

## NYERI KEPALA SEKUNDER ET CAUSA RHINOSINUSITIS : LAPORAN KASUS

Fitriyani<sup>1,2\*</sup>, Kevin Andhara<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Malahayati

<sup>2</sup>Departemen Neurologi Rumah Sakit Pertamina Bintang Amin

<sup>3</sup>Program 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 woman. -a 49 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 mild maxillary sinusitis left and Nasal septum deviation to the right, given treatment with paracetamol.

**Keywords:** Headache, Secondary headache, Rhinosinusitis

### **Abstrak: Laporan Kasus Nyeri Kepala Sekunder Et Causa 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 perempuan berusia 49 tahun yang ditegakkan diagnosis nya berdasarkan anamnesis didapatkan nyeri kepala dari dahi hingga leher. pemeriksaan fisik nyeri ketuk maskila dan pemeriksaan penunjang CT scan didapatkan Sinusitis maksilaris ringan kiri dan Deviasi septum nasalis ke kanan, diberikan penanganan pemberian obat dengan paracetamol.

**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 perempuan 49 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. OS sering merasakan pilek dipagi hari. Riwayat pernah

melakukan cabut gigi atas bagian kiri, tidak memiliki riwayat Hipertensi. Kedua orang tua OS memiliki riwayat Hipertensi. Riwayat jatuh atau trauma disangkal, penurunan kesadaran disangkal. Mual (-) Muntah (-)

Status pasien. Keadaan Umum : Tampak sakit ringan, Kesadaran : Compos mentis, GCS : E<sub>4</sub> V<sub>5</sub> M<sub>6</sub> = 15. Tanda vital Tekanan darah : 120/80 mmHg, Nadi : 96x/menit, Pernapasan : 20x/menit, Suhu : 36,5°C, SpO<sub>2</sub> : 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.

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

##### 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 Abducen (N.VI)

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

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

d. Nervus Trigeminus (N.V)

**Tabel 4. Hasil Pemeriksaan Nervus Trigeminus (N.V)**

<b>Gerak Motorik</b>	<b>Keadaan</b>
Menggigit	Normal
Membuka mulut	Normal
Menutup mulut	Normal
Masesster	Normal
M. Temporalis	Normal
<b>Gerak Sensorik</b>	
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 : Simteris

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

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

f. Nervus Vestibulokochlearis (N.VIII)

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

<b>Tes</b>	<b>Kanan</b>	<b>Kiri</b>
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)**

<b>Gerak Motorik</b>	<b>Keadaan</b>
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 Assessorius (N.XI)

**Tabel 8. Hasil Pemeriksaan Nervus Assessorius (N.XI).**

<b>Otot</b>	<b>Kanan</b>	<b>Kiri</b>
M. Sternocleidomastoideus	+	+
M. Trapezius	+	+

h. Nervus Hipoglossus (N.XII)

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

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

3. Pemeriksaan Motorik dan Sensibilitas

a. Pemeriksaan Motorik

**Tabel 10. Hasil Pemeriksaan Motorik**

<b>Kedudukan lidah saat istirahat</b>	<b>Kanan</b>	<b>Kiri</b>
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**

<b>Eksteroseptif/rasa permukaan</b>	<b>Superior</b>	<b>Inferior</b>
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
<b>Propioseptif / Rasa dalam</b>	<b>Superior</b>	<b>Inferior</b>
Rasa Getar	Tidak dapat dilakukan	Tidak dapat dilakukan
Rasa Nyeri Dalam	Tidak dapat dilakukan	Tidak dapat dilakukan
<b>Koordinasi</b>	<b>Dextra</b>	<b>Sinistra</b>
Rasa Sikap	Tidak dapat dilakukan	Tidak dapat dilakukan
Test Tunjuk Hidung	Dapat dilakukan	Dapat dilakukan
Test pronasi supinasi	Dapat dilakukan	Dapat dilakukan
<b>Susunan saraf otonom</b>	<b>Superior</b>	<b>Inferior</b>
Miksi	DBN	DBN
Defekasi	DBN	DBN
<b>Fungsi Luhur</b>	<b>Hasil</b>	

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**

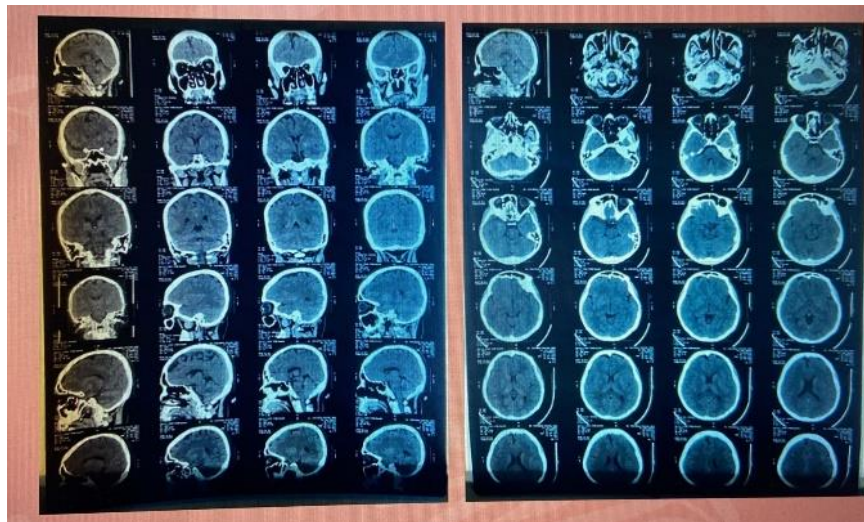
Refleks Fisiologis	Kanan	Kiri
Hoffman trommer	(-)	(-)
Babinsky	(-)	(-)
Chaddock	(-)	(-)
Oppenheim	(-)	(-)
Gordon	(-)	(-)

5. Pemeriksaan Penunjang

a. Laboratorium

Tidak dilakukan

b. CT-Scan Kepala



Gambar 1. Hasil CT Scan Kepala Pasien

Kesan

- Sinusitis maksilaris ringan kiri
- 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

1. Diagnosis Klinis : nyeri kepala sekunder et causa rhinosinusitis
2. Diagnosis Topis : sinus maxilaris sinistra
3. Diagnosis Etiologi : radang di sinus maxilaris kiri
4. Diagnosis Banding : tension type headache (TTH)

Tatalaksana dengan non medikamentosa, *bed rest*, Hindari stress. Medikamentosa diberikan paracetamol 3 kali sehari satu tablet dosis 500mg dan candesartan 1 kali dua tablet perhari.

## **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 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).

## **RINGKASAN**

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>
- 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\\_I nt-110-0811.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3865491/pdf/Dtsch_Arztebl_I nt-110-0811.pdf)).