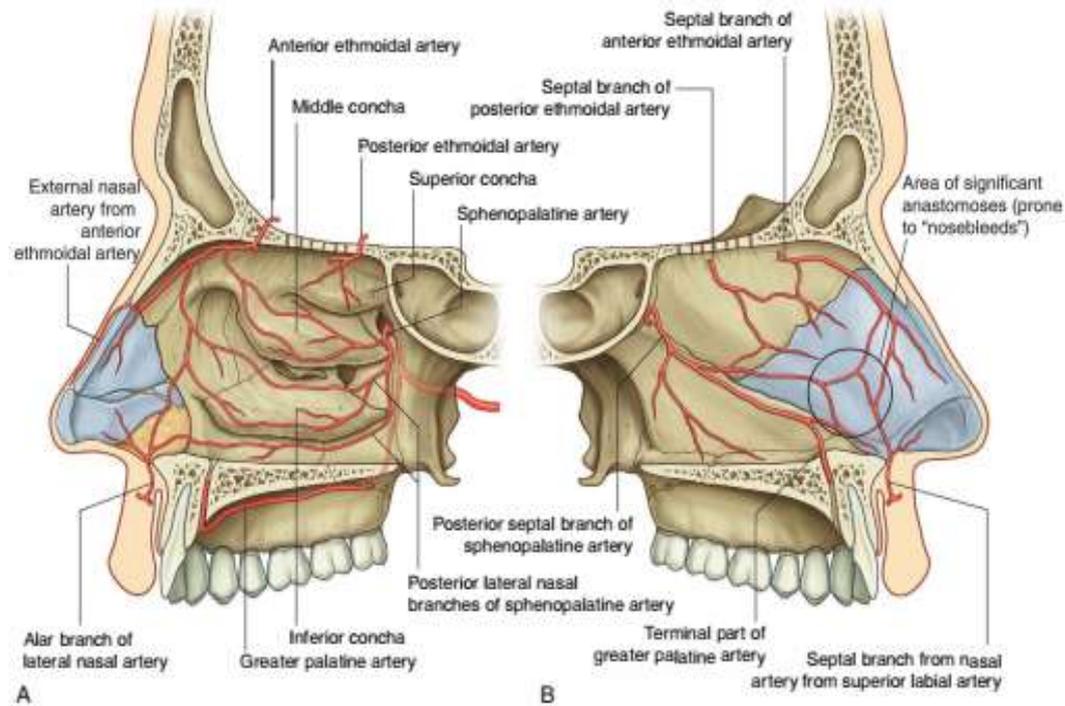
Gambar 1. Septum Nasi (8)

Saat dilahirkan, septum hampir seluruhnya terdiri dari tulang rawan, kecuali vomer dan kedua premaksila beserta prosesusnya. Vomer tumbuh secara bilateral di kedua sisi tulang rawan septum dan berasal dari sepasang inti tulang yang sudah ada sejak usia janin tiga bulan. Sepasang lempengan vomer tersebut menyatu dari belakang kemudian tumbuh ke depan menjepit tulang rawan dan pertumbuhan selesai pada umur 15 tahun. Perkembangan premaksila sejalan dengan vomer sampai anak berumur 6 tahun, kemudian premaksila berkembang dengan cepat. Os etmoid mulai menulang sejak umur 1 tahun dan berakhir pada usia 17 tahun (2).

Pada bagian depan septum terdapat percabangan arteri sfenopalatina, arteri etmoid anterior, arteri labialis superior dan arteri palatina mayor, *Plexus Kiesselbach* atau *Little's area*. Vena yang terdapat pada kavum nasi berjalan berdampingan dan nama yang sama dengan arterinya (7).

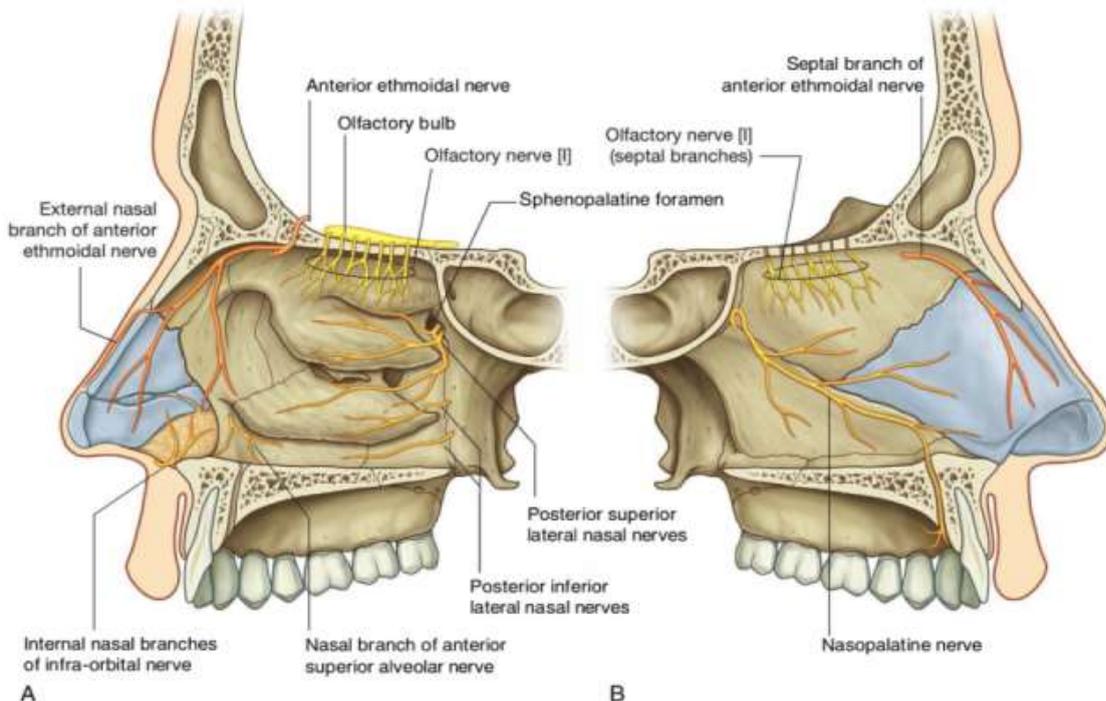
Penatalaksanaan Septum Deviasi
(Baluqia Iskandar Putri)

GALENICAL Volume 2 Nomor 1. Bulan Februari, Tahun 2023. Hal. 1-12



Gambar 2. Perdarahan A. Dinding Lateral Kavum Nasi; B. Septum Nasi (9)

Nervus Olfaktorius turun melalui lamina kribosa dari permukaan bawah bulbus olfaktorius dan kemudian berakhir pada sel-sel reseptor penghidu pada mukosa olfaktorius di daerah sepertiga atas hidung (9).



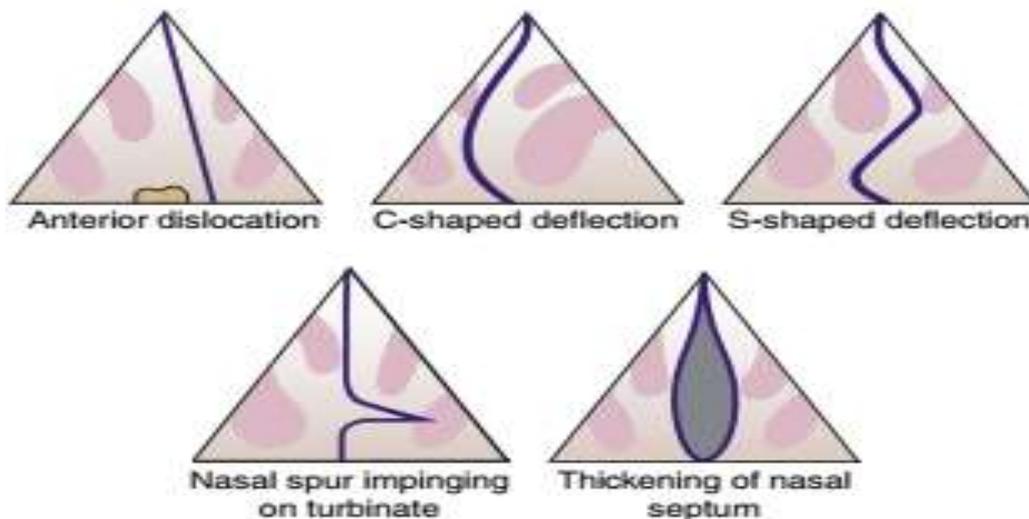
Gambar 3. Persarafan A. Dinding Lateral Kavum Nasi ; B. Septum Nasi (9)

2) Defenisi

Septum deviasi adalah suatu kondisi dimana posisi septum hidung berubah dari posisi normalnya (1).

Klasifikasi septum deviasi terdiri dari : (10)

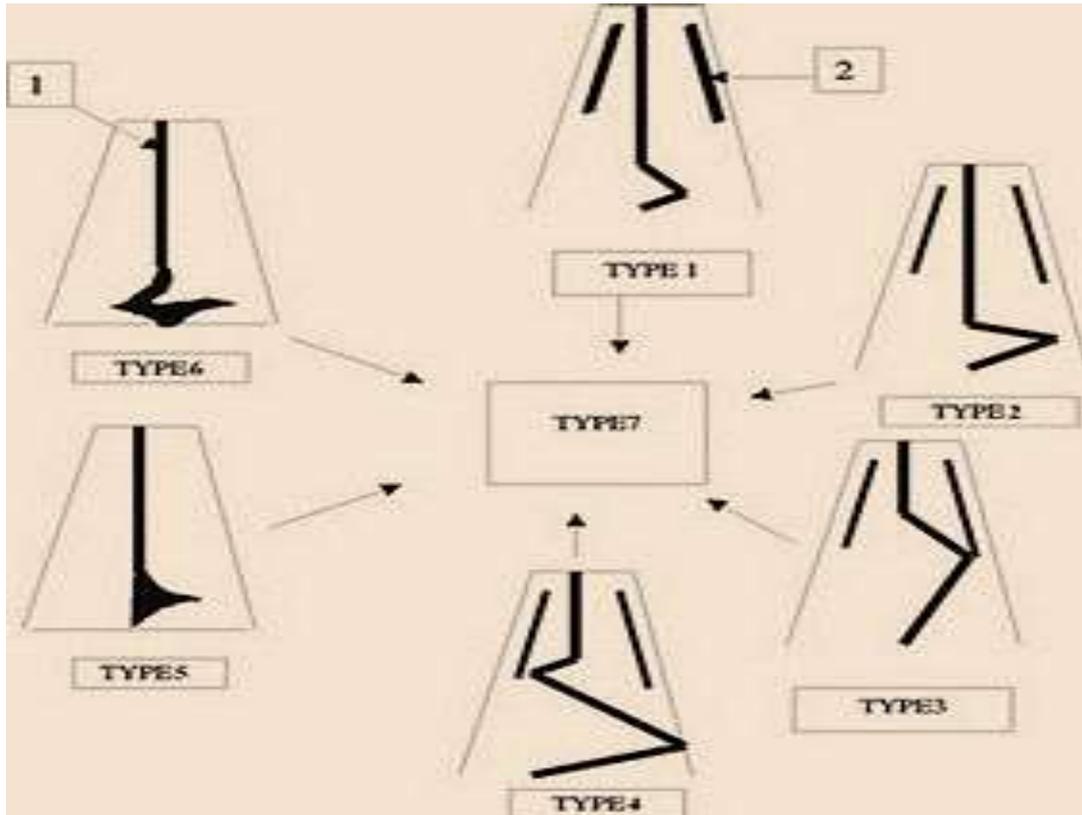
1. Dislokasi anterior
2. Septum bentuk "C"
3. Septum bentuk "S"
4. Deviasi yang menyentuh konka (*spur*)
5. Penebalan septum nasi



Gambar 4. Klasifikasi Septum Deviasi (10)

Mladina mengklasifikasikan septum deviasi berdasarkan letak deviasi, yaitu: ¹¹

1. Tipe I : Deviasi unilateral yang belum mengganggu aliran udara.
2. Tipe II : Deviasi unilateral yang sudah mengganggu aliran udara namun masih belum menunjukkan gejala klinis yang bermakna.
3. Tipe III : Deviasi pada konka media / area osteomeatal.
4. Tipe IV : Disebut tipe S atau C dimana septum bagian posterior dan anterior berada pada sisi yang berbeda.
5. Tipe V : Tonjolan besar unilateral pada dasar septum, sementara di sisi lain masih normal.
6. Tipe VI : Tipe V ditambah sulkus unilateral dari kaudal-ventral, sehingga menunjukkan rongga yang asimetris.
7. Tipe VII : Kombinasi lebih dari satu tipe, yaitu tipe I tipe VI



Gambar 5. Klasifikasi Septum Deviasi menurut Mladina (11)

3) Etiologi

Trauma merupakan penyebab yang sering ditemukan, dapat terjadi setelah lahir seperti karena kecelakaan, cedera olahraga dan penyerangan. Septum deviasi juga dapat terjadi saat partus bahkan pada masa janin intrauterin. Teori *birth moulding* ditemukan oleh Gray (1972) karena terdapat pasien septum deviasi tanpa riwayat trauma. Pergeseran septum dapat terjadi intra uterin yang akibat posisi intra uterin tidak normal sehingga menekan hidung dan rahang atas. Demikian pula tekanan torsi pada hidung saat kelahiran dapat menambah trauma pada septum. Pada neonatus, prevalensi deviasi septum dapat bervariasi dari 1,45% sampai 6,3%. Sebuah menganalisis prevalensi deviasi septum pada bayi baru lahir dan menemukan bahwa hal itu dapat setinggi 22% pada anak-anak yang dilahirkan secara vagina, sementara kelahiran dari operasi *caesar* hanya 4%. Trauma pada septum dari kelahiran vagina disarankan untuk menjadi penyebab umum septum deviasi. Penyebab lainnya ialah pertumbuhan yang tidak seimbang dimana meskipun batas superior dan inferior telah menetap namun tulang rawan septum terus tumbuh (1,2,3).

4) Gejala Klinis

Sumbatan hidung merupakan gejala yang sering ditemukan. Sumbatan dapat unilateral maupun bilateral. Hal ini disebabkan terdapat konka hipotropi pada sisi deviasi dan sisi sebelahnya mengalami hipertropi konka sebagai mekanisme kompensasi. Keluhan lain seperti cephalgia, epistaksis, sekret, dan anosmia jika deviasi pada bagian atas septum. Pada kondisi deviasi yang menyumbat ostium sinus, maka dapat menyebabkan sinusitis (1,7).

5) Diagnosis

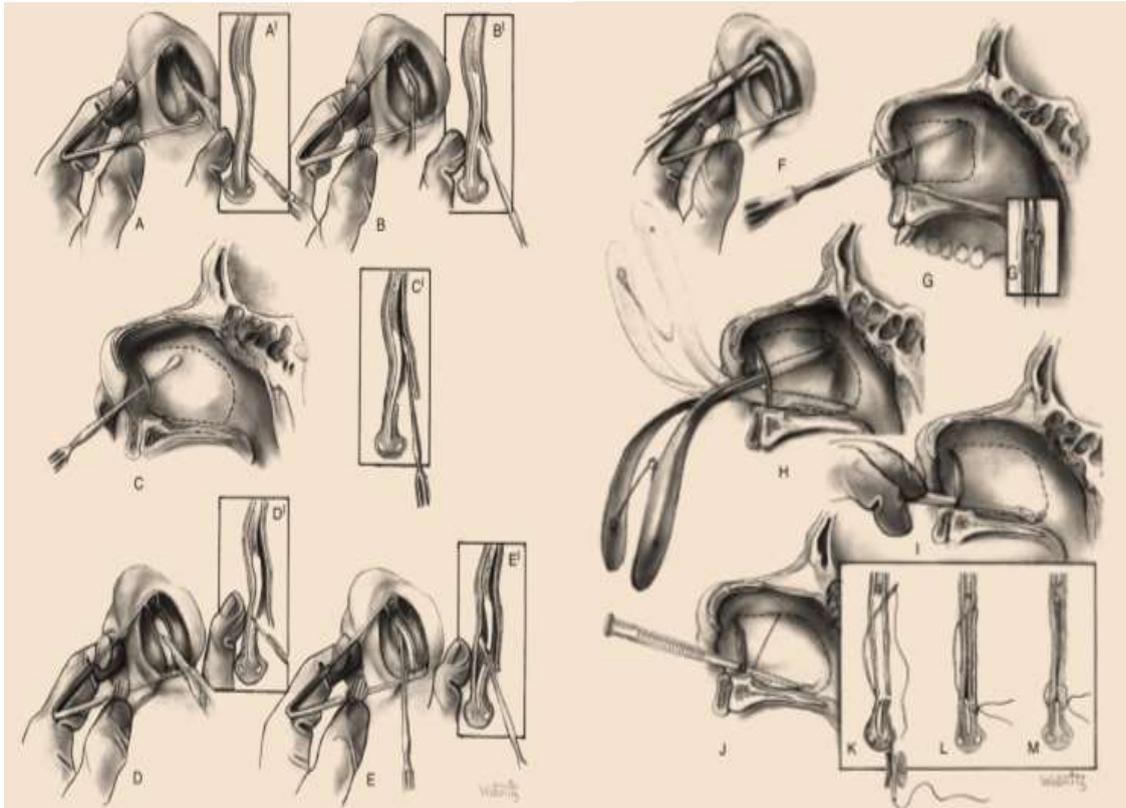
Diagnosis septum deviasi ditegakkan dengan anamnesis yang baik, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang yang tepat. Dari anamnesis didapatkan gejala hidung tersumbat, sekret hidung, sakit kepala, penciuman berkurang dan epistaksis. Dari pemeriksaan fisik dapat dinilai bentuk hidung yang asimetris, dari rinoskopi anterior dapat dinilai penonjolan dari septum. Deviasi dapat berada pada bagian kaudal sehingga disarankan melihat vestibulum nasi tanpa spekulum. Deviasi dan robekan mukosa bagian posterior dinilai dengan nasoendoskopi. Sumbatan hidung dievaluasi dengan *nasal inspiratory flow meter*, rinomanometri, dan rinometri akustik. Foto polos sinus paranasal atau *CT-Scan* merupakan pemeriksaan radiologi pada septum deviasi (2,7).

6) Penatalaksanaan

Pemberian dekongestan topikal diberikan untuk meredakan inflamasi dari mukosa, terutama dari septum bagian anterior dan konka inferior. Septoplasti dan reseksi submukosa merupakan tindakan yang digunakan untuk memperbaiki septum deviasi.

a) Reseksi Submukosa

Pada tindakan reseksi mukosa, mukoperikondrium dan mukoperiosteum kedua sisi dilepaskan dari tulang rawan dan tulang septum. Bagian tulang atau tulang rawan diangkat, sehingga mukoperikondrium dan mukoperiosteum sisi kiri dan kanan bertemu di garis tengah. Hidung pelana (*saddle nose*) merupakan komplikasi yang dapat terjadi ketika terlalu banyak bagian atas tulang rawan septum diangkat. Sebaiknya dalam mengangkat septum deviasi menyisakan septum $\pm 0,5$ cm – 1 cm dari tip hidung untuk menghindari *saddle nose* (1,13).

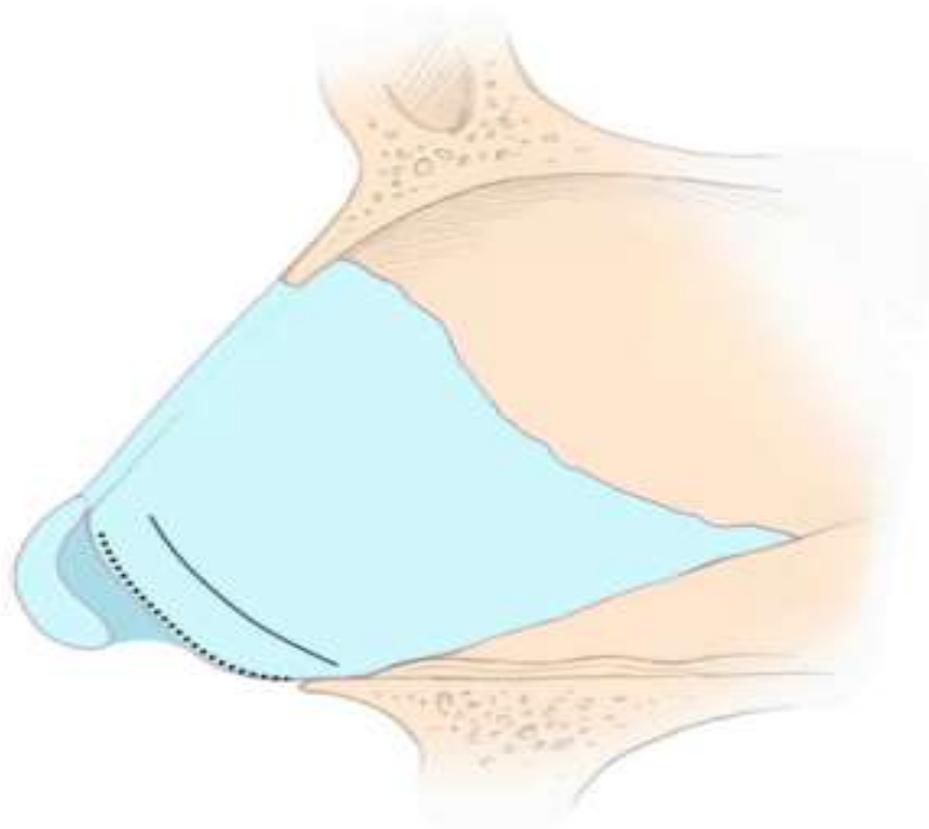


Gambar 6. Reseksi Sub Mukosa (14)

b) Septoplasti

Septoplasti menurut Geek adalah membentuk kembali atau membentuk septum. Beberapa teknik septoplasti antara lain septoplasti tradisional atau konvensional, septoplasti endoskopi dan teknik *open book septoplasty* yang diperkenalkan Prepageran (5,6).

Pendekatan insisi yang dapat dilakukan pada septoplasti adalah insisi Killian, insisi hemitransfiksi bahkan pendekatan Rinoplasti Eksternal. Insisi yang paling umum digunakan untuk septoplasti hidung adalah hemitransfiksi. Teknik ini menggunakan unilateral insisi mukosa yang mencakup aspek kaudal septum untuk paparan bedah yang luas (2).



Gambar 7. Insisi pada Septoplasti (Garis Putus-Putus) (1)

Septoplasti diindikasikan pada septum deviasi yang menyebabkan sumbatan hidung unilateral atau bilateral, epistaksis persisten atau berulang, sakit kepala akibat kontak konka dengan deviasi, serta peningkatan akses ke kompleks osteomeatal pada operasi sinus (10).

i. Septoplasti Konvensional

Konsep septoplasti konvensional dikenalkan oleh Cottle pada tahun 1963 yang terdiri dari enam tahap yaitu mukosa periostium dan perikondrium dilepaskan dari kedua sisi septum, memperbaiki daerah patologis, membuang daerah patologis, membentuk tulang dan tulang rawan yang dibuang, rekonstruksi dan fiksasi septum (15).

ii. Septoplasti Endoskopi

Septoplasti endoskopi diperkenalkan oleh Giles, dkk pada tahun 1994. Pada teknik ini dilakukan insisi pada bagian kaudal septum, diseksi mukoperikondrium dan mukoperiosteum sampai area tulang yang deviasi kemudian dielevasi secara melingkar sekitar tulang deviasi dan setelah itu dilakukan reseksi tulang (3,14). Septoplasti dengan pendekatan endoskopi dilakukan untuk mendapatkan

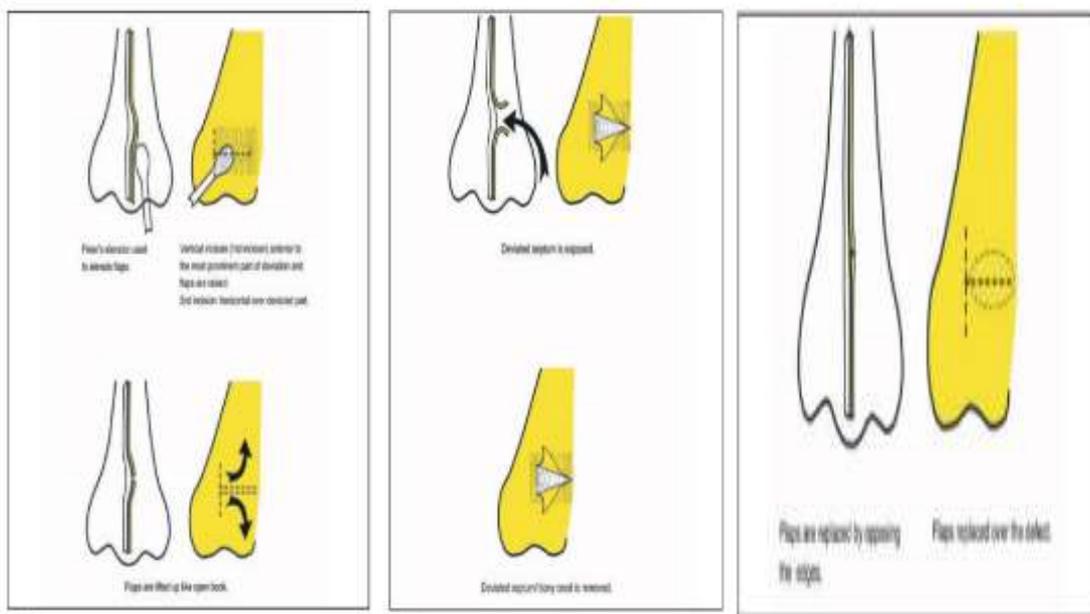
**Penatalaksanaan Septum Deviasi
(Baluqia Iskandar Putri)**

GALENICAL Volume 2 Nomor 1. Bulan Februari, Tahun 2023. Hal. 1-12

visualisasi yang lebih baik sehingga dapat mencegah berbagai komplikasi dan digunakan pada kasus dengan septum deviasi bagian posterior serta adanya kontak dengan bagian dinding lateral kavum nasi. Metode ini juga berguna untuk proses edukasi dimana peserta didik dapat melihat proses operasi dari monitor (5,15).

iii. Septoplasti Endoskopi Metode *Open Book*

Pendekatan ini diperkenalkan oleh Prepageran et al, dimana insisi dilakukan langsung pada area deviasi dengan visualisasi maksimum sehingga diharapkan dapat mengurangi kemungkinan trauma mukosa dan perforasi (6).



Gambar 8. Septoplasti Endoskopi dengan Metode *Open Book* (6)

7) Komplikasi

Septum deviasi dapat membuat kavum nasi menjadi sempit sehingga terbentuk polip nasi. Selain itu dapat menyebabkan sinusitis akibat dari deviasi yang menyumbat ostium sinus. Sedangkan komplikasi *post-operasi*, diantaranya :

i. Hematoma Septum

Pembuluh darah submukosa pecah, sehingga terjadi penumpukan darah. Hal ini umumnya terjadi segera setelah operasi (2).

ii. Perforasi Septum

Terbentuknya rongga yang menghubungkan kedua sisi hidung yang disebabkan trauma kedua sisi membran di hidung selama operasi (2).

- iii. Epistaksis
Terjadi akibat insisi pada hidung atau berasal dari perdarahan membran mukosa (4).
- iv. *Saddle Nose*
Terjadi ketika terlalu banyak kartilago septum yang diangkat dari dalam hidung (2).
- v. Abses Septum
Yaitu pus yang terkumpul di antara tulang rawan dengan mukoperikondrium atau tulang septum dengan mukoperiosteum yang melapisinya. Hal ini jarang terjadi namun menjadi salah satu komplikasi paska *septoplasty* (2).

Kesimpulan

Septum deviasi adalah kondisi terjadinya peralihan posisi septum nasi terhadap posisi normal yang disebabkan banyak faktor seperti saat janin, saat lahir, dan setelah lahir. Septoplasti merupakan tatalaksana pada septum deviasi, baik secara konvensional maupun dengan endoskopi. Septoplasti endoskopi meningkatkan ketepatan target operasi dengan visualisasi maksimal sehingga dapat mengurangi komplikasi yang terjadi akibat septoplasti.

Daftar Pustaka

1. Nizar NW, Mangunkusumo E. Kelainan Septum. dalam: Buku Ajar Ilmu Penyakit Telinga Hidung Tenggorok. Edisi 7. Jakarta: Balai Penerbit FK UI; 2012. Hal :104-105
2. Hwang PH, Abdalkhani A. Embryology, Anatomy and Physiology of the Nose and Paranasal Sinus. In: Snow JB, Wackym PA, editors. Ballenger's Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery. Centennial Edition. Ontario: BC Decker Inc. 2009. Hal: 455-460
3. Aziz T, Biron VL, Ansari K, Flores-Mir C. Measurement Tools for the Diagnosis of Nasal Septal Deviation: A Systemic Review. *Journal of Otolaryngology Head and Neck Surgery*. 2014;43(1):11
4. Fettman N, Sanford T, Sindwani R. Surgical Management of the Deviated Septum Techniques in Septoplasty. 2009; 42(2):241-252
5. Pons Y, Champagne C, Genestier L, de Regloix SB. Endoscopic Septoplasty: Tips and Pearls. *European Annals of Otorhinolaryngology Head and Neck Disease*. 2015;132(6):353-356
6. Prepageran N, Lingham OR. Endoscopic Septoplasty: The Open Book Method. *Indian Journal Otolaryngology Head and Neck Surgery*. 2010; 62(3):310–312
7. Gehani CN, Houser SM. Septoplasty, Turbinate Reduction, and Correction of Nasal Obstruction. In: Johnson JT, Rosen CA, editors. *Baileys's Head and Neck Surgery Otolaryngology*. 5th Ed. 1st Vol. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014. p.611-620

**Penatalaksanaan Septum Deviasi
(Balugia Iskandar Putri)**

GALENICAL Volume 2 Nomor 1. Bulan Februari, Tahun 2023. Hal. 1-12

8. Netter FH. Atlas of Human Anatomy. 6th Ed. Philadelphia: Elsevier, 2014. p:42-45
9. Drake RL, Vogl AW, Mitchell A, Tibbits R, Richardson P. Gray's Atlas of Anatomy. 3rd Ed. Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier, 2013, p.1069-1086
10. Dhingra PL, Dhingra S, Dhingra D. Diseases of Ear, Nose and Throat & Head and Neck Surgery. 7th Ed. New Delhi: Elsevier. 2018. 165-170
11. Teixeira J, Certal V, Chang ET, Camacho M. Nasal Septal Deviations: A Systematic Review of Classification System. Plastic Surgery International. 2016;1-8
12. Sripraksah V. Prevalence and Clinical Features of Nasal Septum Deviation: a Study in Urban Centre. Indian Journals of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery. 2017;3(4):842-844
13. Kridel R, O'Brien AS. Nasal Septum In: Flint PW, Haughey BH, Lund V, Niparko JK, Robbin KT, Thomas JR, Lesperance MM, editors. Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery. 6th Ed. Philadelphia: Elsevier. 2015.p.474-492
14. Lore JM, Medina JE. The Nose and the Nasopharynx In: Lore JM, Medina JE, editors. An Atlas of head and neck surgery 4th Ed. New York: Elsevier Saunders. 2005. p.300-303
15. Jain L, Jain M, Chauhan AN, Harshwardan R. Conventional Septoplasty Verses Endoscopic Septoplasty: A Comparative Study. People's Journal of Scientific Research. 2011;4(2):24-28