

Laki-Laki 28 Tahun dengan Otitis Media Supuratif Kronis Maligna dan Parese Nervus Fasialis Perifer

Dwita Oktaria, Sheba Denisica Nasution

Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Gangguan pendengaran terjadi pada 5% masyarakat di dunia yaitu sebanyak 360 juta jiwa. Gangguan pendengaran dapat disebabkan oleh faktor genetik, penyakit infeksi tertentu, infeksi kronik telinga, penggunaan obat ototoksik, paparan terhadap bising dan penuaan. Otitis media supuratif kronis (OMSK) dapat menyebabkan gangguan pendengaran. OMSK merupakan radang kronis telinga tengah dengan adanya perforasi pada membran timpani dan riwayat keluarnya cairan dari telinga (*otorea*) lebih dari 6-8 minggu. Prevalensi OMSK di Indonesia antara 3-5,2% atau kira-kira kurang lebih 6,6 juta penduduk. OMSK dapat mengakibatkan beberapa komplikasi dan kadang-kadang mengancam jiwa seperti kehilangan pendengaran, meningitis, abses serebri, mastoiditis, parese nervus fasial, kolesteatoma, jaringan granulasi dan empiema subdural. Seorang laki-laki berusia 28 tahun datang ke Rumah Sakit dengan keluhan mulut mencong ke kiri sejak \pm 2 hari sebelum berobat ke rumah sakit. Keluhan lain pada telinga kanan keluar cairan berwarna kuning, lengket dan berbau serta pendengaran berkurang. Pada pemeriksaan fisik telinga kanan didapatkan sekret purulen, kolesteatoma, serta membran timpani telinga kanan tidak intak, terdapat perforasi *attic* tepi rata dan pada pemeriksaan neurologi didapatkan wajah asimetris, tidak dapat mengangkat alis kanan dan kerutan pada dahi tidak simetris. Salah satu komplikasi OMSK adalah parese nervus fasialis. Tatalaksana konservatif dan operatif diperlukan pada OMSK tipe maligna dengan komplikasi.

Kata kunci: *gangguan pendengaran, OMSK, parese nervus fasialis*

A 28 Years Old Man with Chronic Suppurative Otitis Media Maligna and Facial Nerve Paralysis Perifer

Abstract

Hearing loss affects 360 million people which is 5% of population in the world. Hearing loss can be caused by infection diseases, chronic ear infection, using ototoxic drugs, noisy exposure and aging. Chronic suppurative otitis media (CSOM) can cause hearing loss. CSOM is chronic inflammation of middle ear with ear drum perforation and history of drainage of fluid from ear (*otorrhea*). The prevalence of CSOM in Indonesia is 3-5,2% or 6,6 million people. CSOM can cause complications like hearing loss, meningitis, abscess cerebri, mastoiditis, facial nerve paralysis, cholesteatoma, tissue granulation and subdural empyema and sometimes can be life-threatening. A 28 years old man came to the hospital with complaint of mouth deviation to the left since two days before coming to the hospital. The other complaints are drainage of fluid serous, odor and hearing loss. In physical examination of the right ear, there are purulent discharge, cholesteatoma and attic perforation in the ear drum with flat edge and neurology examination consisted of facial asymmetry, unable to rise right eyebrow and asymmetry forehead wrinkling. One of the complications from CSOM is facial nerve paralysis. Conservative treatment and surgery is needed for malignant CSOM with complication.

Keywords: *CSOM, facialis nerve paralysis, hearing loss*

Korespondensi: Sheba Denisica Nasution, Jalan Dr. Sutomo No. 26, Penengahan, Bandar Lampung, HP 08976046446, E-mail shebadenisica@gmail.com

Pendahuluan

Gangguan pendengaran terjadi pada 5% masyarakat di dunia yaitu sebanyak 360 juta jiwa (328 juta penderita dewasa dan 32 juta penderita anak-anak). Angka gangguan pendengaran dan ketulian di Indonesia

merupakan angka tertinggi di Asia Tenggara sekitar 16,8%. Angka gangguan pendengaran di Indonesia terjadi paling banyak pada usia produktif dewasa (30-54 tahun) sekitar 28%. Gangguan pendengaran dapat disebabkan oleh faktor genetik, penyakit infeksi tertentu, infeksi

kronik telinga, penggunaan obat ototoksik, paparan terhadap bising dan penuaan. Otitis media supuratif kronis (OMSK) dapat menyebabkan gangguan pendengaran.¹

Otitis Media Supuratif Kronis (OMSK) atau yang biasa disebut “congek atau teleran” adalah radang kronis telinga tengah dengan adanya lubang (perforasi) pada gendang telinga (membran timpani) dan riwayat keluarnya cairan (sekret) dari telinga (*otorea*) lebih dari 6-8 minggu, baik terus menerus atau hilang timbul. Sekret dapat encer, kental, bening atau berupa nanah.²

Angka kejadian OMSK di negara-negara berkembang lebih banyak dibandingkan negara-negara maju. Hal ini disebabkan oleh faktor sosioekonomi, higiene buruk dan kepadatan penduduk.³ OMSK biasanya terjadi pada sosial ekonomi rendah, area pedesaan dengan kebersihan dan faktor nutrisi yang kurang.⁴ Faktor risiko OMSK lainnya yaitu infeksi saluran pernafasan atas yang sering, status imun yang buruk dan perokok pasif.³ Prevalensi morbiditas pada kasus telinga dan gangguan pendengaran di Indonesia cukup tinggi, yaitu sebesar 18,5%, sedangkan prevalensi OMSK di Indonesia antara 3-5,2% atau kurang lebih 6,6 juta penduduk Indonesia menderita OMSK.⁵ OMSK dapat mengakibatkan beberapa komplikasi dan kadang-kadang mengancam jiwa seperti kehilangan pendengaran, meningitis, abses serebri, mastoiditis, parese nervus fasial, kolesteatoma, jaringan granulasi dan empiema subdural.⁶

Kasus

Tn. R, 28 tahun, seorang petani datang ke poliklinik THT RS Ahmad Yani dengan keluhan mulut mencong ke kiri sejak ± 2 hari sebelum berobat ke rumah sakit, namun bicara masih jelas. Keluhan kelemahan pada anggota gerak pada pasien disangkal. Pasien juga mengeluh telinga kanan keluar cairan terus menerus sejak ± 4 bulan yang lalu. Cairan yang keluar dari telinga berwarna kuning dan lengket serta berbau dan tidak bercampur darah. Keluhan lainnya yaitu pendengaran berkurang serta telinga kanan berdenging. Demam pada pasien disangkal.

Keluhan telinga berair pernah dialami pasien beberapa tahun yang lalu. Pasien sering mengalami batuk pilek. Pasien juga mengatakan tidak pernah mengkonsumsi

obat-obatan. Pasien biasanya membersihkan cairan yang keluar dengan *cotton bud*.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum tampak sakit sedang, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 86x/menit, frekuensi pernafasan 22x/menit, suhu 36,7°C. Pada pemeriksaan telinga kanan pada liang telinga didapatkan sekret purulen dan berbau, setelah dibersihkan didapatkan kolesteatom dan pada membran timpani didapatkan perforasi *attic* tepi rata. Pada pemeriksaan nervus fasialis didapatkan wajah asimetris, tidak dapat mengangkat alis kanan dan kerutan pada dahi tidak simetris.

Pemeriksaan penunjang darah lengkap, audiometri serta rontgen tidak dilakukan. Pasien didiagnosis otitis media supuratif kronis maligna *auricula dextra* dengan parese nervus fasialis perifer. Tatalaksana pada pasien ini yaitu irigasi liang telinga dengan NaCl 0,9% serta pembersihan kolesteatoma dan pemberian antibiotik ofloxacin tetes telinga dua tetes diberikan dua kali sehari, ciprofloxacin tablet 500 mg diberikan tiga kali sehari dan metilprednisolon 16 mg diberikan tiga kali sehari dan pasien disarankan mastoidektomi.

Pasien didukasi untuk menghindari air masuk ke telinga ketika mandi dan hindari aktivitas yang berhubungan dengan air yang memungkinkan air masuk ke telinga seperti berenang.

Pembahasan

Telah dilaporkan kasus seorang laki-laki berusia 28 tahun dengan keluhan mulut mencong ke kiri sejak ± 2 hari. Keluhan lain pada telinga kanan keluar cairan berwarna kuning, lengket dan berbau serta pendengaran berkurang. Pada pemeriksaan fisik telinga kanan didapatkan sekret purulen, kolesteatoma, serta membran timpani telinga kanan tidak intak, terdapat perforasi *attic* tepi rata dan pada pemeriksaan neurologi didapatkan wajah asimetris, tidak dapat mengangkat alis kanan dan kerutan pada dahi tidak simetris. Berdasarkan hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik didapatkan diagnosis berupa otitis media supuratif kronis maligna *auricula dextra* dengan parese nervus fasialis perifer.

Pada pasien menunjukkan manifestasi klinis berupa telinga mengeluarkan cairan sejak empat bulan yang lalu serta ditemukannya

perforasi membran timpani pada telinga, maka pasien dapat didiagnosis menderita otitis media supuratif kronik.

Otitis Media Supuratif Kronis (OMSK) adalah perforasi membran timpani dengan drainase dari telinga tengah dengan waktu lebih dari 6-8 minggu. Supurasi kronis dapat terjadi dengan atau tanpa kolesteatoma.^{2,7} OMSK terbagi menjadi dua yaitu OMSK tipe tubotimpani atau benigna atau tipe aman dan OMSK tipe *atticoantral* atau maligna atau tipe bahaya.²

Pasien didiagnosis OMSK tipe maligna dikarenakan pada pasien didapatkan sekret purulen dan berbau busuk yang keluar pada telinga kanan dan terdapat perforasi *attic* dan terdapat kolesteatoma. Kolesteatoma adalah lesi masa kistik non-kanker yang terbentuk dari pertumbuhan abnormal dari epitel gepeng berkeratin, debris kreatin dengan atau tanpa reaksi inflamasi pada tulang temporal.^{8,9} Pertumbuhan abnormal ini progresif, invasif dan menyebabkan destruksi dari struktur tulang di telinga tengah dan telinga dalam.⁸⁻¹⁰ Kolesteatoma dibagi menjadi dua berdasarkan patogenesis penyakitnya yaitu kolesteatoma kongenital dan kolesteatoma didapat. Kolesteatoma didapat terjadi sekunder dari migrasi epitel ke telinga tengah melewati membran timpani yang perforasi oleh karena infeksi, trauma, iatrogenesis.^{8,10}

Pasien didapatkan riwayat batuk pilek berulang. Infeksi kronik atau berulang dari saluran napas atas (ISPA) menyebabkan terjadinya edema serta obstruksi tuba auditoria.¹¹ ISPA yang disebabkan oleh virus menyebabkan replikasi dari infeksi bakteri dan meningkatkan inflamasi di nasofaring dan tuba auditoria.¹² Hal ini merupakan faktor predisposisi terjadinya kronisitas otitis media.^{11,12} Kondisi lain yang dapat menjadi faktor risiko OMSK yaitu deviasi septum nasi, tuberkulosis, tonsilitis kronik dan pembesaran adenoid.¹³

Pasien mengeluh pendengaran berkurang. Untuk menentukan jenis tuli dan derajat ketulian pada pasien dibutuhkan pemeriksaan garputala dan audiometri. Kehilangan pendengaran merupakan komplikasi yang paling sering pada OMSK.¹⁴ Tuli konduktif pada OMSK disebabkan oleh karena obstruksi dari transmisi gelombang suara dari telinga tengah ke telinga dalam oleh karena adanya cairan (pus) dan perforasi

membran timpani menghilangkan konduksi suara ke telinga dalam.^{15,16} Infeksi kronik dari telinga tengah menyebabkan edema dari lapisan telinga tengah, perforasi membran timpani dan rusaknya ossikula auditoria yang menyebabkan tuli konduktif 20-60 dB. OMSK juga dapat menyebabkan tuli sensorineural akibat rusaknya telinga dalam (koklea) terutama pada jalur saraf yang membawa sinyal dari telinga dalam ke otak.^{17,18,19}

Pada pasien didapatkan mulut mencong ke kanan serta pasien tidak dapat mengangkat alis mata kanan sehingga pada pasien dapat didiagnosis parese nervus fasialis perifer. Parese nervus fasialis merupakan salah satu komplikasi dari OMSK. Parese nervus fasialis yang berhubungan dengan OMSK onsetnya bisa tiba-tiba atau bertahap. Onset yang tiba-tiba biasanya disebabkan oleh eksaserbasi dari infeksi akut pada OMSK, sedangkan onset yang bertahap terjadi karena kompresi dari kolesteatoma atau jaringan granulasi.²⁰

Etiologi pasti dari parese nervus fasialis pada infeksi telinga kronis tidak sepenuhnya diketahui, akan tetapi keterlibatan inflamasi langsung dari nervus fasialis melalui kompresi tuba akibat edema berpengaruh dalam patofisiologi parese nervus fasialis. Teori lainnya mempercayai bahwa kolesteatoma dapat menyebabkan parese nervus fasialis melalui bahan neurotoksik yang dihasilkannya atau menyebabkan kerusakan tulang melalui berbagai aktivitas enzim.¹⁸

Tatalaksana pada pasien berupa terapi konservatif yaitu toilet telinga, pemberian antibiotik serta kortikosteroid. Pasien ini dilakukan irigasi telinga dengan NaCl 0,9%. Toilet atau pembersihan telinga dilakukan untuk menjaga agar telinga tetap bersih dan kering. Toilet telinga dapat menggunakan kapas lidi steril atau *suctioning* untuk menghilangkan pus dan debris. Toilet telinga dapat dilakukan 2-3x perhari.^{17,21}

Terapi kombinasi antibiotik topikal dan sistemik diberikan pada pasien OMSK dengan komplikasi.²¹ Antibiotik topikal yang diberikan pada pasien yaitu ofloxacin tetes telinga dua tetes dua kali sehari. Golongan kuinolon merupakan pilihan utama antibiotik topikal karena memiliki efek samping yang rendah dan lebih baik dari aminoglikosida. Kuinolon efektif terhadap kuman *P. aeruginosa* dan tidak menyebabkan efek samping seperti kokleotoksisitas dan vestibulotoksisitas.^{7,17}

Pada pasien diberikan antibiotik sistemik ciprofloxacin 500 mg tiga kali sehari. Antibiotik yang paling efektif untuk kuman *P. aeruginosa* dan *meticilin-resistant S. aureus* (MRSA) yang merupakan penyebab paling sering dari OMSK adalah ciprofloxacin dan kombinasi dari vancomycin dan trimethoprim-sulfamethoxazole.^{7,17} Metilprednisolon 16 mg diberikan tiga kali sehari sebagai terapi awal untuk mencegah komplikasi dan kerusakan nervus fasialis yang lebih lanjut sebelum pembedahan dilakukan.²⁰

Terapi pembedahan timpano-mastoidektomi diindikasikan pada OMSK dengan komplikasi seperti gangguan pendengaran, palsy nervus fasialis, abses subperiosteal, petrositis, meningitis, abses serebral dan fistula labirin.¹⁷ Terapi operatif lainnya yang disarankan adalah miringotomi dan dekompresi nervus fasialis. Edema dan kompresi saraf ditatalaksana dengan dekompresi dan menghilangkan matriks kolesteatoma atau jaringan granulasi terinfeksi.²⁰ Pasien diedukasi untuk menghindari masuknya air ke telinga (menjaga telinga tetap kering) untuk mengurangi rekurensi penyakit serta bertambah beratnya penyakit.²²

Prognosis pada pasien ditentukan dari onset paralisis nervus fasialis sampai dilakukannya operasi. Durasi yang lama dapat menyebabkan kerusakan yang lebih parah dari nervus fasialis dan hasil pembedahan yang buruk.²⁰ Perforasi membran timpani dapat menutup secara spontan, akan tetapi gangguan pendengaran ringan sampai sedang masih dapat menetap.²³ Frekuensi komplikasi dapat berkurang jika diterapi dengan efektif dan tepat, akan tetapi masih erosi dan efek penyebaran dari kolesteatoma yang menyebabkan prognosis yang parah.²⁴

Simpulan

Otitis media supuratif kronis adalah infeksi kronis di telinga tengah dengan perforasi membran timpani dan sekret yang keluar dari telinga tengah berlangsung lebih dari 6-8 minggu. Salah satu komplikasi OMSK adalah parese nervus fasialis. Tatalaksana konservatif dan operatif diperlukan pada OMSK tipe maligna dengan komplikasi.

Daftar Pustaka

1. World Health Organization (WHO). Deafness and hearing loss [internet]. Switzerland: WHO; 2017. [diperbarui tanggal Februari 2017; diakses tanggal 12 Mei 2017]. Tersedia dari: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/en/>
2. Djaafar ZA, Helmi, Restuti RD. Kelainan telinga tengah. Dalam: Efiaty AS, Nurbaiti I, Jenny B, Ratna DR, Editor. Buku ajar ilmu kesehatan telinga hidung tenggorok kepala leher edisi kelima. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2012. hlm. 57-69.
3. Basak B, Gayen GC, Das M, Dhar G, Ray R dan Das AK. Demographic profile of CSOM in rural tertiary care hospital. IOSR Journal of Pharmacy. 2014; 4(6):43-6.
4. Mahidiqbal, Adnan, Ihsanullah, Sharafat, Rehman MU dan Hussain G. Frequency of Complication in Chronic Suppurative Otitis Media. Journal of Saidu Medical College. 2013; 3(2):328-30.
5. Departemen kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI). Pedoman upaya kesehatan telinga dan pencegahan gangguan pendengaran untuk puskesmas. Jakarta: Depkes RI; 2005.
6. Das LCA, Jumani K dan Kashyap GCR. Subdural empyema: A rare complication of chronic otitis media. Med J Armed Forces India. 2005; 61(3): 281-3.
7. Roland PS. Chronic Suppurative Otitis Media [internet]USA: Medscape; 2017 [diperbarui tanggal 15 Maret 2017; diakses tanggal 13 Mei 2017]. Tersedia dari: <http://emedicine.medscape.com/article/859501-overview>
8. Kuo CL, Shiao AS, Yung M, Sakagami M, Sudhoff H, Wang CH et al. Updates and Knowledge Gaps in Cholesteatoma Research. BioMed Research International. 2015; 2015: 1-17
9. Tono T, Sakagami M, Kojima H, Yamamoto Y, Matsuda K, Komori M et al. Staging and classification criteria for middle ear cholesteatoma proposed by the Japan Otological Society. Auris Nasus Larynx. 2017; 44(2): 135-40.

10. Maniu A, Harabagiu O, Schrepler MP, Catana AA, Fanuta B dan Magoanta CA. Molecular biology of cholesteatoma. *Rom J Morphol Embryol*. 2014; 55(1): 7-13.
11. Utami TF, Sudarman K, Rianto BUD dan Christanto A. Rinitis alergi sebagai faktor risiko otitis media supuratif kronis. *Jurnal Cermin dunia kedokteran*. 2010; 179: 425-9
12. Zhang Y, Xu M, Zhang J, Zeng L, Wang Y dan Zheng QY. Risk factors for Chronic and recurrent otitis media – a meta-analysis. *J Plos one*. 2014; 9(1): 1-9
13. Ghosh A, Rana A dan Prasad S. Risk factors and microbiology of chronic suppurative otitis media and its clinical significance in a tertiary care setup in Western Uttar Pradesh, India. *International Journal of Current Medical And Applied Sciences (IJCMAA)*. 2015; 6(3): 177-83.
14. Aarhus L, Tambs K, Kvestad E dan Engdahl B. Childhood otitis media: a cohort study with 30-year follow-up of hearing (The hunt study). *Ear hearing J*. 2015; 36(3): 302-8.
15. Yorgancillar E, Akkus Z, Gun R, Yildirim M, Bakir S, Kinis V et al. Temporal bone erosion in patient with chronic suppurative otitis media. *B-ENT J*. 2013; 9(1): 17-22.
16. Viswanatha B, Naseerudin K, Ravikumar R, Vijayashree MS, Krishna N. Sensorineural hearing loss in complicated cholesteatomatous ear disease. *Research in Otolaryngology J*. 2014; 3(2):29-35.
17. Mittal R, Lisi CV, Gerring R, Mittal J, Mathee K, Narasimham G et al. Current concepts in the pathogenesis and treatment of chronic suppurative otitis media. *J Med Microbiol*. 2015; 64(10):1103-16.
18. Choi JW dan Park YH. Facial nerve paralysis in patients with chronic ear infections: surgical outcomes and radiologic analysis. *J Clinical and experimental otorhinolaryngology*. 2015; 8(3):218-23.
19. Viswanatha B, Naseeruddin K, Ravikumar R, Vijayashree MS dan Krishna N. Sensorineural hearing loss in complicated cholesteatomatous ear disease. *Research in Otolaryngology J*. 2014; 3(2):29-35.
20. Kim J, Jung GH, Park SY dan Lee WS. Facial nerve paralysis due to chronic otitis media: prognosis in restoration of facial function after surgical intervention. *Yonsei Med J*. 2012; 53(3):642-8.
21. Khatoon A, Rizvi M, Sultan A, Khan F, Sharma M, Shukla I et al. Chronic suppurative otitis media: a clinico-microbiological menace. *Int J Res Med Sci*. 2015; 3(8):1932-6.
22. Chandrashekarayya SH, Kavitha MM, Handi P, Khavasi P, Doddmani SS dan Riyas M. To study the level of awareness about complications of chronic suppurative otitis media (CSOM) in CSOM patient. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2014; 8(2):59-61.
23. Morris P. Chronic suppurative otitis media. *American Academy of Family Physicians J*. 2013; 88(10):694-6.
24. Baig MM, Ajmal M, Sedd I dan Fatima S. Prevalance of cholesteatoma and its complication in patients of chronic suppurative otitis media. *J RMC*. 2011; 15(1): 16-17