

**ABSES BEZOLD YANG MELUAS MENJADI  
ABSES SUBMANDIBULA BILATERAL  
PASCA MASTOIDEKTOMI RADIKAL  
(Laporan Kasus)**

Iskandar Zulkarnain, Soeprijadi

Dep/SMF Ilmu Kesehatan Telinga Hidung Tenggorok  
Bedah Kepala dan Leher  
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga-RSUD Dr. Soetomo Surabaya

**PENDAHULUAN**

Abses Bezold merupakan penyebaran abses mastoid ke daerah leher akibat komplikasi yang sangat jarang dari otitis media atau mastoiditis. Salah satu penyebab mastoiditis adalah kelainan kronik telinga tengah seperti kolesteatoma dan jaringan granulasi. Mastoiditis dapat menjadi sumber penyebaran infeksi ke daerah leher bila terdapat destruksi pada mastoid, sehingga membentuk jalur ke luar telinga melalui otot-otot leher. Kasus ini pertama kali dilaporkan pada tahun 1881 oleh Friedrich Bezold yang menemukannya pada kadaver..<sup>1-3</sup>

Pada abses Bezold, proses infeksi dan inflamasi mastoid seperti akibat jaringan patologis (granulasi, kolesteatoma) dapat menyebabkan nekrosis pada tip mastoid, sehingga pus dapat mengalir dari bagian medial prosesus mastoid ke incisura digastrika (incisura mastoid). Pus tertahan otot-otot leher untuk tidak meluas ke arah superfisial, namun dapat membuat jalur ke arah otot digastrikus atau otot sternokleidomastoideus. Abses Bezold dapat menyebar sampai ruang servikal posterior dan

perivertebra, dapat meluas ke ruang karotis, prevertebra, *danger's space*, hingga ke mediastinum atau dasar tengkorak.<sup>2,3</sup>

Otot-otot ternokleidomastoideus dan ruang submandibula dapat terhubung satu sama lain karena keduanya berada di lapisan superfisial fascia servikalis profunda, sehingga infeksi bisa menyebar melalui hubungan tersebut. Riwayat tindakan mastoidektomi sebelumnya juga berperan menyebabkan destruksi tulang akibat adanya penipisan tulang mastoid dan juga pembersihan jaringan patologis yang tidak adekuat.<sup>4-6</sup>

Seiring perkembangan antibiotik, kasus abses Bezold semakin jarang terjadi dan seringkali terabaikan dalam diagnosis banding. Dalam literatur hanya dilaporkan sekitar 30 kasus antara tahun 1996 sampai 2006 di Amerika Serikat. Kuman penyebabnya yaitu *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *staphylococcus aureus*, *Proteus*, *Escheria Coli*, dan *Pseudomonas*.<sup>7-10</sup>

Tanda dan gejala klinis yang sering dijumpai pada abses Bezold

adalah pembengkakan daerah belakang telinga sampai leher, demam, otalgia, otore, sukar menggerakkan leher, paralisis fasialis, dan hipoakusia. Pemeriksaan penunjang seperti CT scan sangat penting dalam menegakkan diagnosis yang dapat mengidentifikasi kumpulan pus dan batas-batas abses di daerah leher serta keterlibatan mastoid. Manajemen terapi kasus ini adalah drainase abses yang adekuat, pemberian antibiotik spektrum luas, dan eradikasi sumber infeksi di telinga tengah atau mastoid.<sup>11-14</sup>

Tujuan penulisan makalah ini adalah melaporkan kasus abses Bezold yang meluas menjadi abses submandibula bilateral serta penatalaksanaannya.

#### LAPORAN KASUS

Ny. S, 58 tahun (gbr.1A), datang ke instalasi gawat darurat bagian THT-KL RSUD Dr. Soetomo

(13 Desember 2010) yang dirujuk dari rumah sakit Siti Khotijah Sidoarjo, dengan keluhan bengkak pipi kiri dan kanan yang meluas ke kedua sisi leher 3 hari sebelumnya. Diawali nyeri di belakang telinga kiri diikuti bengkak di belakang telinga kiri 7 hari sebelumnya. Pasien susah makan karena nyeri menelan, ada riwayat demam dan dirawat selama 5 hari di rumah sakit Siti Khotijah. Dua hari sebelum datang ke rumah sakit Dr. Soetomo, (11 Des 2010) dilakukan operasi (insisi), namun bengkak tidak berkurang dan bertambah berat. Riwayat telinga kiri sering berair dan nyeri yang muncul hilang timbul. Terdapat riwayat operasi di telinga kiri pada tahun 1980 (30 tahun yang lalu) karena telinga berair dan riwayat pendengaran menurun pada telinga kiri. Riwayat diabetes melitus dan hipertensi disangkal.



Gambar 1.

A.Pasien Ny. S. B. Tampak sekret dan bengkak di posterior telinga kiri. C. Bengkak pada pipi sampai leher kiri. D. Bengkak pada pipi kanan sampai leher kanan.

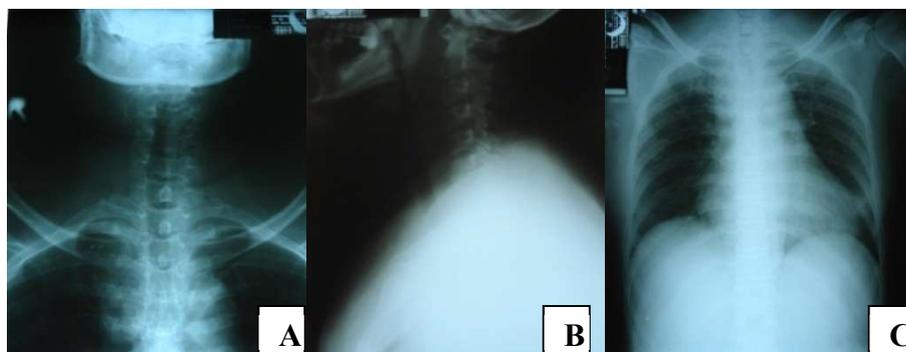
Pada pemeriksaan fisik keadaan umum lemah, tekanan darah 110/80 mmHg, Nadi 112 kali, respirasi 28 kali, dan temperature 38<sup>0</sup>C. Pada otoskopi telinga kanan tidak dijumpai kelainan dan telinga kiri didapatkan sekret mukopurulen pada meatus akustikus eksterna, terdapat jaringan granulasi, rongga mastoid yang lebar dan foetor. Di dapatkan bengkak dan hiperemis di daerah belakang telinga kiri., dan pus keluar dari bekas insisi (gbr. 1B).

Kavum nasi dekstra dan sinistra tidak tampak kelainan. Pada tenggorok didapatkan mukosa orofaring yang hiperemis dan udim, tonsil dalam batas normal, tidak tampak gigi berlubang, Didapatkan bengkak pada submandibula kiri dan kanan yang meluas ke kedua sisi leher dengan kulit hiperemis dan mengkilap, tidak ada trismus (gbr. 1C & 1D). Dilakukan punksi daerah submandibula kiri dan didapatkan pus, yang kemudian di kultur di

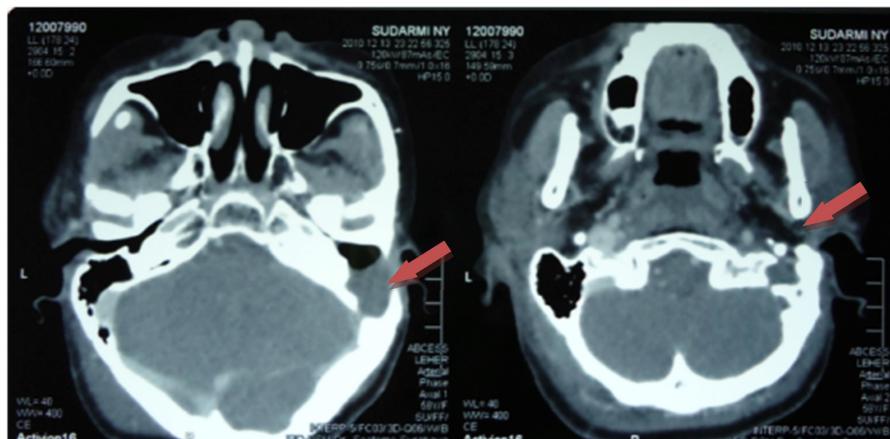
laboratorium. Pada pemeriksaan laboratorium darah lengkap didapatkan peningkatan leukosit yaitu 11.000/ul, lainnya dalam batas normal.

Pada servikal AP/lateral didapatkan kesan gambaran *soft tissue mass* di regio submandibula kanan dan kiri (gbr. 2A & B) sedangkan pada foto thoraks AP didapatkan kesan kardiomegali dan tidak ada tanda-tanda mediastinitis (gbr 2C).

Kemudian dilakukan *multi slice computed tomography scanning* (MSCT scan) dengan dan tanpa kontras. Dari hasil diskusi dengan departemen radiologi ditemukan kemungkinan fokus kelainan di mastoid (*soft tissue dengan contrast enhancement dan bony defect*) dan kesan abses di otot sternokleidomastoideus kiri. Terdapat *soft tissue swelling* di daerah submandibula kiri dan kanan (gbr 3,4).



Gambar 2. A & B. Foto servikal AP/lateral. C. Thoraks PA



Gambar 3. MSCT (axial). Didapatkan densitas yang meningkat di daerah mastoid kiri, *soft tissue enhancement* dan *bony defect* pada dinding lateral superior korteks mastoid (panah)



Gambar 4. MSCT (axial). Didapatkan kesan abses di otot sternokleidomastoideus kiri



Gambar 4. MSCT (koronal). *Soft tissue swelling* di submandibula kiri dan kanan.

Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang, maka ditegakkan suatu diagnosis abses Bezold kiri dengan abses submandibula bilateral.

Pasien direncanakan operasi insisi dan drainase abses, namun dilakukan trakeotomi terlebih dahulu (gambar 5A) untuk mengamankan jalan nafas (resiko aspirasi) setelah

(tindakan. Insisi dan drainase abses dilakukan pada tanggal 14 desember 2011 dengan anestesi general. Insisi dilakukan pada tiga tempat yaitu, retroaurikula kiri, submandibula kiri dan submandibula kanan, serta di dapatkan pus sebanyak  $\pm 75$  cc dengan gas gangren. Dilakukan pemasangan drain (gbr. 5 & 6).



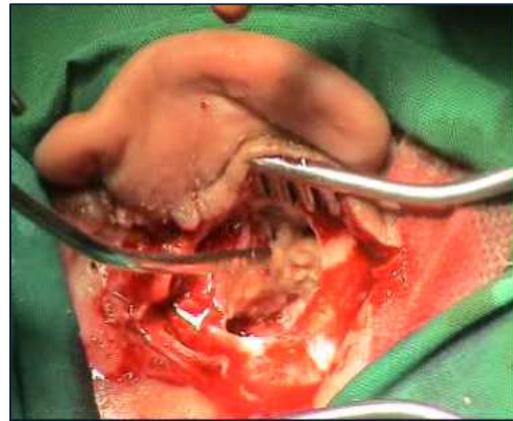
Gambar 5. A. Dilakukan trakeotomi . B. Insisi Abses di submandibula kiri.



Gambar 6. A. Pemasangan drain di submandibula kiri dan leher kiri. B. Drain di submandibula kanan. C. Drain di retroaurikula kiri.

Pasca operasi pasien dalam posisi Trendelenburg, dengan terapi ceftriaxone 2x1 gram, metronidazole drip 3 x 500 mg, kerolorac 3 x 30 mg. Evaluasi 10 hari pasca operasi bengkak di daerah leher berkurang, sekret pus berangsur menghilang, pasien dapat makan dan minum seperti biasa. Dari hasil kultur dan sensitivitas ditemukan kuman *proteus mirabilis*, yang sensitif dengan ceftriaxone.

Kondisi pasien terus dioptimalkan untuk rencana eradikasi sumber infeksi di daerah mastoid dengan mastoidektomi revisi. Mastoidektomi revisi dilakukan pada tanggal 3 januari 2011, dengan pendapatan intraoperatif yaitu pada mastoid tampak kavitas yang terisi kolesteatom dan jaringan granulasi, dilakukan pembersihan kolesteatom dan jaringan granulasi, dan pada evaluasi dijumpai tegmen terbuka, osikula tidak ada, kanalis semisirkularis tidak ada, nervus fasialis intact, sinus sigmoid intact (gbr. 7). Pasien keluar rumah sakit 2 minggu kemudian setelah dilakukan dikanulasi tube trakeotomi, dan saat kontrol 1 bulan pasca operasi bengkak di belakang telinga kiri dan kedua pipi sepenuhnya menghilang (gbr. 8).



Gambar 7. Mastoidektomi revisi. Ditemukan kolesteatoma dan jaringan granulasi.



Gambar 8. Kondisi pasien 1 bulan pasca insisi dan drainase abses, tampak bengkak di daerah pipi dan leher sudah menghilang.

## PEMBAHASAN

Abses Bezold yang berkembang menjadi abses leher dalam merupakan komplikasi sangat jarang dari mastoiditis akut dan diagnosis nya sering terabaikan. Kasus ini sangat jarang terjadi sejak perkembangan antibiotik. Di Boston, Amerika Serikat, pernah dilaporkan 4 kasus abses Bezold dalam waktu 3 tahun pada laporan kasus tahun 1989, dan sekitar 30 kasus dilaporkan dalam literatur sejak tahun 1996 sampai 2006. Diagnosis diregakan dari gejala dan tanda klinis serta pemeriksaan penunjang. Pada pasien ini dapat dijumpai gejala klinis abses Bezold yaitu pembengkakan di belakang telinga, nyeri telinga, otore dan foetor. Sekret atau jaringan granulasi pada liang menunjukkan adanya proses infeksi. Foetor menunjukkan adanya kolesteatoma yang sangat berperan dalam destruksi tulang mastoid, dan juga riwayat operasi mastoidektomi radikal sebelumnya berperan dalam penipisan tulang yang mempermudah destruksi. Ketiga hal tersebut dapat mempermudah terjadinya abses Bezold pada pasien ini.

Pemeriksaan penunjang seperti CT scan dan MRI diperlukan untuk menegakkan diagnosis untuk rencana penanganan penyakit. CT scan memberikan informasi mencakup batas dan luasnya abses. Pada pasien ini dilakukan CT scan yang menemukan gambaran infeksi di mastoid sinistra berupa densitas *soft tissue*, ditemukan *bony defect* yang menunjukkan destruksi tulang mastoid, dan penyebaran abses di otot sternokleidomastoideus kiri dan kanan, yang mengesankan suatu abses Bezold.

Abses Bezold juga dapat meluas ke daerah servikal posterior dan ruang perivertebralis yang terbatas oleh fascia faringobasiler dan fascia servikalis profunda, atau dapat menyebar ke ruang karotis, prevertebralis, retrofaring dan *danger's space* sehingga dapat mencapai mediastinum. Pada pasien ini terdapat abses di daerah submandibula kiri yang mungkin menyebar dari otot sternokleidomastoideus kiri melalui sisi medialnya yang dekat dengan ruang submandibula kiri (secara anatomis dapat terhubung dalam satu lapisan superficial di fascia servikalis profunda). Munculnya abses submandibula di sisi kontralateral dapat disebabkan oleh penyebaran ruang submandibula yang saling terhubung ke sisi sebelahnya melalui ruang submaksilaris, dan juga tidak ditemukan kemungkinan fokal infeksi lain (misalnya dentogen).

Penatalaksanaan abses Bezold adalah dengan insisi dan drainase daerah leher dan mastoid, pemberian antibiotik intravena spektrum luas, dan pembedahan untuk eradikasi sumber infeksi. Pada kasus ini dilakukan insisi pada tiga tempat yaitu, retroaurikular kiri, submandibula kiri dan submandibula kanan yang memberikan drainase cukup adekuat. Antibiotik intravena Ceftriaxone dan Metronidazol diberikan sebagai regimen empiris terhadap kasus abses telinga dan leher sambil menunggu hasil kultur dan sensitivitas. Hasil kultur pus 4 hari kemudian mendapatkan kuman *Proteus mirabilis*, sensitif dengan Ceftriaxone, yang sesuai dengan terapi empiris. Pada pasien ini perlu dilakukan mastoidektomi revisi

untuk menghilangkan sumber infeksi dan faktor pencetus destruksi tulang.

### **KESIMPULAN**

Dilaporkan kasus abses Bezold pada telinga kiri yang meluas ke submandibula kiri dan kanan. Ditemukan jaringan granulasi dan kolesteatom di mastoid sebagai sumber infeksi terjadinya mastoiditis akut yang menyebabkan gangguan drainase, serta riwayat

mastoidektomi radikal sebelumnya yang berperan dalam penipisan tulang, sehingga mempermudah proses destruksi tulang mastoid dan penyebaran abses ke leher dalam melalui incisura digastrika dan otot sternokleidomastoideus, kemudian ke ruang submandibula. Munculnya abses di sisi kontralateral dapat merupakan penyebaran dari sisi sebelahnya.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Harker LA. Cranial and intracranial complications of acute and chronic otitis media. In: Snow Jr JB, Ballenger JJ, eds. Balenger's otolaryngology head and neck surgery, 6<sup>th</sup> ed. Ontario: BC Decker; 2003. p.301-4
2. Johnson GD. Simple Mastoid Operation. In: Glasscock ME, Gulya AJ, eds. Glasscock-shambough surgery of the ear, 5<sup>th</sup> ed. Ontario: BC Decker; 2003. p.490-1
3. Gaffney RJ, O'Dwyer TP, Maguire AJ. Bezold's abscess. Eur Rev Med Pharmacol Sci 2010; 14: 635-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2765645>. Accessed August 6, 2011
4. Lawrence WC, Jacobs IN. Diseases of the oral cavity, oropharynx, and nasopharynx. In: Snow Jr JB, Ballenger JJ, eds. Balenger's otolaryngology head and neck surgery, 6<sup>th</sup> ed. Ontario: BC Decker; 2003. p.1035-40
5. Katz B. Signs, symptoms and treatment of Bezold's abscess. Helium 2011. Available from: <http://www.helium.com/items/2194623-signs-symptoms-and-treatment-of-bezolds-abscess>. Accessed July 20, 2011
6. Uchida Y, Ueda H, Nakashima T. Bezold's abscess arising with recurrent cholesteatoma 20 years after the first surgery: with a review of 18 cases published in japan since 1960. Auris nasus larynx 2002; 29: 375-8. Available from: <http://www.aurisnasuslarynx.com/article/S0385-8146%2802%2900057-3/abstract>. Accessed August 18, 2011
7. Chase KS. Mastoiditis in emergency medicine. Emedicine 2009. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/784176-overview#showall>. Accessed July 19, 2011
8. Bluestone CD. Suppurative complications. In: Rosenfeld RM, Bluestone CD, eds. Evidence-base otitis media, 2<sup>nd</sup> ed. London: BC Decker; 2003. p.486-90.
9. Devan PP. Middle ear, mastoiditis. Emedicine 2010. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/860860-overview#showall>. Accessed August 26, 2011.
10. Dimatos SC, Neves LR, Ramos HV, Dimatos OC. Bezold's abscess: case report and literature review. Einstein 2009. Available from: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1123-Einstein%20v7n3p369-71.pdf>. Accessed July 7, 2011
11. Ching HY, Ramsden JD, Bottrill I. A unique presentation: Bezold's abscess and glomerulonephritis. Eur J Pediatr 2006; 165: 569-70. Available from: <http://www.springerlink.com/content/h43k34w40x75g63j/>. Accessed July 7, 2011
12. Janardhan N, Peram I, Palukuri S, Chinta A, Satna K.

- Congenital cholesteatoma of temporal bone with Bezold's abscess: case report. *Indian j otolaryngol head and neck surg* 2009; 10: 226. Available from: <http://www.springerlink.com/content/y630561p2x6p3735/>. Accessed July 7, 2011.
13. Chen YL, Ng SH, Wong HF, Wong MC, Wai YY, Wan YL. Otogenic deep neck abscess: a rare complication of cholesteatoma with acute mastoiditis. *Chin J Radiol* 2002; 27: 251-6.
14. Smouha EE, Levenson MJ, Anand VK, Parisier SC. Modern presentation of Bezold's abscess. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1989; 115: 1126-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2765234>. Accessed August 6, 2011