

NYERI KEPALA SEKUNDER ET CAUSA RHINOSINUSITIS: LAPORAN KASUS

Fitriyani^{1*}, Hemas Priyayi²

¹Departemen Neurologi, Prodi Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran
Universitas Malahayati

²Prodi Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Malahayati

*)Email korespondensi : dr.fitriyani@yahoo.co.id

Abstract: Case Report of Secondary Headache ec Rhinosinusitis. Headache is a feeling of pain or discomfort in the head area with a lower border from the chin to the back of the head (occipital area and part of the nape). One case was reported at Pertamina Bintang Amin Hospital with complaints of secondary headache, rhinosinusitis ec in a man. -a 40 year old male who was diagnosed based on anamnesis and found headache from forehead to neck. physical examination of maxillary tapping pain and CT scan investigations found bilateral maxillary and ethmoidal sinusitis and bilateral nasal turbinate hypertrophy, given treatment with paracetamol and candesartan.

Keywords : Headache, Secondary headache, Rhinosinusitis

Abstrak: Laporan Kasus Nyeri Kepala Sekunder ec Rhinosinusitis. Nyeri kepala adalah rasa nyeri atau rasa tidak mengenakkan pada daerah kepala dengan batas bawah dari dagu sampai kedaerah belakang kepala (area oksipital dan sebagian daerah tengkuk). Telah dilaporkan satu kasus di Rumah Sakit Pertamina Bintang Amin dengan keluhan nyeri kepala sekunder ec rhinosinusitis pada seorang laki-laki berusia 40 tahun yang ditegakkan diagnosis nya berdasarkan anamnesis didapatkan nyeri kepala dari kening hingga leher. pemeriksaan fisik nyeri ketuk maskila dan pemeriksaan penunjang CT scan didapatkan Sinusitis maksilaris dan etmoidalis bilateral dan Hipertrofi konka nasalis bilateral, diberikan penanganan pemberian obat dengan paracetamol dan candesartan.

Kata Kunci : Nyeri kepala, Nyeri kepala sekunder, Rhinosinusitis

PENDAHULUAN

Rinosinusitis (RS) adalah suatu kondisi peradangan yang melibatkan hidung dan sinus paranasal. Secara klinik RS adalah keadaan yang terjadi sebagai manifestasi adanya peradangan yang mengenai mukosa rongga hidung dan sinus paranasal dengan terjadinya pembentukan cairan atau adanya kerusakan pada tulang di bawahnya. Penyakit ini dapat mengenai semua kelompok umur baik anak maupun dewasa. RS adalah salah satu keluhan yang paling sering dialami oleh penderita yang datang berobat ke dokter umum maupun spesialis THT. Penyakit ini cukup sering ditemukan sekitar 20% dari penderita yang datang berobat ke praktek dokter. Di Indonesia dimana penyakit infeksi saluran nafas akut masih merupakan penyakit utama kiranya kasus RS juga banyak dijumpai

meskipun belum terdiagnosis, sehingga angka kejadiannya belum jelas dan belum banyak dilaporkan (Higler, 2013).

Diagnosis RS ditegakkan berdasarkan riwayat penyakit dan gambaran klinis yang dirasakan oleh penderita serta hasil pemeriksaan THT. Oleh karena peradangan pada RS dapat ditimbulkan atau dipengaruhi berbagai faktor, anamnesis dan pemeriksaan THT perlu dilakukan dengan cermat dan teliti. Berbagai faktor dapat mempengaruhi terjadinya RS diantaranya adalah : alergi, kelainan anatomi rongga hidung, polip, gangguan mukosiliar dan lain-lain. RS seperti alergi, infeksi dan kelainan anatomi di dalam hidung memerlukan terapi yang berlainan (Osguthorpe JD dan Hadley JA, 2016).

Nyeri kepala adalah rasa nyeri atau rasa tidak mengenakkan pada daerah kepala dengan batas bawah dari dagu sampai kedaerah belakang kepala (area oksipital dan sebagian daerah tengkuk). *International Headache Society* (IHS) pada tahun 1988 telah membagi nyeri kepala menjadi dua yaitu, nyeri kepala primer dan nyeri kepala sekunder. Nyeri kepala primer adalah nyeri kepala tanpa disertai adanya penyebab struktural organik sedangkan nyeri kepala sekunder adalah nyeri kepala yang disertai penyebab struktural organik (Anindhita, 2017).

Penyebab nyeri kepala banyak sekali, meskipun kebanyakan adalah kondisi yang tidak berbahaya (terutama bila kronik dan kambuhan), namun nyeri kepala yang timbul pertama kali dan akut awas ini adalah manifestasi awal dari penyakit sistemik atau suatu proses intrakranial yang memerlukan evaluasi sistemik yang lebih teliti (Anindhita, 2017).

LAPORAN KASUS

Seorang Pria laki-laki berusia 40 tahun dengan riwayat perjalanan penyakit yaitu, datang ke poli saraf RSPBA dengan keluhan Sakit kepala hilang timbul kurang lebih satu tahun, sakit yang dirasakan seperti tertimpa, terikat tidak berdenyut. Keluhan terjadi saat pasien bangun tidur pada sore hari.

Status Neurologis didapatkan :

1. Pemeriksaan Rangsang Meningeal

Tabel 1. Hasil Pemeriksaan Rangsang Meningeal

Pemeriksaan	Kanan	Tengah	Kiri
Kaku kuduk		-	
Kernig test	-		-
Lasseque test	-		-
Brudzinski I	-		-
Brudzinski II	-		-

2. Pemeriksaan saraf kranial didapatkan :

- a. Nervus Olfaktorius (N.I)

Tabel 2. Hasil Pemeriksaan Nervus Olfaktorius (N.I)

Keadaan	Kanan	Kiri
Daya Pembau	Normal	Normal

OS sering merasakan pilek. Saat balita pria tersebut memiliki riwayat asma, riwayat cabut gigi atas bagian kanan riwayat Hipertensi. Kedua orang tua pria tersebut memiliki riwayat Hipertensi. Pria tersebut mengkonsumsi obat hipertensi. Riwayat jatuh atau trauma disangkal, penurunan kesadaran disangkal. Tidak merasakan mual dan muntah.

Status pasien. Keadaan Umum : Tampak sakit ringan, Kesadaran : Compos mentis, GCS : E₄ V₅ M₆ = 15. Tanda vital Tekanan darah : 140/80 mmHg, Nadi : 97x/menit, Pernapasan : 20x/menit, Suhu : 36,5°C, SpO₂ : 98%.

Status Generalisata. Kepala, Rambut : Normal, Pipi : nyeri perkusi (+), Mata : Konjungtiva anemis (-/-), Sklera ikterik (-/-), Telinga : Simetris, Normotia (+/+), Nyeri tekan (-/-), Nyeri tarik (-/-), Sekret (-/-) , Hidung : Deformitas (-), Nyeri tekan (-), Krepitasi (-), Deviasi septum (-), Sekret (-/-), Pernafasan cuping hidung (-), Mulut : Sudut bibir simetris, Kering (-), Sianosis (-) Lidah : Tidak terdapat deviasi. Leher, Pembesaran KGB : Tidak dilakukan pemeriksaan, Pembesaran Tiroid: Tidak dilakukan pemeriksaan.

Semua pemeriksaan pada mata dalam batas normal, telinga dalam batas normal, hidung dalam batas normal, leher dalam batas normal, dada dalam batas normal, kulit dalam batas normal.

- b. Nervus Opticus (N.II)
- Tajam Penglihatan : Normal
 - Lapang Pandang : Normal
 - Tes warna : Tidak dilakukan pemeriksaan
 - Fundus oculi : Tidak dilakukan pemeriksaan
- c. Nervus Okulomotorius (N.III), Nervus Trochlearis (N.IV) dan Nervus Abducent (N.VI)

Tabel 3. Hasil Pemeriksaan Nervus Okulomotorius (N.III), Nervus Trochlearis (N.IV) dan Nervus Abducent (N.VI).

Keadaan	Kanan	Kiri
Ptosis	-	-
Endoftalmus	-	-
Eksoftalmus	-	-
Nistagmus	-	-
Strabismus	-	-
Sensorik		
Pupil Diameter	3mm	3mm
Bentuk	Bulat	Bulat
Isokor/Anisokor	Isokor	Isokor
RCL	+	+
RCTL	+	+
Reflek Akomodasi	+	+
Motorik		
Gerakan Bola Mata	Normal	Normal

- d. Nervus Trigemini (N.V)

Tabel 4. Hasil Pemeriksaan Nervus Trigemini (N.V).

Gerak Motorik	Keadaan
Menggigit	Normal
Membuka mulut	Normal
Menutup mulut	Normal
Masesster	Normal
M. Temporalis	Normal
Gerak Sensorik	
Refleks kornea	Normal
Sensibilitas atas	Normal
Sensibilitas tengah	Normal
Sensibilitas bawah	Normal

- e. Nervus Facialis (N.VII)
- Diam : Simetris
 - Tersenyum : Simetris
 - Meringis : Simetris
 - Bersiul : Simetris
 - Tertawa : Simetris

Tabel 5. Hasil Pemeriksaan Nervus Facialis (N.VII).

Motorik	Keadaan
Mengerutkan dahi & mengangkat alis	Dapat dilakukan
Menutup Mata kuat-kuat	Simetris
Mengembungkan pipi	Dapat dilakukan
Meringis	Simetris
Sensorik	Keadaan
Pengecapan 2/3 depan lidah	Tidak Dilakukan

- f. Nervus Vestibulokochlearis (N.VIII)

Tabel 6. Hasil Pemeriksaan Nervus Vestibulokochlearis (N.VIII).

Tes	Kanan	Kiri
Tes Bisik	Normal	Normal
Tes Rinne	Tidak Dilakukan	Normal
Tes Weber	Normal	Normal
Tes Schwabach	Normal	Normal
Nistagmus	Normal	Normal
Tes Romberg	Normal	Normal

Tabel 7. Hasil Pemeriksaan Lanjutan Nervus Vestibulokochlearis (N.VIII)

Gerak Motorik	Keadaan
Suara binder/nasal	(-)
Posisi Uvula	Normal, di tengah, deviasi (-)
Palatum mole	Tidak dapat dilakukan
Arcus palatoglossus	Tidak dapat dilakukan
Arcus palatoparingeus	Tidak dapat dilakukan
Perasa lidah (1/3 anterior)	Tidak dapat dilakukan
Refleks menelan	(+)
Refleks batuk	(+)
Refleks muntah	Tidak dapat dilakukan
Peristaltik usus	Tidak dapat dilakukan
Bradikardi	(-)
Takikardi	(-)

g. Nervus Assesorius (N.XI)

Tabel 8. Hasil Pemeriksaan Nervus Assesorius (N.XI).

Otot	Kanan	Kiri
M. Sternocleidomastoideus	+	+
M. Trapezius	+	+

h. Nervus Hipoglossus (N.XII)

i.

Tabel 9. Hasil Pemeriksaan Nervus Hipoglossus (N.XII)

Kedudukan lidah saat istirahat	Kanan	Kiri
Atrofi	(-)	(-)
Fasikulasi	(-)	(-)
Kedudukan lidah saat dijulurkan	Kanan	Kiri
Deviasi	(-)	(-)
Kekuatan lidah menekan mukosa pipi	Dapat dilakukan	Dapat dilakukan
Artikulasi "Ular melingkar lingkar di atas pagar"	Dapat dilakukan	Dapat dilakukan

3. Pemeriksaan Motorik dan Sensibilitas

a. Pemeriksaan Motorik

Tabel 10. Hasil Pemeriksaan Motorik

Kedudukan lidah saat istirahat	Kanan	Kiri
Kekuatan otot	5/5	5/5
Tonus otot	Normal/normal	Normal/normal
Deviasi	(-)	(-)
Klonus	Tidak ada/ Tidak ada	Tidak ada/ Tidak ada
Atrofi otot	Tidak ada/ Tidak ada	Tidak ada/ Tidak ada

b. Pemeriksaan Sensibilitas

Tabel 11. Hasil Pemeriksaan Sensibilitas

Eksteroseptif/rasa permukaan	Superior	Inferior
Rasa Raba	Sulit dinilai	Sulit dinilai
Rasa Nyeri	Sulit dinilai	Sulit dinilai
Rasa Suhu Panas	Tidak dapat dilakukan	Tidak dapat dilakukan
Rasa Suhu Dingin	Tidak dapat dilakukan	Tidak dapat dilakukan
Propioseptif / Rasa dalam	Superior	Inferior
Rasa Getar	Tidak dapat dilakukan	Tidak dapat dilakukan
Rasa Nyeri Dalam	Tidak dapat dilakukan	Tidak dapat dilakukan
Koordinasi	Dextra	Sinistra

Rasa Sikap	Tidak dapat dilakukan	Tidak dapat dilakukan
Test Tunjuk Hidung	Dapat dilakukan	Dapat dilakukan
Test pronasi supinasi	Dapat dilakukan	Dapat dilakukan
Susunan saraf otonom	Superior	Inferior
Miksi	DBN	DBN
Defekasi	DBN	DBN
Fungsi Luhur	Hasil	
Fungsi bahasa	Baik	
Fungsi orientasi	Baik	
Fungsi memori	Baik	
Fungsi emosi	Baik	

4. Pemeriksaan Refleks Fisiologis dan Refleks Patologis

a. Pemeriksaan Refleks Fisiologis

Tabel 12. Hasil Pemeriksaan Refleks Fisiologis

Refleks Fisiologis	Kanan	Kiri
Bicep	(+)	(+)
Patella	(+)	(+)
Trisep	(+)	(+)
Achilles	(+)	(+)

b. Pemeriksaan Refleks Patologis

Tabel 13. Hasil Pemeriksaan Refleks Patologis

Refleks Fisiologis	Kanan	Kiri
Hoffman trommer	(-)	(-)
Babinsky	(-)	(-)
Chaddock	(-)	(-)
Oppenheim	(-)	(-)
Gordon	(-)	(-)

5. Pemeriksaan Penunjang

a. Laboratorium
Tidak dilakukan

b. CT-Scan Kepala



Gambar 1. Hasil CT Scan Kepala Pasien

Kesan

- Ventrikulomegali ringan lateralis bilateral, 3 dan 4
- Sinusitis maksilaris dan etmoidalis bilateral
- Hipertrofi konka nasalis bilateral
- Deviasi septum nasalis ke kanan
- Tidak tampak tanda-tanda SOL, malformasi vaskuler maupun perdarahan intrakranial

Dari hasil anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang didapatkan diagnosis kerja yaitu,

DISKUSI

Nyeri kepala adalah rasa nyeri atau rasa tidak mengenakkan pada daerah kepala dengan batas bawah dari dagu sampai kedaerah belakang kepala (area oksipital dan sebagian daerah tengkuk). *International Headache Society (IHS)* (2013) telah membagi nyeri kepala menjadi dua yaitu, nyeri kepala primer dan nyeri kepala sekunder. Nyeri kepala primer adalah nyeri kepala tanpa disertai adanya penyebab struktural organik sedangkan nyeri kepala sekunder adalah nyeri kepala yang disertai penyebab struktural organik.

Penyebab nyeri kepala banyak sekali, meskipun kebanyakan adalah kondisi yang tidak berbahaya (terutama bila kronik dan kambuhan), namun nyeri kepala yang timbul pertama kali dan akut awas ini adalah manifestasi awal dari penyakit sistemik atau suatu proses intrakranial yang memerlukan evaluasi sistemik yang lebih teliti (Haryani, 2018).

Secara praktis penyebab timbulnya nyeri kepala dapat diringkas sebagai berikut *Circulation* yaitu Perdarahan intraserebral, perdarahan subaraknoidal, *Encephalomeningitis*, *Migraine*, *Eye* meliputi Glaucoma, radang, keratitis, anomaly refraksi, *Neoplasm* (Tumor otak), *Trauma capitis* seperti Komusio, kontusio, perdarahan ekstradural, perdarahan subdular, *Ear* dan *nose*: Mastoiditis, otitis media, sinusitis, rhinitis, *Dental*: Gigi, gusi, *Cluster headache*, *Otot*: *Tension*

1. **Diagnosis Klinis :**
Nyeri kepala sekunder ec rhinosinusitis
2. **Diagnosis Topis :**
Sinus ethmoidalis et maxilaris
3. **Diagnosis Etiologi :**
Radang di sinus ethmoidalis et maxilaris
4. **Diagnosis Banding :**
Tension type headache (TTH)
Tatalaksana dengan non medika mentosa, *bed rest*, Hindari stress. Medikamentosa diberikan paracetamol 3 kali sehari sayu tablet dosis 500mg dan candesartan 1 kali dua tablet perhari.

headache, Arteritis temporalis dan Trigeminal neuralgia (Aminoff, et al., 2018).

Kelompok nyeri kepala sekunder pada dasarnya berbeda dengan nyeri kepala primer karena merupakan sebuah gejala dari suatu proses organik dan berhubungan dengan lebih dari 316 gangguan dan penyakit.

Diperkirakan sebanyak 18% pasien dengan nyeri kepala di seluruh dunia merupakan jenis nyeri kepala sekunder. Suatu senter rujukan tersier mendapatkan adanya penyebab sekunder pada 12,9-20% pasien dengan nyeri kepala. Nyeri kepala sekunder ini terutama ditemukan di ruang gawat darurat sebagai keluhan neurologis tersering.

Di Amerika Serikat, dalam satu tahun lebih dari 70% penduduknya pernah mengalami nyeri kepala, lebih dari 5% mencari atau mengusahakan pengobatan, tetapi hanya \pm 1% yang datang ke dokter atau rumah sakit khusus untuk keluhan nyeri kepalanya. Penelitian yang dilakukan di Singapura didapatkan prevalensi *life time* nyeri kepala penduduk singapura adalah laki-laki 80%, wanita 85%. Angka tersebut hampir mirip dengan hasil penelitian Syahrir di Medan terhadap mahasiswa Fakultas Kedokteran USU, didapatkan hasil laki-laki 78% sedangkan wanitanya 88%. Dari hasil pengamatan jenis penyakit dari pasien yang berobat jalan di praktek sore Syahrir selama tahun 2003, ternyata nyeri kepala menduduki proporsi tempat teratas,

sekitar 42% dari keseluruhan pasien neurologi (Osguthorpe JD and Hadley JA, 2016).

Menurut penelitian Straube, Heinen, Ebinger *et al* (2013), secara umum, kami dapat membagi faktor resiko ke dalam kategori pola hidup, bersekolah dan kejiwaan. Penyebab khas yang sering ditemukan dari faktor-faktor pola hidup yaitu meliputi Konsumsi kafein, Konsumsi alkohol, Merokok dan Kurangnya aktivitas fisik. Jenis nyeri kepala yang termasuk nyeri kepala sekunder berdasarkan ICHD-3 adalah Nyeri kepala yang berhubungan dengan trauma atau cedera kepala dan/atau Ieher. Nyeri kepala yang berhubungan dengan penyakit kranial dan/atau servikal. Nyeri kepala yang berhubungan dengan penyakit intrakranial nonvascular. Nyeri kepala yang berhubungan dengan penggunaan suatu substansi atau putus obat. Berikutnya adalah Nyeri kepala yang berhubungan dengan infeksi. Nyeri

kepala yang berhubungan dengan gangguan homeostasis. Nyeri kepala atau wajah yang berhubungan dengan penyakit kranium, Ieher, mata, hidung, sinus, gigi, mulut, atau struktur wajah atau servikal lainnya. Nyeri kepala yang berhubungan dengan gangguan kejiwaan.

Tatalaksana yang diberikan. Setelah mengetahui penyakit organik yang mendasari nyeri kepala, tata laksana selanjutnya diberikan sesuai etiologinya.

Tatalaksana Sinusitis (medikamentosa). Antibiotik sistemik yaitu dengan pemberian golongan Betalaktam (amoksisilin 3 kali sehari 500mg) 7 sampai 14 hari, atau pemberian antibiotik golongan sefalosporin (cefadroxil 2 kali sehari 500 mg). Analgetik yang digunakan yaitu asam mefenamat, dekongestan yang digunakan pseudoefedrin 2 kali sehari 60mg dan Mukolitik yang digunakan yaitu ambroxol (PERDOSSI, 2016).

Higler PA. 2013. Penyakit Sinus paranasal, dalam: Buku ajar penyakit THT, EGC, Jakarta, Hal:210-225.

International Headache Society. 2013. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia: 33(9) 629-808

Osguthorpe JD, Hadley JA. Rhinosinusitis: Current concepts in evaluation and management. Otolaryngol Head and Neck Surg 119: S24-S29,2016.

Panduan Praktik Klinis Neurologi Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia (PERDOSSI). 2016. Acuan Praktik Klinis Neurologi. PERDOSSI 2016:19-25.

Straube A, Heinen F, Ebinger F, Kries RV. 2013. Review Article: Headache in School Children: Prevalence and Risk Factors, Deutsches Arzteblatt International, München, Germany, hal. 811-816, diunduh tanggal 18 Maret 2017. (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3865491/pdf/Dtsch_Arztebl_Int-110-0811.pdf)

KESIMPULAN

Telah dilaporkan satu kasus nyeri kepala sekunder ec rhinosinusitis pada seorang laki-laki berusia 40 tahun yang ditegakkan diagnosisnya berdasarkan anamnesis didapatkan nyeri kepala dari kening hingga leher. Pemeriksaan fisik nyeri ketuk maskila dan pemeriksaan penunjang CT scan didapatkan Sinusitis maksilaris dan etmoidalis bilateral dan Hipertrofi konka nasalis bilateral, diberikan penanganan pemberian obat dengan paracetamol dan candesartan.

DAFTAR PUSTAKA

- Anindhita T, Wiratman W. 2017. Buku Ajar Neurologi, Jilid 2. Edisi Pertama. Jakarta: Departemen Neurologi FK UI.
- Aminoff, M. J., Greenberg, D. A. & Simon, R. P., 2015. Clinical Neurology. 9th ed.
- Haryani, S. 2018. Penatalaksanaan Nyeri Kepala pada Layanan Primer. Callosum Neurology, 1(3), 80-88. <https://doi.org/10.29342/cnj.v1i3.16>