

Herpes Zoster pada Wajah Bagian Kanan

Resati Nando Panonsih¹, Amelia Valentine², Fezagustia Rizdanti², Endah Rachmawati², Risa Rismaya Risdinar², Nada Nisrina Imalambasi², Nafiisa Nur Faatin², Muhammad Fachmi Prayoga², Dewi Wahyu Setia Ningrum², Anisa Fitriani²

¹Departemen Kulit dan Kelamin Rumah Sakit Pertamina Bintang Amin

²Program Studi Profesi Dokter Universitas Malahayati

Abstrak

Herpes zoster merupakan manifestasi reaktivasi infeksi laten endogen virus varisela zoster di dalam neuron ganglion sensoris radiks dorsalis, ganglion saraf kranialis atau ganglion saraf autonomik yang menyebar ke jaringan saraf dan kulit dengan segmen yang sama. Penyakit herpes zoster terjadi sporadis sepanjang tahun tanpa mengenal musim. Insidens herpes zoster mencapai dua hingga tiga kasus per-seribu populasi tiap tahun. Insiden dan keparahan penyakitnya meningkat dengan bertambahnya usia. Lebih dari setengah jumlah dari keseluruhan kasus dilaporkan terjadi pada usia lebih dari 60 tahun dan komplikasi terjadi hampir 50% di usia tua. Herpes zoster jarang dijumpai pada usia dini (anak dan dewasa muda), namun bila terjadi, kemungkinan akibat varisela maternal saat kehamilan. Insidens herpes zoster pada pria dan wanita sama banyaknya. Risiko penyakit meningkat dengan adanya keganasan, atau dengan transplantasi sumsum tulang/ginjal atau infeksi HIV. Tidak terdapat predileksi gender. Herpes zoster bersifat menular namun daya tularnya kecil bila dibandingkan dengan varisela. Tatalaksana yang didapat oleh pasien yaitu observasi perdarahan, cek *vital sign* secara berkala, dan diberikan tatalaksana farmakologi berupa acyclovir 400mg tablet, dan acyclovir cream. Pasien disarankan untuk kontrol seminggu kemudian. Prognosis pada pasien ini yaitu dubia ad bonam.

Kata Kunci: Herpes zoster, virus, wajah

Herpes Zoster of Right Facial Region

Abstract

Herpes zoster is a manifestation of reactivation of latent endogenous infection of the varicella zoster virus in the neurons of the dorsal root sensory ganglion, cranial nerve ganglion or autonomic nerve ganglion which spreads to nerve tissue and skin in the same segment. Herpes zoster occurs sporadically throughout the year without knowing the season. The incidence of herpes zoster reaches two to three cases per thousand population each year. The incidence and severity of the disease increases with age. More than half of all cases reported occur in people over 60 years of age and complications occur in almost 50% of people in old age. Herpes zoster is rarely found at an early age (children and young adults), but when it occurs, it is likely due to maternal varicella during pregnancy. The incidence of herpes zoster in men and women is the same. The risk of disease increases with the presence of malignancy, or with bone marrow/kidney transplantation or HIV infection. There is no gender predilection. Herpes zoster is contagious but its transmission capacity is small compared to varicella. The treatment received by the patient was observing bleeding, checking vital signs periodically, and providing pharmacological treatment in the form of acyclovir 400mg tablets and acyclovir cream. Patients are advised to check in a week later. The prognosis for this patient is dubia ad bonam.

Key Words: Facial, herpes zoster, virus

Korespondensi: Endah Rachmawati, alamat : Jalan Pramuka, email : endahndooy8@gmail.com

Pendahuluan

Herpes zoster merupakan manifestasi reaktivasi infeksi laten endogen virus varisela zoster di dalam neuron ganglion sensoris radiks dorsalis, ganglion saraf kranialis atau ganglion saraf autonomik yang menyebar ke jaringan saraf dan kulit dengan segmen yang sama.¹ Penyakit herpes zoster terjadi sporadis sepanjang tahun tanpa mengenal musim. Insidens nya 2-3 kasus per-1000 orang/tahun. Insiden dan keparahan penyakitnya meningkat dengan bertambahnya usia. Lebih dari setengah jumlah keseluruhan kasus dilaporkan terjadi pada usia lebih dari 60 tahun dan

komplikasi terjadi hamper 50% di usia tua. Jarang dijumpai pada usia dini (anak dan dewasa muda); bila terjadi, kemungkinan dihubungkan dengan varisela maternal saat kehamilan. Insidens herpes zoster pada pria dan wanita sama banyaknya.³

Risiko penyakit meningkat dengan adanya keganasan, atau dengan transplantasi sumsum tulang/ginjal atau infeksi HIV. Tidak terdapat predileksi gender. Penyakit in bersifat menular namun daya tularnya kecil bila dibandingkan dengan varisela.⁴

Herpes zoster dapat dimulai dengan timbulnya gejala prodromal berupa sensasi abnormal atau nyeri otot lokal, nyeri tulang, pegal, parestesia sepanjang dermatom, gatal, rasa terbakar dari ringan sampai berat. Nyeri dapat menyerupai sakit gigi, pleuritis, infark jantung, nyeri duodenum, kolesistitis, kolik ginjal atau empedu, apendisitis.⁵

Kasus

Pasien datang ke Poli RSPBAH dengan keluhan timbul gelembung berisi cairan terasa panas dan nyeri di daerah dagu kanan, pipi kanan sampai daerah telinga sejak 5 hari yang lalu. Awalnya merasakan demam dan pusing, kemudian timbul gelembung berisi cairan di daerah dagu dan melebar ke bagian pipi sampai ke bagian telinga kanan dalam sehingga telinga kanan mengalami berdenging, di bagian dagu pasien tampak nanah mengering. Sebelumnya sudah minum obat yang di rekomendasikan dari orangtua pasien, obat tersebut (mupirocin, gabapetin dan acyclovyr). Hal ini baru di rasakan oleh pasien, Riwayat keluarga dan orang sekitar tidak mengalami hal serupa. Pasien memiliki riwayat alergi makanan seafood.



Gambar 1. Herpes zoster pada wajah bagian kanan

Status pasien didapatkan keadaan umum tampak sakit sedang, kesadaran compos mentis, *glasgow coma scale* 15, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 80x/menit, pernapasan 20x/menit, suhu 36,2°C, SpO₂ 99%, berat badan 53kg, dan tinggi badan 170cm. Pada pemeriksaan status generalisata, status dermatologis pada dagu kanan, pipi sampai ke bagian telinga pasien tampak vesikel multiple, eritema serta krusta di bagian dagu pasien. Tes manipulasi tidak dilakukan. Pada kepala didapatkan ekspresi wajah normal, muka simetris dan rambut normal. Pada mata tidak didapatkan ptosis dan eksoftalmus serta

endoftalmus, kelopak dan konjungtiva normal, lensa dan visus normal, sklera dan gerakan mata normal, lapang penglihatan dan tekanan bola mata normal, tidak didapatkan deviasi konjungtiva dan nystagmus, pupil isokor dengan diameter 3mm/3mm, refleks cahaya baik. Pada telinga tidak ada kelainan, hidung tidak ada kelainan, mulut tidak ada kelainan, leher juga tidak ada kelainan, *jugular venous pressure* tidak diukur dan kelenjar getah bening (KGB) normal. Pada thorax didapatkan bentuk simetris dan sela iga normal. Pada paru dengan pemeriksaan inspeksi didapatkan bentuk dada normal, pemeriksaan palpasi tidak teraba massa dan tidak didapatkan krepitasi, pemeriksaan perkusi pada kanan dan kiri terdapat di ICS V dan batas paru hepar didapatkan redup di ICS VI, pemeriksaan auskultasi pada bagian kanan dan kiri didapatkan vesikuler mulai di ICS V. pada jantung dengan pemeriksaan inspeksi didapatkan iktus kordis tidak terlihat, pemeriksaan palpasi didapatkan iktus kordis teraba normal, pemeriksaan perkusi batas jantung sulit ditentukan, dan pemeriksaan auskultasi didapatkan bunyi jantung I dan II normal. Pada pemeriksaan abdomen dengan pemeriksaan inspeksi didapatkan simetris dan tidak ada distensi, pemeriksaan palpasi tidak didapatkan nyeri tekan dan nyeri ketok CVA kemudian hati dan limpa tidak teraba dan tidak ada ballotement ginjal, pada pemeriksaan perkusi tidak didapatkan *shifting dullnes*, pada pemeriksaan auskultasi didapatkan peristaltik usus normal. Pada pemeriksaan ekstremitas atas dan bawah didapatkan motorik normal, refleks fisiologis normal, sensibilitas baik, tidak didapatkan edema, tidak didapatkan tremor, dan CRT kurang dari 2 detik (normal).

Diagnosis kerja pada pasien adalah herpes zooster facial dextra. Diagnosis banding adalah dermatitis venenata atau dermatitis kontak, herpes zooster, herpes simplek, varisela, impetigo vesikobulosa. Tatalaksana yang didapat oleh pasien yaitu observasi perdarahan, observasi *vital sign* secara berkala, dan tatalaksana farmakologi berupa acyclovir 400mg tablet, acyclovir cream, pasien disarankan untuk kontrol seminggu kemudian. Prognosis pada

Pembahasan

Herpes zoster adalah radang kulit dengan sifat khas yaitu vesikel-vesikel yang tersusun berkelompok sepanjang persarafan sensorik kulit sesuai dermatom. Herpes zoster dikenal juga dengan istilah *shingles* yaitu penyakit neurokutan dengan manifestasi erupsi vesicular berkelompok dengan dasar eritematosa disertai nyeri radikular unilateral yang umumnya terbatas di satu dermatom.²

Hope Simpson, 1965, mengajukan hipotesis bahwa imunitas terhadap varisela zoster virus berperan dalam patogenesis herpes zoster terutama imunitas selularnya. Mengikuti infeksi primer virus varisela-zoster (varisela), partikel virus dapat tetap tinggal di dalam ganglion sensors saraf spinalis, kranialis atau otonom selama tahunan.⁵ Pada saat respons imunitas selular dan titer antibodi spesifik terhadap virus varisela-zoster menurun (misal oleh karena umur atau penyakit immunosupresif) sampai tidak lagi efektif mencegah infeksi virus, maka partikel virus varisela-zoster *late onset* tersebut mengalami reaktivasi dan menimbulkan ruam kulit yang terlokalisata di dalam satu dermatom. Faktor lain seperti radiasi, trauma fisik, obat-obat tertentu infeksi lain, atau stress dapat dianggap sebagai pencetus walaupun belum pasti.⁶

Herpes zoster dapat dimulai dengan timbulnya gejala prodromal berupa sensasi abnormal atau nyeri otot lokal, nyeri tulang, pegal, parestesia sepanjang dermatom, gatal, rasa terbakar dari ringan sampai berat. Nyeri dapat menyerupai sakit gigi, pleuritis, infark jantung, nyeri duodenum, kolesistitis, kolik ginjal atau empedu, apendisitis.⁵ Dapat juga dijumpai gejala konstitusi misalnya nyeri kepala, malaise dan demam. Gejala prodromal dapat berlangsung beberapa hari (1-10 hari, rata-rata 2 hari). Setelah awitan gejala prodromal, timbul erupsi kulit yang biasanya gatal atau nyeri terlokalisata (terbatas di satu dermatom) berupa makula kemerahan. Kemudian berkembang menjadi papul, vesikel jernih berkelompok selama 3-5 hari. Selanjutnya isi vesikel menjadi keruh dan akhirnya pecah menjadi krusta (berlangsung selama 7-10 hari). Erupsi kulit mengalami involusi setelah 2-4 minggu. Sebagian besar kasus herpes zoster, erupsi kulitnya menyembuh secara spontan tanpa gejala sisa.

Pada sejumlah kecil pasien dapat terjadi komplikasi berupa kelainan mata (10-20% penderita) bila menyerang di daerah mata, infeksi sekunder, dan neuropati motorik. Kadang-kadang dapat terjadi meningitis, ensefalitis atau myelitis.⁷ Komplikasi yang sering terjadi adalah neuralgia pasca herpes (NPH), yaitu nyeri yang masih menetap di area yang terkena walaupun kelainan kulitnya sudah mengalami resolusi. Perjalanan penyakit herpes zoster pada penderita imunokompromais sering rekuren, cenderung kronik persisten, lesi kulitnya lebih berat (terjadi bula hemoragik, nekrotik dan sangat nyeri), tersebar diseminata, dan dapat disertai dengan keterlibatan organ dalam.⁸

Bila virusnya menyerang nervus fasialis dan nervus auditorius, terjadi sindrom Ramsay-Hunt yatt, erupsi kulit timbul di liang telinga luar atau membrane timpani disertai paresis fasialis. gangguan lakrimasi, gangguan pengecap 2/3 bagian depan lidah; tinitus, vertigo dan tuli. Terjadi herpes zoster oftalmikus bila: virus menyerang cabang pertama nervus trigeminus. Bila mengenai anak cabang nasosiliaris (timbul vesikel di puncak hidung yang dikenal sebagai tanda Hutchinson) kemungkinan besar terjadi kelainan mata. Walaupun jarang dapat terjadi keterlibatan organ dalam.⁸

Dikenal beberapa variasi klinis herpes zoster antara lain zoster sine herpete bila terjadi nyeri segmental yang tidak diikuti dengan erupsi kulit. Herpes zoster abortif bila erupsi kulit hanya berupa eritema dengan atau tanpa vesikel yang langsung mengalami resolusi sehingga perjalanan penyakitnya berlangsung singkat. Disebut herpes zoster aberans bila erupsi kulitnya melalui garis Tengah.⁹ Tampak vesikel bersifat unilokular dan biasanya terdapat pada stratum granulosum, kadang-kadang terjadi di daerah subdermal. Temuan penting adalah sek balon yaitu sel stratum spinosum yang mengalami degenerasi dan membesar juga badan inklusi ('lipschutz') yang tersebar dalam inti sel epidermis, jaringan endotel pembuluh darah.¹⁰

Herpes zoster awal dapat didiagnosis banding dengan dermatitis venenata atau dermatitis kontak. Herpes zoster yang timbul di daerah genitalia mirip dengan herpes simpleks sedangkan herpes zoster diseminata dapat

mirip dengan varisela namun pada varisela lesi menyebar sentrifugal dan selalu di sertai demam, impetigo vesikobulosa menjadi diagnosis banding dengan gambaran vesikel dan bula yang cepat pecah menjadi krusta, namun sering terjadi pada anak-anak.⁵ Diagnosis penyakit herpes zoster sangat jelas, karena gambaran klinisnya memiliki karakteristik tersendiri. Untuk kasus-kasus yang tidak jelas, deteksi antigen atau nucleic acid varicella zoster virus, isolasi virus dari sediaan hapus lesi atau pemeriksaan antibody IgM spesifik diperlukan. Pemeriksaan dengan teknik polymerase chain reaction (PCR) merupakan tes diagnostik yang paling sensitive dan spesifik (dapat mendeteksi DNA virus varisela zoster dari cairan vesikel). Pemeriksaan kultur virus mempunyai sensitivitas yang rendah karena virus herpes labil dan sulit to recover dari cairan vesikel. Pemeriksaan direct immunofluorescent antigen-staining lebih cepat serta mempunyai sensitivitas yang lebih tinggi daripada kultur dan dipakai sebagai tes diagnostik alternatif bila pemeriksaan PCR tidak tersedia.⁷

Prinsip dasar pengobatan herpes zoster adalah menghilangkan nyeri secepat mungkin dengan cara membatasi replikasi virus, sehingga mengurangi kerusakan saraf lebih lanjut. Pengobatan sistemik dapat berupa obat antivirus yang terbukti menurunkan durasi lesi herpes zoster dan derajat keparahan nyeri herpes zoster akut. Efektivitasnya dalam mencegah NPH masih kontroversial. Tiga antivirus oral yang disetujui oleh *Food and Drug Administration* (FDA) untuk terapi herpes zoster, famsiklovir (Famvir®), valasiklovir hidroklorida (Valtrex®), dan asiklovir (Zovirax®). Bioavailabilitas asiklovir hanya 15-20%, lebih rendah dibandingkan valasiklovir (65%) dan famsiklovir (77%). Antivirus famsiklovir yang diberikan 3 kali sehari 500 mg per pemberian atau valasiklovir 3 kali 1000 mg per pemberian atau asiklovir 5 kali 800 mg diberikan sebelum 72 jam awitan lesi selama 7 hari.¹⁰

Pemberian kortikosteroid oral sering dilakukan, walaupun berbagai penelitian menunjukkan hasil beragam. Prednison yang digunakan bersama asiklovir dapat mengurangi nyeri akut. Hal ini disebabkan penurunan derajat neuritis akibat infeksi virus dan kemungkinan juga menurunkan derajat

kerusakan pada saraf yang terlibat. Akan tetapi pada penelitian lain, penambahan kortikosteroid hanya memberikan sedikit manfaat dalam memperbaiki nyeri dan tidak bermanfaat untuk mencegah NPH, walaupun memberikan perbaikan kualitas hidup. Mengingat risiko komplikasi terapi kortikosteroid lebih berat daripada keuntungannya, Departemen Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia-Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo tidak menganjurkan pemberian kortikosteroid pada herpes zoster.⁸ Analgetik diberikan pada pasien dengan nyeri akut ringan yang menunjukkan respons baik terhadap *anti inflammatory non steroid drugs* (AINS) seperti asetosal, piroksikam, ibuprofen, diklofenak, atau analgetik non opioid (parasetamol, tramadol, asam mefenamat). Kadang-kadang dibutuhkan opioid (kodein, morfin atau oksikodon) untuk pasien dengan nyeri kronik hebat. Pernah dicoba pemakaian kombinasi parasetamol dengan kodein 30-60 mg.⁴ Anti depresan dan anti konvulsan juga dapat diberikan, penelitian-penelitian terakhir menunjukkan bahwa kombinasi terapi asiklovir dengan antidepresan trisiklik atau gabapentin sejak awal mengurangi prevalensi NPH.³

Terapi *analgetic topical* dapat berupa kompres terbuka dengan solusio burowi dan solusio calamin (caladryl) pada lesi akut untuk mengurangi nyeri dan pruritus. Kompres dengan solusio burowi (aluminium asetat 5%) dilakukan 4 hingga 6 kali sehari selama 30 sampai 60 menit. Kompres dingin atau *coldpack* juga sering digunakan.⁶ Berbagai AINS topikal seperti bubuk aspirin dalam kloroform atau etil eter, krim indometasin dan diklofenak banyak dipakai. Balakrishnan S dkk. (2001), melaporkan asam asetil salisilat topikal dalam pelembab lebih efektif dibandingkan aspirin oral dalam memperbaiki nyeri akut. Aspirin dalam etil eter atau kloroform dilaporkan aman dan bermanfaat menghilangkan nyeri untuk beberapa jam. Krim indometasin sama efektifnya dengan aspirin, dan aplikasinya lebih nyaman. Penggunaannya pada area luas dapat menyebabkan gangguan gastrointestinal akibat absorpsi per kutan. Penelitian lain melaporkan bahwa krim indometasin dan diklofenak tidak lebih baik dari placebo.⁸ Pemberian anestetik lokal pada berbagai lokasi sepanjang jaras saraf yang terlibat dalam

herpes zoster telah banyak dilakukan untuk menghilangkan nyeri. Pendekatan seperti infiltrasi lokal subkutan, blok saraf perifer, ruang paravertebral atau epidural, dan blok simpatis untuk nyeri yang berkepanjangan sering digunakan. Akan tetapi, dalam studi prospektif dengan kontrol berskala besar, efikasi blok saraf terhadap pencegahan NPH belum terbukti dan berpotensi menimbulkan risiko.^{4,7} Pemberian kortikosteroid berupa krim losio kortikosteroid tidak dapat mengurangi risiko terjadinya NPH.⁹ Pemberian *booster* vaksin varisela strain oka terhadap orang tua harus dipikirkan untuk meningkatkan kekebalan spesifik sehingga dapat memodifikasi perjalanan penyakit herpes zoster.¹⁰

Simpulan

Diagnosis penyakit herpes zoster sangat jelas, karena gambaran klinisnya memiliki karakteristik tersendiri. Untuk kasus-kasus yang tidak jelas, deteksi antigen atau nucleic acid varicella zoster virus, isolasi virus dari sediaan hapus lesi atau pemeriksaan antibody IgM spesifik diperlukan. Pemeriksaan dengan teknik *polymerase chain reaction* (PCR) merupakan tes diagnostik yang paling *sensitive* dan spesifik (dapat mendeteksi DNA virus varisela zoster dari cairan vesikel).

Pemeriksaan kultur virus mempunyai sensitivitas yang rendah karena sifat virus herpes yang tidak stabil. Pemeriksaan *direct immunofluorescent antigen-staining* lebih cepat serta mempunyai sensitivitas yang lebih tinggi daripada kultur dan dipakai sebagai tes diagnostik alternatif bila pemeriksaan PCR tidak tersedia.

Daftar Pustaka

1. Fitriani F, Kariosentono H, Prasetyorini BE, Oktriana P, Amelinda N. Tata Laksana Herpes Zoster. Departemen Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta, Rumah Sakit Dr. Moewardi. Medical review journal. 2021 Dec 1;34:51.
2. Harlim A. Buku Ajar Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin Fk UKI. 2019.
3. Jusri M, Marlina E. Diagnosis klinis infeksi herpes zoster (laporan kasus) Clinic diagnosis of herpes zoster (case report). Journal of Dentomaxillofacial Science. 2011 Oct 30;10(3):161-5.
4. Shendy M. Terapi Pada Pasien Lanjut Usia dengan Herpes Zoster. Jurnal Medula. 2016 Jan 1;4(3):110-4.
5. Siregar RS. Atlas Berwarna Saripati Penyakit Kulit Jakarta. EGC. 2014
6. Achar A, CHAKRABORTY PP, Ghosh T, Naskar B, TAPOBRATA G, SAMIRAN B. Clinical efficacy and tolerability of valacyclovir versus acyclovir in treatment of herpes zoster. 2011;52-57.
7. Latheef EA, Pavithran K. Herpes zoster: a clinical study in 205 patients. Indian journal of dermatology. 2011 Sep 1;56(5):529-32.
8. Arvin AM. Antiviral therapy for varicella and herpes zoster. In Seminars in pediatric infectious diseases 2002 Jan 1 (Vol. 13, No. 1, pp. 12-21). WB Saunders.
9. Cohen EJ, Jeng BH. Herpes zoster: a brief definitive review. Cornea. 2021 Aug 1;40(8):943-9.
10. Kappa-Opioid PD. AAPM 2016 Annual Meeting Abstracts. Pain. 2013:7.