

## Herpes Zoster Dermatome Nervus C6-C7 Pada Penderita TB-MDR : Laporan Kasus Mitha Miftahul Jannah<sup>1</sup> Yulisna<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

<sup>2</sup>Bagian Ilmu Kedokteran Kulit dan Kelamin, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

### Abstrak

Herpes zoster (HZ) adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh reaktivasi virus varisela zoster (VVZ) yang bersifat terlokalisir, terutama menyerang orang dewasa dengan ciri nyeri radikuler, unilateral, dan gerombolan vesikel yang tersebar sesuai dermatom yang diinervasi oleh satu ganglion saraf sensoris. Faktor-faktor yang berpotensi menyebabkan reaktivasi adalah: pajanan VVZ sebelumnya (cacar air, vaksinasi), usia lebih dari 50 tahun, keadaan imunokompromais, obat-obatan immunosupresif, HIV/AIDS, transplantasi sumsum tulang atau organ, keganasan, terapi steroid jangka panjang, stres psikologis, trauma dan tindakan pembedaan. Insidens HZ pada anak-anak 0.74 per 1000 orang per tahun. Insidens ini meningkat menjadi 2,5 per 1000 orang di usia 20-50 tahun, 7 per 1000 orang di usia lebih dari 60 tahun dan mencapai 10 per 1000 orang per tahun di usia 80 tahun. Kasus : dilaporkan kasus Ny. P, 55 thn dengan diagnosis herpes zoster disertai TB MDR dengan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik diberikan terapi Acyclovir tab 5x800 mg PO/hari selama 7 hari, paracetamol tab 3x500 mg PO/hari bila perlu, bedak salicyl 2 % dioleskan pada lesi 3x/hari dan diberikan obat TB MDR yaitu cycloserin, etionamid dan moxifloxacin. Kesimpulan: Pasien menunjukkan hasil terapi baik.

**Kata kunci:** Herpes zoster, laporan kasus, virus varisela zoster

## Herpes Zoster Dermatome Nervus C6-C7 In TB-MDR Patients : Case Report

### Abstract

Herpes shingles (HZ) is an infectious disease caused by the reactivation of the varicella shingles virus (VVZ). Are localized, mainly attacking adults with a characteristic of radicular pain, unilateral, and a horde of vesicles that are dispersed according to dermatoms that are inervated by a single sensory nerve ganglion. Factors that potentially lead to reactivation are: previous exposure to VVZ (chickenpox, vaccination), age more than 50 years, Immunocompromais state, immunosuppressive drugs, HIV/AIDS, bone marrow transplantation or organ, violence, therapy Long-term steroids, psychological stress, trauma and the act of Distinction. Incidence of HZ in children 0.74 from 1000 person per year. This incidence increased to 2.5 from 1000 people at age 20-50 (adult age), 7, from 1000 people aged more than 60 years (older adult age) and reached 10 from 1000 person per year at the age of 80. Case: reported case of Mrs. P, 55 yo with a diagnosis of herpes shingles with TB MDR with based on anamnesis and physical examination administered therapy acyclovir tab 5x800 mg PO/day for 7 days, Paracetamol tab 3x500 mg PO/day if necessary, powder salicyl 2% applied on the lesions 3x/day and given the drug TB MDR namely Cycloserin, etionamides and moxifloxacin. Conclulsion: The patient showed good therapeutic results.

**Keywords:** Case report, herpes zoster, varisela zoster virus,

Korespondensi: Mitha Miftahul Jannah | Perumahan Bumi Puspa Kencana Blok. GG No.6 Bandar Lampung | 08974128596 | [mithamifjannah@gmail.com](mailto:mithamifjannah@gmail.com)

### Pendahuluan

Herpes zoster (HZ) adalah penyakit yang disebabkan oleh virus Varisela-zoster yang bersifat terlokalisir, terutama menyerang orang dewasa dengan ciri berupa nyeri radikuler, unilateral, dan gerombolan vesikel yang tersebar sesuai dermatom yang diinervasi oleh satu ganglion saraf sensoris.<sup>1</sup>

Penyebab reaktivasi tidak sepenuhnya dimengerti tetapi di perkirakan terjadi pada kondisi gangguan imunitas selular. Kejadian HZ

meningkat secara dramatis seiring dengan bertambahnya usia. Kira-kira 30% populasi (1 dari 3 orang) akan mengalami HZ selama masa hidupnya, bahkan pada usia 85 tahun, 50 % (1 dari 2 orang) akan mengalami HZ. Insidens HZ pada anak-anak 0.74 per 1000 orang per tahun. Insidens ini meningkat menjadi 2,5 per 1000 orang di usia 20-50 tahun 7, per 1000 orang di usia lebih dari 60 tahun dan mencapai 10 per 1000 orang per tahun di usia 80 tahun.<sup>2</sup>

Frekuensi untuk terjadinya herpes zoster akan meningkat jika seseorang terinfeksi human immunodeficiency virus (HIV), mengalami keganasan hematologi, melakukan transplantasi organ atau tulang belakang, menderita lupus eritematosus dan sedang melakukan terapi immunosupresif.<sup>3</sup>

Faktor risiko utama untuk herpes zoster adalah bertambahnya usia. Dengan meningkatnya waktu setelah infeksi virus varicella, ada penurunan tingkat kekebalan sel T terhadap virus varisella zoster. Orang dengan riwayat keluarga menderita herpes zoster akan lebih besar terkena herpes zoster daripada orang yang tidak ada riwayat keluarga herpes zoster. Varisela yang terjadi saat dalam masa kandungan atau awal masa kanak-kanak, dimana ketika sistem kekebalan selular tidak sepenuhnya matang, berhubungan dengan herpes zoster di masa kanak-kanak.<sup>4</sup>

Komplikasi herpes zoster yaitu neuralgia postherpetik (PHN) dan masalah oftalmik. Neuralgia postherpetik biasanya didefinisikan sebagai rasa sakit pada dermatom yang masih ada selama satu bulan setelah onset ruam, kadang-kadang bisa terjadi selama tiga bulan. Meskipun PHN dapat hilang setelah beberapa bulan, juga dapat berkembang menjadi sindrom sakit terus-menerus. Komplikasi yang lain pneumonitis dan ensefalitis.<sup>5</sup>

### Kasus

Seorang perempuan Ny. P, 55 tahun dirawat di ruang Paru Melati Rumah Sakit Abdul Moeloek pada tanggal 18 Juli 2019 karena batuk berdarah dengan diagnose TB-MDR.

Pada awalnya, 2 hari sebelum dirawat pasien mengatakan badannya terasa lemas, sakit kepala dan demam namun tidak terlalu tinggi. Setelah 2 hari masa perawatan, pasien tiba-tiba merasa gatal disertai rasa terbakar pada lengan bawah kiri dekat siku. Gatal dirasakan terus menerus dan memberat. Satu hari setelah gatal muncul, timbul kelainan kulit berupa bintil – bintil kemerahan berisi cairan pada lokasi gatal dekat siku. Bintil tersebut berukuran sebesar biji jagung dan saling berkelompok menjadi sebesar uang koin. Dua hari setelahnya, keluhan kulit yang sama menyebar dan muncul pada telapak tangan

pergelangan tangan kiri pasien. Pasien mengaku bintil – bintil tersebut tidak pernah pecah dan mengeluarkan cairan atau darah. Nyeri semakin memberat ketika bintil bintil tersebut ditekan.

Keluhan hanya muncul terbatas pada satu bagian tubuh saja. Riwayat penggunaan sabun, detergen, pewangi pakaian dengan merek baru, minyak wangi dan minyak urut disangkal. Riwayat terpapar logam (kancing) disangkal. Riwayat berkecukupan dan digigit serangga sebelum munculnya keluhan disangkal. Pasien mengaku baru pertama kali mengalami keluhan. Riwayat kelainan yang sama pada kelamin disangkal. Riwayat TB – MDR sejak 8 bulan yang lalu. Pasien memiliki riwayat DM tipe 2. Pasien mengatakan tidak ingat apakah memiliki riwayat cacar air.

Pada status generalis didapatkan KU sakit sedang, kesadaran compos mentis, frekuensi nadi 88x/menit, frekuensi nafas 20x/menit, dan suhu 36,7°C. Pembesaran kelenjar limfe tidak didapatkan. Pada pemeriksaan status lokalis regio antebrachii sinistra et palmar manus sinistra setinggi C6-C7 didapatkan lesi berupa vesikel berdasar eritem, batas tegas, multiple, bentuk irregular, berukuran lenticular – nummular, tersebar diskret sebagian konfluens dengan gambaran zosteriformis, (gambar 1, 2 dan 3).



**Gambar 1. Lesi pada Lengan**

Pada pemeriksaan penunjang, darah rutin di RSUD Abdul Moeloek pada tanggal 18/07/2019; Hb: 9,4 g/dL; Ht: 26%; Leukosit: 3.500/uL; Trombosit: 216.000/uL. GDS 288 mg/dL; Albumin 3,5 g/dL; Protein total 7,0 g/dL; Globulin 3,5 g/dL. Pemeriksaan elektrolit pada tanggal 18/07/2019; Natrium: 137

mmol/L; Kalium: 2,4mmol/L; Calsium: 7,9 mg/dL; Chlorida: 90 mmol/L.



**Gambar 2. Lesi pada Telapak Tangan**



**Gambar 3. Lesi pada Lengan Pasien membentuk gambaran herpetiformis**

Pemeriksaan radiologi (rotgen thorax) 15/07/2019 memberikan kesan tampak fibroinfiltrat di lapang tengah kanan dan lapang bawah kiri ec gambaran tb paru aktif. Pada pemeriksaan geneXpert MTB/RIF (15/07/2019) didapatkan hasil Rif Resistance Detected.

Pasien didiagnosa banding dengan Herpes Zoster, Dermatitis Venenata, Dermatitis Kontak Iritan dan Dermatitis Kontak Alergi. Pasien di diagnosa kerja dengan Herpes Zoster setinggi nervus C6 – C7 dengan TB-MDR.

Pasien diterapi dengan 2 cara yaitu, secara tatalaksana umum dan tatalaksana khusus. Untuk tatalaksana umum pasien diberi KIE mengenai penyakit nya. Untuk tatalaksana khusus pasien yaitu Asyclovir tab 5x800 mg PO/hari selama 7 hari; Paracetamol tab 3x500 mg PO/hari bila perlu; Bedak Salicyl 2% dioleskan pada lesi 3x/hari, untuk TB-MDR pasien diberikan cycloserin, etionamid dan moxifloxacin.

### **Pembahasan**

Penyakit herpes zoster diakibatkan oleh virus varisella zoster. Infeksi VZV primer juga dikenal dengan cacar, biasanya terjadi pada

masa kanak-kanak, namun infeksi VZV berlanjut menginfeksi individu seumur hidup, virus kemudian berkembang di sepanjang sumsum tulang di ganglia dorsalis. Biasanya virus varisela zoster mengalami reaktivasi, menyebabkan infeksi rekuren yang dikenal dengan nama herpes zoster atau shingles. Cara utama penularan virus varisela zoster yaitu ditularkan melalui orang ke orang yang kontak langsung cairan dari kulit yang lesi atau terinfeksi dari sekresi pernafasan.<sup>6</sup>

Menurut Weaver, herpes zoster adalah akibat dari infeksi VZV yang mengalami reaktivasi setelah masa dorman di ganglion dorsalis. Mula-mula penderita mengalami demam atau panas, sakit kepala, lemas dan fotofobia akut disertai nyeri yang terbatas pada satu sisi tubuh saja. Pada fase akut selanjutnya muncul makula kecil eritematosa di bagian tubuh yang nyeri, dalam 1-2 hari akan berubah cepat menjadi papul dan kemudian berkembang menjadi vesikel, semakin hari menyebar dan membesar, dapat disertai dengan rasa gatal dan nyeri yang tak tertahankan. Hal tersebut sesuai pada pasien ini, karena didapatkan gejala prodromal ditandai dengan badan terasa lemas, sakit kepala dan demam namun tidak terlalu tinggi diikuti munculnya bintil bintil kecil berisi cairan pada lengan kiri dan telapak tangan kiri yang terasa gatal dan nyeri.<sup>7</sup>

Faktor risiko terjadinya Herpes zoster pada pasien ini adalah usia tua dan TB-MDR yang diderita oleh pasien sejak 8 bulan yang lalu hal tersebut sesuai karena factor risiko dari herpes zoster antara lain usia tua dan disfungsi imunitas seluler. Pasien dengan supresi imun memiliki risiko 20-100 kali lebih besar dibanding pasien imunokompeten. Keadaan immunosupresi yang berhubungan dengan risiko terjadinya HZ adalah infeksi HIV (Human Immunodeficiency Virus), pasien yang menjalani transplantasi organ, leukemia, limfoma, radioterapi, kemoterapi, dan penggunaan kortikosteroid jangka panjang. Faktor lain yang dilaporkan sebagai salah satu faktor risiko terjadinya HZ adalah jenis kelamin perempuan, adanya trauma fisik pada dermatom yang terkena dan tindakan pembedahan.<sup>8</sup>

Cairan vesikel akan menjadi keruh disebabkan masuknya sel radang sehingga akan menjadi pustula. Lesi kemudian akan mengering yang diawali pada bagian tengah sehingga terbentuk umbilikasi dan akhirnya akan menjadi krusta dalam waktu yang bervariasi antara 2-12 hari, krusta akan lepas dalam waktu 1-3 minggu, dan sembuh dalam waktu 3-4 minggu.<sup>9</sup>

Pada kasus, lokasi herpes zoster yaitu regio antebrachii sinistra posterior proksimal sisi lateral et distal sisi medial terdapat lesi berupa vesikel berdasar eritem, berkelompok, berukuran lenticular-numular, sirkumskrip berbentuk irregular, multiple, tersebar diskret sebagian tampak konfluens, membentuk gambaran herpetiformis. Kemudian pada lokasi regio palmar manus sinistra proksimal sisi medial terdapat lesi berupa vesikel berdasar eritem, berkelompok, berukuran lenticular, sirkumskrip, berbentuk irregular, multiple, tampak konfluens membentuk gambaran herpetiformis. Regio antebrachii sinistra posterior proksimal sisi lateral et distal sisi medial dan region palmar manus sinistra proksimal sisi medial di persarafi oleh cabang nervus C6-C7 hal tersebut menandakan bahwa tempat laten dari virus varisela zoster dalam ganglion dorsalis C6 – C7. Dalam ganglion, virus memasuki masa laten dan tidak mengadakan multiplikasi lagi. Namun, reaktivasi terjadi jika sistem imun tubuh menurun. Karakteristik penyakit ini ditandai dengan adanya ruam vesikular unilateral yang berkelompok dengan nyeri yang radikular sekitar dermatom.<sup>10</sup>

Diagnosis banding yaitu herpes simpleks, biasanya didahului gejala sistemik seperti demam, anoreksia dan malaise dengan gejala klinis ditemukan vesikel yang berkelompok diatas kulit yang eritematosa, terdapat cairan yang jernih kemudian bisa menjadi seropurulen. Bisa ditemukan krusta dan ulserasi yang dangkal. Lokasi pada bibir atau genitalia. Dermatitis Numularis dengan gejala klinis lesi berukuran sebesar uang koin logam dan Dermatitis Kontak dengan gejala klinis lesi eritem, vesikel, bula dengan rasa panas pada daerah kontak.<sup>11</sup>

Untuk menegakkan diagnosis secara pasti dapat dilakukan pemeriksaan laboratorium polymerase chain reaction (PCR)

merupakan tes yang paling sensitif dan spesifik dengan sensitifitas berkisar 97-100%. Tes ini dapat menemukan asam nukleat dari virus varicella zoster. Selain itu dapat dilakukan pemeriksaan tes Tzank, preparat diambil dari discraping dasar vesikel yang masih baru kemudian diwarnai dengan *Hematoxylin Eosin, Giemsa, Wright toluidine blue*. Preparat diperiksa dengan menggunakan mikroskop dan hasil akan menunjukkan sel giant multinuleat. Tes ini tidak dapat membedakan antara virus varicella zoster dengan herpes simpleks virus. Pemeriksaan ini sensitifitasnya sekitar 84%. Pada kasus tidak dilakukan pemeriksaan Tzank.<sup>6</sup>

Tujuan utama terapi pada pasien herpes zoster yaitu untuk mempercepat penyembuhan, mencegah kearah yang lebih parah, mengurangi rasa nyeri akut dan kronis dan mengurangi komplikasi. Terapi antiviral yang dapat diberikan asiklovir, famciclovir, valacyclovir, obat ini dapat menghambat polimerase VZV. Asiklovir diberikan 5 kali 800 mg sehari selama 7 – 10 hari atau famciclovir diberikan 250-500 mg 3 kali sehari selama 7 hari. Obat ini diekresikan di ginjal sehingga dosisnya memungkinkan terjadinya insufisiensi ginjal atau alternatif obat lain yaitu valacyclovir diberikan sebanyak 1000 mg 3 kali sehari. Asiklovir bekerja sebagai DNA polymeraseinhibitor pada virus varisela zoster. Pada kasus pasien diberikan asiklovir dengan dosis 5 x 800 mg tab PO hal tersebut sudah sesuai dengan tatalaksana untuk herpes zoster.<sup>12,13,14</sup>

Pemberian bedak dapat diberikan jika masih dalam stadium vesikel tujuannya supaya vesikel tidak pecah sehingga tidak terjadi infeksi sekunder. Dilakukan kompres terbuka bila terjadi erosi dan dapat diberikan salep antibiotik bila terjadi ulserasi. Obat topikal yang banyak diberikan adalah bedak salisil yaitu 57,6%, antibiotik topikal krim natrium fusidat 2% (20,3%), mupirosin (2,5%) untuk lesi yang berupa erosi dan kompres normal saline (5,9%) untuk lesi yang berupa krusta. Pada kasus pasien diberikan bedak salisil 2 % dioleskan 3x/hari dengan tujuan mencegah pecahnya vesikel sehingga tidak terjadi infeksi sekunder.<sup>15</sup>

Analgesik diberikan untuk mengurangi

nyeri yang ditimbulkan VHZ dan antibiotik diberikan bila didapatkan infeksi sekunder. Pada kasus, efek analgesic dan antipiretik didapatkan dari paracetamol 3 x 500 mg tab PO.<sup>12</sup>

KIE (komunikasi, informasi, edukasi) diberikan untuk mencegah penularan, menjaga lesi tetap kering, dan menjaga kebersihan lesi untuk mengurangi resiko superinfeksi bakteri. Prognosis pasien pada kasus ini baik.

### Simpulan

Seorang pasien perempuan, 55 thn menderita Herpes zoster (HZ) setinggi nervus C6-C7. Reaktivasi pada pasien terjadi dengan factor risiko usia tua dan TB-MDR.

Pada pemeriksaan status lokalis regio antebrachii sinistra et palmar manus sinistra setinggi C6-C7 didapatkan lesi berupa vesikel berdasar eritem, batas tegas, multiple, bentuk irregular, berukuran lenticular – nummular, tersebar diskret sebagian konfluens dengan gambaran zosteriformis.

Tatalaksana umum pasien diberikan KIE mengenai penyakitnya. Untuk tatalaksana khusus berupa Asyclovir tab 5x800 mg PO/hari selama 7 hari; Paracetamol tab 3x500 mg PO/hari bila perlu; Bedak Salicyl 2% dioleskan pada lesi 3x/hari, untuk TB-MDR pasien diberikan cycloserin, etionamid dan moxifloxacin.

### Daftar Pustaka

1. Oxman MN, Schmader KE. Varicella and herpes zoster. In: Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ, Wolff K, editors. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 8th ed. New York: McGraw Hill Companies. 2012. p. 2383-400.
2. Erdina, Hanny, Hans L, Nurjannah, Sjaiful, Syamsuridjal. 2014. Buku Panduan Herpes Zoster di Indonesia 2014. Badan Penerbit FK-UI.
3. Schmader K, John W G, C Peter W. The Epidemiological, Clinical, and Pathological Rationale for Herpes Zoster Vaccine. JID 2008: 197.
4. Cohen J. Herpes Zoster. N Engl J Med 2013; 369: 255-63.
5. Opsteltd W, Just E, Arie K, Theo V. Treatment of Herpes Zoster. Can Fam Physician 2008; 54:573-7.
6. Dumasari R. Varicella dan Herpes Zoster. Departemen Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin FK Sumatera Utara. 2008.
7. Weaver B. Herpes Zoster Overview Natural History and Incidence. J Am Osteopath Assoc. 2009;109 (2); s2-s6.
8. Deshmukh R, Raut A, Sonone Sawar S, Bharude N, Umarar A. Herpes zoster: a fatal viral disease: A comprehensive review. IJPCBS 2012; 2 (2): 138- 45
9. Dworkin R, Robert WJ, Judith B, John WG, Myron JL, Miroslav B, dkk. Recommendation for the Management of Herpes Zoster. Clinical Infectious Diseases 2007; 44: S1-26.
10. Shyang JJ, Yi-Ju C, Ming-Wei L, Yu-Chun C, Tzeng-Ji C, Yu- Lin H, dkk. Epidemiological Features and Cost of Herpes Zoster in Taiwan : a national study 2000-2006. Acta Derm Venereol 2009 ; 89: 612-616.
11. Handoko RP. Penyakit Virus. Dalam: Djuanda A, Mochtar H, Siti A, penyunting. Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin. Edisi-6. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Jakarta. 2009; h. 110-112.
12. Gnann J, Richard J W. Herpes Zoster. N Engl J Med 2002, vol. 347, no 5.
13. Whitley RJ, Volpi A, McKendrick M, Wijck A, Oaklander AL. Management of herpes zoster and post-herpetic neuralgia now and in the future. Journal of Clinical Virology 2010; 48 (1): 20-8
14. Galuzzi KE. Management strategies for herpes zoster and postherpetic neuralgia. J Am Osteopath Assoc 2007; 107 (3): 8-13.
15. Sahriani HR, Kapantow MG, Pandaleke HE. Profil Herpes zoster di Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUP Prof.Dr.R.D.Kandou Manado periode Januari-Desember 2012. e-clinic JIK 2014; 2 (1): 1- 7.