

Sinusitis Maksilaris Sinistra Akut *Et Causa Dentogen*

Gita Augesti, Rasmi Zakiah Oktarlina, Mukhlis Imanto

Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Sinusitis merupakan suatu inflamasi pada (mukosa) hidung dan sinus paranasal, disertai dua atau lebih gejala dimana salah satunya adalah buntu hidung (*nasal blockage/obstruction/congestion*) atau *nasal discharge (anterior/posterior nasal drip)* ditambah nyeri fasial dan penurunan atau hilangnya daya penciuman. Pasien perempuan berusia 42 tahun datang dengan keluhan keluar ingus dari hidung kiri berwarna kekuningan dan berbau busuk sejak 2 bulan yang lalu. Keluhan disertai dengan nyeri tumpul pada pipi kiri dan rasa penuh pada wajah. Pasien mengatakan bahwa 3 bulan yang lalu pasien sakit gigi dan berlubang pada gigi graham bagian kiri atas namun belum berobat ke dokter gigi. Pada pemeriksaan fisik, didapatkan nyeri tekan pada hidung dan pipi kiri, pada pemeriksaan rhinoskopi anterior didapatkan edema, sekret dan hipertrofi pada konka inferior serta pada pemeriksaan foto rontgen posisi *Waters'* didapatkan edema mukosa dan cairan dalam sinus. Pasien didiagnosa dengan sinusitis akut maksilaris sinistra *et causa dentogen*. Diagnosis pasien ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang. Penatalaksanaan diberikan edukasi tentang penyakit pasien, oksimetazolin HCl *spray* 15 ml 2x1 *puff*, amoksisilin tablet 3x500 mg dan asam mefenamat tablet 3x500 mg, serta merujuk pasien ke dokter pada bidang gigi.

Kata Kunci : *dentogen*, sinusitis maksilaris, *Waters'*

Korespondensi : Gita Augesti | Jl. Soemantri Brodjonegoro no. 1 | HP 082280583550 | email:Gita.augesti@gmail.com

PENDAHULUAN

Sinusitis merupakan istilah bagi suatu proses inflamasi yang melibatkan mukosa hidung dan sinus paranasal, merupakan salah satu masalah kesehatan yang mengalami peningkatan secara nyata dan memberikan dampak bagi pengeluaran finansial masyarakat.^{1,2} Sinusitis dibagi menjadi kelompok akut dan kronik. Secara anatomi, sinus maksilaris, berada di pertengahan antara hidung dan rongga mulut dan merupakan lokasi yang rentan terinfeksi oleh organisme patogen lewat ostium sinus maupun lewat rongga mulut.¹ Masalah gigi seperti penyakit pada *periodontal* dan lesi periapikal dilaporkan menyebabkan 58% sampai 78% penebalan mukosa sinus maksilaris.³

Data dari Departemen Kesehatan RI tahun 2003 menyebutkan bahwa penyakit hidung dan sinus berada dalam urutan ke-25 dari 50 pola penyakit peringkat utama atau sekitar 102.817 penderita rawat jalan di rumah sakit.⁶ Farhat di Medan mendapatkan insiden sinusitis dentogen di Departemen THT-KL/RSUP H. Adam Malik sebesar 13.67% dan yang terbanyak disebabkan oleh abses apikal yaitu sebanyak 71.43%.⁴

Sinusitis maksilaris akut dapat disebabkan oleh rhinitis akut, infeksi faring seperti faringitis, adenoiditis, tonsillitis akut,

infeksi gigi rahang atas P1, P2, serta M1, M2, M3 (*dentogen*).⁵ Sinusitis *dentogen* merupakan salah satu penyebab penting sinusitis. Dasar sinus maksila adalah prosesus alveolaris tempat akar gigi rahang atas, sehingga rongga sinus maksila hanya dipisahkan oleh tulang tipis dengan akar gigi, bahkan kadang-kadang tanpa tulang pembatas. Infeksi gigi rahang atas seperti infeksi apikal akar gigi atau inflamasi jaringan periodontal mudah menyebar secara langsung ke sinus atau melalui pembuluh darah dan limfe.⁴

Terdapat sejumlah konsensus, *guidelines* dan *position papers* yang mencakup epidemiologi, diagnosis dan penatalaksanaan sinusitis yang mulai berkembang. Pada tahun 2005 *European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps* (EP3OS) pertama kali dipublikasikan, dipelopori oleh *European Academy of Allergology and Clinical Immunology* (EAACI) dan diterima oleh *European Rhinology Society*. Pada tahun 2007, EPOS mengalami revisi seiring dengan meningkatnya perkembangan baru pada patofisiologi, diagnosis dan penatalaksanaan sinusitis.¹

KASUS

Seorang pasien wanita, berusia 42 tahun datang ke poli THT RSUD Abdul Moeloek dengan keluhan keluar ingus dari hidung kiri berwarna kekuningan dan berbau busuk sejak dua bulan yang lalu. Keluhan dirasakan terus-menerus dan tidak kunjung membaik. Keluhan disertai dengan nyeri tumpul pada pipi kiri dan rasa penuh pada wajah. Pasien juga mengeluh hidung tersumbat terutama pada pagi hari.

Tiga bulan sebelumnya pasien mengeluh sakit gigi pada gigi geraham bagian kiri atas. Pasien memiliki riwayat gigi berlubang pada gigi geraham sebelah kiri atas sejak tiga bulan yang lalu tetapi belum berobat lebih lanjut ke dokter gigi.

Pasien mengaku sebelumnya tidak memasukkan benda asing ke dalam hidungnya. Tidak ada riwayat pilek dan bersin-bersin sebelumnya. Riwayat demam disangkal. Riwayat batuk dan pilek berulang disangkal. Pasien pernah mengonsumsi obat warung untuk meredakan sakit giginya, tapi belum pernah melakukan pengobatan untuk mengatasi keluhan saat ini. Pasien mengaku tidak mengonsumsi obat dalam jangka waktu panjang. Pasien juga mengaku di keluarga tidak ada yang mengalami keluhan yang serupa seperti pasien.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Setelah dilakukan anamnesis, selanjutnya dilakukan pemeriksaan fisik. Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum tampak sakit ringan, kesadaran compos mentis, tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 88 x/menit, pernapasan 20 x/menit, suhu 36,7°C.

Pada pemeriksaan hidung luar didapatkan nyeri tekan pada hidung sinistra dan nyeri tekan sinus maksilaris sinistra. Pada pemeriksaan rhinoskopi anterior didapatkan mukosa cavum nasi sinistra hiperemis, konka media sinistra sulit dinilai dan didapatkan edem, sekret dan hipertrofi pada konka inferior sinistra.

Pada pemeriksaan penunjang, dilakukan foto rontgen posisi *Waters'* dan didapatkan gambaran edema mukosa dan cairan dalam sinus.



Gambar 1. Foto Rontgen Posisi *Waters'*

Diagnosis pada pasien ini adalah sinusitis maksilaris akut sinistra *et causa dentogen*, yang ditegakkan dari anamnesis, yaitu keluar ingus dari hidung kiri berwarna kekuningan dan berbau busuk, nyeri tumpul pada pipi kiri dan rasa penuh pada wajah. Pasien juga mengaku tiga bulan yang lalu pasien mengalami gigi berlubang pada gigi geraham bagian kiri atas dan belum berobat lebih lanjut ke dokter gigi. Pada pasien ini juga dikatakan akut karena keluhan terjadi sudah dua bulan. Pada pemeriksaan fisik hidung luar didapatkan nyeri tekan hidung bagian kiri dan nyeri tekan pada sinus maksila kiri. Pada pemeriksaan rhinoskopi anterior juga didapatkan mukosa kavum nasi sinistra hiperemis, konka media sinistra sulit dinilai dan didapatkan edem, sekret dan hipertrofi pada konka inferior sinistra.

Penatalaksanaan yang diberikan berupa penatalaksanaan umum dan khusus. Penatalaksanaan umum berupa pemberian informasi tentang penyakit yang sedang dialami pasien, serta penyebab dan prognosis penyakitnya kepada pasien dan keluarganya dan pasien dikonsultasikan ke dokter gigi untuk pengobatan masalah pada gigi pasien. Penatalaksanaan khusus berupa farmakoterapi, diberikan oksimetazolin HCl *spray* 15 ml 2x1 *puff*, amoksisilin tablet 3x500 mg dan asam mefenamat tablet 3x500 mg.

Berdasarkan hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik, didapatkan beberapa diagnosis banding, yaitu sinusitis akut maksilaris sinistra *et causa dentogen* dan sinusitis kronik maksilaris sinistra *et causa dentogen*. Pemilihan diagnosis banding

berdasarkan bahwa ketiga penyakit tersebut memiliki manifestasi yang sama, hanya berbeda dari segi waktunya.

Sinusitis menurut EP3OS tahun 2007 yaitu suatu inflamasi pada (mukosa) hidung dan sinus paranasal, disertai dua atau lebih gejala dimana salah satunya adalah buntu yang dirasakan pada hidung (*nasal blockage/obstruction/congestion*) atau *nasal discharge* (*anterior/posterior nasal drip*) ditambah nyeri fasial dan penurunan/hilangnya daya penciuman. Sinusitis dibagi menjadi dua menurut waktunya, yaitu sinusitis akut dan sinusitis kronik. Sinusitis akut bila keluhan terjadi kurang dari 12 minggu dan sinusitis kronik bila keluhan terjadi 12 minggu atau lebih.¹

Pada pasien didapatkan keluhan keluar ingus dari hidung kiri berwarna kekuningan dan berbau busuk, nyeri tumpul pada pipi kiri dan rasa penuh pada wajah. Hal ini sesuai gejala pada sinusitis maksilaris. Pada sinusitis maksilaris, terdapat gejala subyektif terdiri dari gejala sistemik dan gejala lokal. Gejala sistemik ialah demam dan rasa lesu. Gejala lokal pada hidung terdapat ingus kental yang kadang-kadang berbau dan dirasakan mengalir ke nasofaring. Dirasakan hidung tersumbat, seringkali terdapat nyeri pipi khas yang tumpul dan menusuk, serta nyeri di tempat lain karena nyeri alih (*referred pain*). Sekret mukopurulen dapat keluar dari hidung dan terkadang berbau busuk. Penciuman terganggu dan ada perasaan penuh dipipi waktu membungkuk ke depan. Terdapat perasaan sakit kepala waktu bangun tidur dan dapat menghilang hanya bila peningkatan sumbatan hidung sewaktu berbaring sudah ditiadakan.¹

Sinus maksila disebut juga antrum *high more*, merupakan sinus yang sering terinfeksi, oleh karena 1) Merupakan sinus paranasal yang terbesar; 2) Letak ostiumnya lebih tinggi dari dasar, sehingga aliran sekret atau drainase dari sinus maksila hanya tergantung dari gerakan silia; 3) Dasar sinus maksila adalah dasar akar gigi (prosesus alveolaris), sehingga infeksi gigi dapat menyebabkan sinusitis maksila; 4) ostium sinus maksila terletak di meatus medius, disekitar hiatus semilunaris yang sempit, sehingga mudah tersumbat.⁷

Kesehatan sinus dipengaruhi oleh patensi ostium-ostium sinus dan lancarnya klirens mukosiliar (*mucociliary clearance*) di dalam kompleks osteomeatal. Sinus dilapisi oleh sel epitel respiratorius. Lapisan mukosa yang melapisi sinus dapat dibagi menjadi dua yaitu lapisan *viscous superficial* dan lapisan *serous profunda*. Cairan mukus dilepaskan oleh sel epitel untuk membunuh bakteri maka bersifat sebagai antimikroba serta mengandung zat-zat yang berfungsi sebagai mekanisme pertahanan tubuh terhadap kuman yang masuk bersama udara pernafasan. Cairan mukus secara alami menuju ke ostium untuk dikeluarkan jika jumlahnya berlebihan.⁸ Faktor yang paling penting yang mempengaruhi patogenesis terjadinya sinusitis yaitu apakah terjadi obstruksi dari ostium.⁴ Jika terjadi obstruksi ostium sinus akan menyebabkan terjadinya hipooksigenasi, yang menyebabkan fungsi silia berkurang dan epitel sel mensekresikan cairan mukus dengan kualitas yang kurang baik. Disfungsi silia ini akan menyebabkan retensi mukus yang kurang baik pada sinus.⁴

Kejadian sinusitis maksila akibat infeksi gigi rahang atas terjadi karena infeksi bakteri anaerob menyebabkan terjadinya karies *profunda* sehingga jaringan lunak gigi dan sekitarnya rusak. Pada pulpa yang terbuka, kuman akan masuk dan mengadakan pembusukan pada pulpa sehingga membentuk gangren pulpa. Infeksi ini meluas dan mengenai selaput periodontium menyebabkan periodontitis dan iritasi akan berlangsung lama sehingga terbentuk pus. *Abses periodontal* ini kemudian dapat meluas dan mencapai tulang alveolar menyebabkan abses alveolar. Tulang alveolar membentuk dasar sinus maksila sehingga memicu inflamasi mukosa sinus. Disfungsi silia, obstruksi ostium sinus dan abnormalitas sekresi mukus menyebabkan akumulasi cairan dalam sinus sehingga terjadinya sinusitis maksila.⁹

Pasien pada kasus mengaku mengalami sakit gigi karena gigi berlubang pada graham kiri atas tiga bulan yang lalu. Pada kasus dicurigai terdapat karies yang menyebabkan timbulnya keluhan pada pasien sesuai dengan pernyataan di atas,

maka dapat disimpulkan pada penyebab sinusitis maksilaris pada pasien ini adalah karena dentogen. Sinusitis berdasarkan waktunya dibagi atas sinusitis akut dan kronik. Sinusitis akut bila gejala berlangsung kurang dari 12 minggu, dan dikatakan sinusitis kronik bila gejala berlangsung 12 minggu atau lebih.¹ Pada kasus, pasien mengaku keluhan mulai timbul sejak dua bulan, maka dapat disimpulkan pasien mengalami sinusitis maksilaris akut *et causa dentogen*.

Pada pemeriksaan fisik sinusitis maksilaris dapat dilakukan dengan inspeksi dan palpasi. Pada inspeksi, pemeriksaan yang diperhatikan ialah adanya pembengkakan pada muka. Palpasi didapatkan nyeri tekan pada pipi yang sakit. Pemeriksaan rinoskopi anterior dapat melihat kelainan rongga hidung yang berkaitan dengan sinusitis seperti udem konka, hiperemi, sekret (*nasal drip*), krusta, deviasi septum, tumor atau polip.⁹ Pada kasus, saat palpasi didapatkan adanya nyeri tekan pada hidung dan pipi sebelah kiri. Pada pemeriksaan rhinoskopi anterior, konka inferior sinistra mengalami edema, terdapat sekret dan hiperemis yang diakibatkan proses inflamasi, sedangkan konka media sulit dinilai karena tertutup oleh konka inferior yang edema. Pada pemeriksaan penunjang foto rontgen posisi *Waters'* didapatkan gambaran yang sesuai pada sinusitis maksilaris, yaitu tampak adanya edema mukosa dan cairan dalam sinus. Jika cairan tidak penuh akan tampak gambaran *air fluid level*.⁹ Hal ini sesuai dengan teori sehingga dari anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang didapatkan diagnosis sinusitis maksilaris sinistra akut *et causa dentogen*.

Penatalaksanaan pasien pada kasus ini diberikan oksimetazolin HCl sediaan *spray* 15 ml 2x1 *puff*, amoksisilin tablet 3x500 mg dan asam mefenamat tablet 3x500 mg. Oksimetazolin *spray* merupakan obat dekonjestan yang bertujuan untuk mengurangi inflamasi, menghilangkan pembengkakan mukosa serta membuka sumbatan ostium sinus yang menyumbat drainage mucus, sehingga jika sumbatan ostium sinus dihilangkan, diharapkan gejala hidung tersumbat dan bengkak dapat hilang.^{1,7,11} Amoksisilin sediaan tablet

diberikan dengan dosis 3x500 mg perhari selama 10-14 hari. Amoksisilin merupakan antibiotika spektrum luas golongan penisillin yang bertujuan untuk menghilangkan infeksi bakteri yang menjadi penyebab terjadinya sinusitis.^{1,10} Asam mefenamat sediaan tablet diberikan 3x500 mg sebagai terapi simptomatik. Asam mefenamat merupakan analgesik yang diberikan untuk mengurangi nyeri yang pada penderita sinusitis.^{1,10}

Selain terapi farmakologi yang telah dijelaskan, perlu juga merencanakan konsultasi kepada dokter pada bidang gigi. Karena infeksi pada gigi dicurigai merupakan aspek utama penyebab terjadinya sinusitis maksilaris pada pasien sehingga diharapkan masalah pada gigi dapat diatasi dan sinusitis dapat sembuh.⁹

SIMPULAN

Sinusitis merupakan suatu inflamasi pada mukosa hidung dan sinus paranasal, disertai dua atau lebih gejala dimana salah satunya adalah buntu pada hidung (*nasal blockage/obstruction/congestion*) atau *nasal discharge (anterior/posterior nasal drip)* ditambah nyeri fasial dan penurunan/hilangnya daya penciuman. Sinusitis dibagi menjadi dua menurut waktunya, yaitu sinusitis akut (<12 minggu) dan sinusitis kronik (≥12 minggu). Pada pasien ini diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Pada pasien ini ditemukan keluhan berupa keluar ingus dari hidung kiri berwarna kekuningan dan berbau busuk, nyeri tumpul pada pipi kiri rasa penuh pada wajah, penciuman terganggu dan ada perasaan penuh dipipi. Pada pemeriksaan fisik ditemukan nyeri tekan pada hidung dan pipi sebelah kiri. Pada pemeriksaan rhinoskopi anterior, konka inferior sinistra edema, terdapat sekret dan hiperemis. Pada foto rontgen posisi *Waters'* didapatkan gambaran edema mukosa dan cairan dalam sinus.

Penatalaksanaan yang diberikan pada pasien berupa pemberian informasi tentang penyakit, penyebab, dan prognosisnya. Terapi farmakoterapi berupa pemberian oksimetazolin HCl *spray* 15 ml 2x1 *puff*, amoksisilin tablet 3x500 mg dan asam mefenamat tablet 3x500 mg serta

konsultasi ke dokter gigi untuk menghilangkan masalah gigi yang dicurigai sebagai penyebab.

DAFTAR PUSTAKA

1. Fokkens W., Lund V., Mullol J. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps. *Rhinology*. 2007 [disitasi tanggal 23 Agustus 2016]; 45(20):1-139. Tersedia dari: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17844873
2. Busquets JM., Hwang PH. Nonpolypoid rhinosinusitis: Classification, diagnosis and treatment. In Bailey BJ, Johnson JT, Newlands SD, eds. *Head & Neck Surgery – Otolaryngology*. 4th ed. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
3. Vallo JL., Suominen T., Huuonen S., Soikkonen K., Norblad A. Prevalence of mucosal abnormalities of the maxillary sinus and their relationship to dental disease in panoramic radiography: results from the health 2000 health examination survey. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontics*. 2010; 109(3):80-87.
4. Farhat. Peran Infeksi Gigi Rahang Atas pada Kejadian Sinusitis Maksila di RSUP H.Adam Malik Medan Dept. Ilmu Kesehatan THT, Bedah Kepala, dan Leher FK USU/RSUP H.Adam Malik Medan; 2006.
5. Universitas Muhammadiyah Semarang. Sinusitis Maksilaris Odontogen. Universitas Muhammadiyah Semarang; [disitasi tanggal 24 Agustus 2016]. Tersedia dari: <http://digilib.unimus.ac.id/download.php?id=12241>
6. Departemen Kesehatan RI. Pola Penyakit 50 peringkat utama menurut DTD Pasien Rawat Jalan di Rumah Sakit Indonesia Tahun 2003. Jakarta: Departemen Kesehatan RI; 2003.
7. Soepardi EA., Islandar N., Bashiruddin J., Restuti RD. Buku ajar ilmu kesehatan THT-KL. Edisi VI. Jakarta: Balai Penerbit FKUI; 2007.
8. Mehra P., Murad H. Maxillary sinus disease of odontogenic origin. *Otolaryngologic Clinic of North America*; 2004.
9. Universitas Sumatera Utara Institutional Repository. Sinusitis Maksilaris Dentogen. Universitas Sumatera Utara; [diakses tanggal 24 Agustus 2016]. Tersedia dari: <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/31193/4/Chapter%20II.pdf>.
10. Mulyarjo. Terapi medikamentosa pada rinosinusitis. Dalam Mulyarjo, Soedjak S, Kentjono WA, Harmadji S, JPB Herawati S, eds. Naskah lengkap perkembangan terkini diagnosis dan penatalaksanaan rinosinusitis. Surabaya: Dep./SMF THT-KL Univ. Airlangga; 2004.
11. Alfian T., Madyaning S., Umi R. Hubungan Infeksi Gigi Rahang Atas Dengan Kejadian Rhinosinusitis Maksilaris Di Rumah Sakit Umum 63 Daerah Raden Mattaher Jambi. Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Universitas Jambi; 2013.