

SINDROM RAMSAY HUNT

Ni Luh Indri Astari, I Wayan Sudana, Sari Wulan

*Bagian/ SMF Ilmu Kesehatan THT-KL, Fakultas Kedokteran Universitas Udayana/
Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah, Denpasar*

ABSTRAK

Sindrom Ramsay Hunt atau herpes zoster otikus merupakan neuropati akut saraf fasialis perifer mengenai daun telinga, liang telinga dan atau mukosa orofaring. Terjadinya infeksi pada ganglion genikulatum oleh *human herpes virus 3* atau *varicella-zoster virus*. Insiden sindrom Ramsay Hunt sekitar 10-15% dari seluruh kasus paralisis fasialis akut. Dilaporkan satu kasus sindrom Ramsay Hunt dengan paresis nervus fasialis sinistra lesi setinggi ganglion genikulatum, saat datang kekuatan motorik 20% dengan House Brackmann IV. Penderita diberi terapi metilprednisolon, mekobalamin, betahistin mesilat, flunarizin. Bagian kulit kelamin memberikan terapi asam mefenamat, kompres NaCl 0,9%, dan gentamisin salep. Fisioterapi oleh bagian rehabilitasi medis. Terapi bagian Mata antara lain tarsoterapi temporer, gentamisin salep mata, dan cendo lyters tetes mata. Setelah mendapatkan terapi selama hampir 2 bulan, didapatkan perbaikan dengan kekuatan motorik 76% dengan House Brackmann II. [MEDICINA 2014;45:199-203].

Kata kunci: sindrom Ramsay Hunt, herpes zoster otikus, paresis nervus fasialis.

RAMSAY HUNT SYNDROME

Ni Luh Indri Astari, I Wayan Sudana, Sari Wulan

Department of Ear, Nose and Throat, Udayana University Medical School/ Sanglah Hospital, Denpasar

ABSTRACT

Ramsay Hunt syndrome or herpes zoster oticus is an acute neuropathy peripheral facial nerve on the ear and the ear canal or oropharyngeal mucosa. Genuiculate ganglion is infected by human herpes virus 3 or varicella-zoster virus. Ramsay Hunt syndrome incidence of about 10-15% of all cases of acute facial paralysis. We reported a case of Ramsay Hunt syndrome with paresis of the left facial nerve lesions as high as genuiculate ganglion, motoric power of 20% with House Brackmann IV. The therapy was methylprednisolone, mecobalamine, betahistin mesylate and flunarizine. Dermatovenereology department gave mefenamic acid, natrium chloride 0.9% compress, and gentamycin ointment. Physiotherapy given by Medical Rehabilitation department. Ophthalmology department gave therapy of temporary tarsotherapy, gentamycin eye ointment, and cendo Lyters eye drop. After almost 2 months treated, showed improvement in motoric power of 76% with the House Brackmann II. [MEDICINA 2014;45:199-203].

Keywords: Ramsay Hunt syndrome, herpes zoster oticus, facial nerve paresis.

PENDAHULUAN

Sindrom Ramsay Hunt merupakan neuropati akut saraf fasialis perifer ditandai dengan adanya otalgia dan lesi pada kulit yang menyerupai varisela yang mengenai telinga luar dan liang telinga.¹ Sindrom Ramsay Hunt atau disebut juga herpes zoster otikus mengenai saraf kranialis VII dan atau VIII, IX, X², akibat infeksi pada ganglion genikulatum oleh *human herpes virus 3* atau *varicella-zoster virus* (VZV).³

Sindrom Ramsay Hunt

pertama kali dijelaskan tahun 1907 oleh James Ramsay Hunt, mengenai daun telinga, liang telinga, dan atau mukosa orofaring.³ Timbul gangguan pendengaran, disakusis dan vertigo (jika terjadi perluasan infeksi yang mengenai saraf VIII). Virus mengalami dorman pada sel ganglion dan direaktivasi melalui mekanisme yang tidak diketahui.^{2,4} Infeksi primer VZV dikenal dengan varisela atau chickenpox. Setelah infeksi chickenpox, VZV laten berada di dalam neuron saraf kranialis dan dorsal ganglia. Reaktivasi VZV

laten menimbulkan vesikel kemerahan setempat, dikenal dengan herpes zoster. Reaktivasi VZV pada ganglion genikulatum saraf fasialis di dalam tulang temporal merupakan patofisiologi mekanisme sindrom Ramsay Hunt.³

Jumlah penderita sindrom Ramsay Hunt sekitar 10-15% dari seluruh kasus paralisis fasialis akut.¹ Sekitar 10-22% penderita yang mengalami paralisis fasialis dapat sembuh sempurna, sedangkan sebesar 66% pada penderita paralisis inkomplit.⁵ Proses degenerasinya berlangsung

lambat, bisa lebih dari 3 minggu. Ketika terjadi degenerasi total, proses regenerasi membutuhkan waktu 3-6 bulan⁴ dan sangat jarang menimbulkan kematian.³

Penulis tertarik untuk melaporkan kasus ini karena terjadi pada usia muda dan proses penyembuhannya yang cepat kurang dari 3 bulan.

LAPORAN KASUS

PSD, seorang laki-laki, berumur 23 tahun, Bali, datang di poliklinik THT-KL RSUP Sanglah tanggal 7 Desember 2012 dengan keluhan keluar bintik-bintik berair di telinga kiri sejak 8 hari sebelum berobat ke RSUP Sanglah. Penderita juga mengeluhkan pendengaran menurun dan terasa penuh pada telinga kiri, wajah dan bibir mencong ke kanan, mata kiri tidak dapat ditutup dengan sempurna serta pusing berputar. Dikeluhkan juga mual dan muntah, nyeri pada telinga kiri, namun tidak ada demam. Penderita mengatakan sekitar 6 bulan yang lalu terkena cacar air di seluruh tubuhnya. Riwayat penyakit kencing manis tidak ada.

Pada pemeriksaan fisik



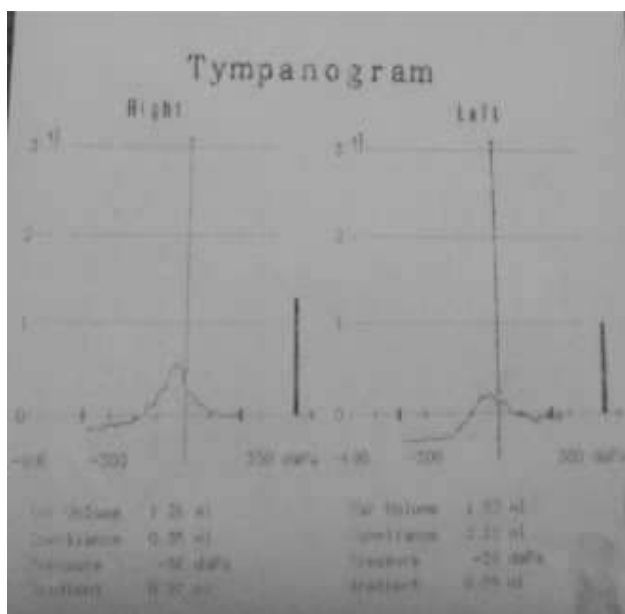
Gambar 1. Tampak vesikel telah menjadi krusta.

didapatkan kesadaran kompos-mentis, tekanan darah 100/60 mmHg, nadi 88x/menit, respirasi 20x/menit, suhu aksila 36,3° C. Pemeriksaan telinga, daun telinga kanan tampak normal, kiri pada daerah konka tampak adanya vesikel-vesikel kecil yang telah pecah dan ditutupi krusta dengan dasarnya yang hiperemi (**Gambar 1**), nyeri tarik aurikula, nyeri tekan tragus. Kanalis auditorius eksternus kanan lapang, kiri tampak sempit dan udem minimal. Membran timpani utuh/utuh, sekret -/-. Pada pemeriksaan garputala didapatkan Rinne +/+, Weber

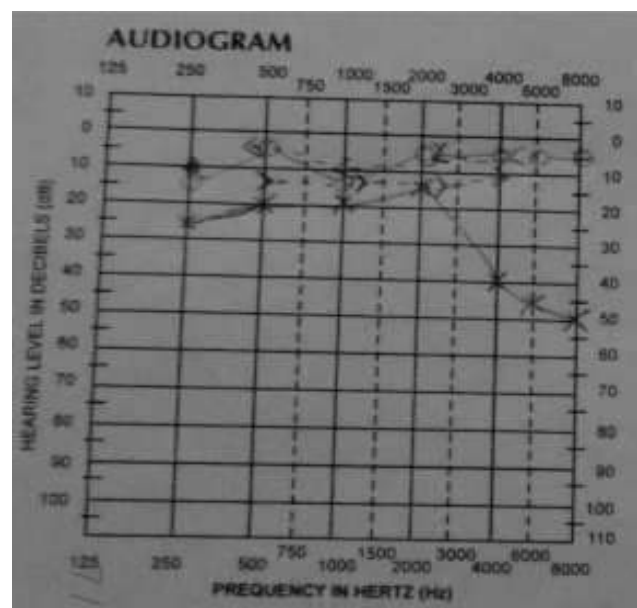
lateralisasi ke kanan. Timpanometri tipe A/tipe A. Pada pemeriksaan audiometri nada murni ditemukan telinga kanan normal dengan ambang dengar 7,5 dB dan telinga kiri normal dengan ambang dengar 23,75 dB terdapat penurunan pada frekuensi tinggi di 4 kHz, 6 kHz, dan 8 kHz (**Gambar 2**).

Pada pemeriksaan hidung dan tenggorok, tidak tampak adanya kelainan. Pemeriksaan sistem Freyss tanggal 7 Desember 2012 (**Gambar 3**) ditemukan paresis nervus fasialis sinistra lesi setinggi ganglion genikulatum dengan kekuatan motorik yang baik 20%, tes Schirmer terdapat perbedaan produksi air mata antara mata kanan dan kiri, didapatkan produksi air mata kiri berkurang. Pada tes pengecapan ditemukan adanya gangguan pengecapan pada sisi lidah kiri. Pada pemeriksaan House Brackmann, menunjukkan suatu House Brackmann IV.

Penderita didiagnosis sindrom Ramsay Hunt dengan paresis nervus fasialis sinistra lesi setinggi ganglion genikulatum dengan kekuatan motorik 20% dengan House Brackmann IV (**Gambar 4**). Penderita mendapat

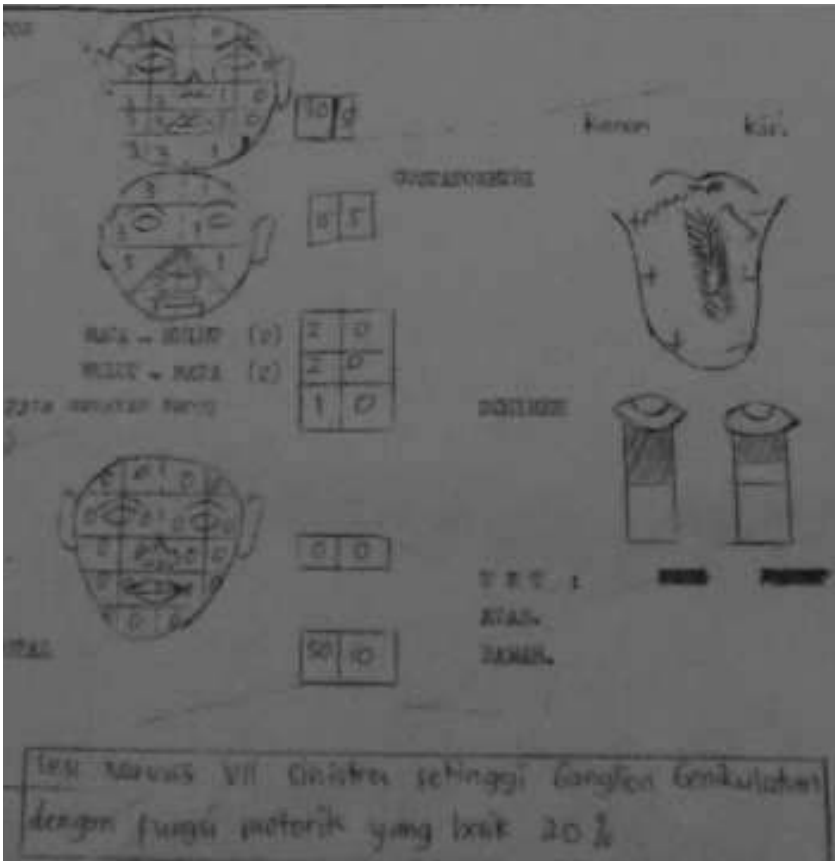


A.



B.

Gambar 2. A. Hasil timpanometri. B. Hasil audiometri.



Gambar 3. Hasil pemeriksaan sistem Frey's tanggal 7 Desember 2012.

terapi metilprednisolon 3x16mg dilakukan *tapering off* selama 7 hari, mekobalamin 2x 500 mg, betah- istin mesilat 3x6 mg, flunarizin 1x10 mg.

Pada tanggal 8 Desember 2012, penderita dikonsulkan ke bagian Kulit dan Kelamin. Terapi yang diberikan asam mefenamat 3x500 mg, tidak dilakukan tes



Gambar 4. Tes motorik tampak kelumpuhan saraf fasialis sinistra saat pertama kali datang berobat tanggal 7 Desember 2012. (Hari ke-8 sebelum diterapi).

Tzanck karena sudah tidak terdapat vesikel, tidak memerlukan terapi antivirus karena lesi berupa krusta, kompres NaCl 0,9% 2x/hari dan gentamisin salep 2x/hari pada lesi, terapi lain sesuai bidang THT-KL.

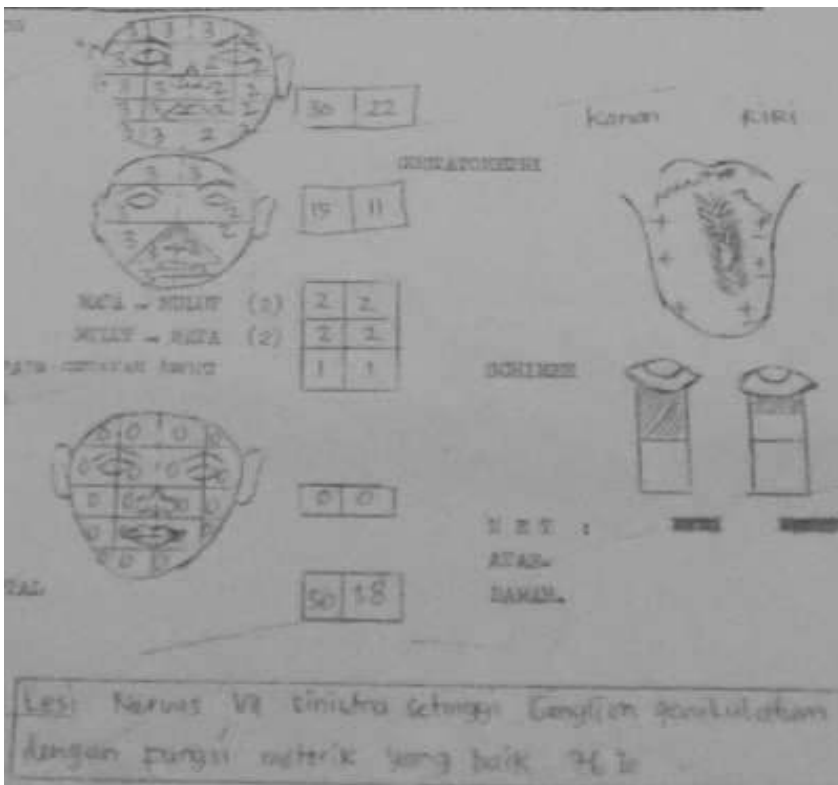
Selanjutnya penderita dikonsulkan ke bagian Rehabilitasi Medis tanggal 10 Desember 2012. Penderita difisioterapi secara rutin setiap hari dengan jenis fisioterapi berupa *infra red*, *electric stimulator*, *facial exercise*, dan *facial massage*. Disamping itu dilakukan juga pemeriksaan elektroneuromiografi di poliklinik Neurologi RSUP Sanglah tanggal 17 Januari 2013 dengan hasil menunjukkan suatu paresis nervus fasialis sinistra, kemudian diberi terapi mekobalamin 2x500 mg.

Berdasarkan hasil pemeriksaan bagian mata pada tanggal 19 Januari 2013, penderita didiagnosis dengan lagophthalmus ocular sinistra ec. paresis nervus fasialis sinistra. Terapi yang diberikan adalah *tarsoterapi temporer*, gentamisin salep mata, cendo lyters tetes mata 6x1 tetes mata kiri, dan kontrol tiap minggu. Penderita kontrol kembali ke poliklinik THT tanggal 28 Januari 2013 dan didapat adanya perbaikan wajah dan bibir yang mencong ke kanan, namun masih kurang sempurna saat menutup mata kiri. Pemeriksaan sistem Frey's tanggal 28 Januari 2013, menunjukkan suatu paresis nervus fasialis sinistra lesi setinggi ganglion genikulatum dengan kekuatan motorik yang baik 76% (**Gambar 5**). Pada tes Schirmer terdapat perbedaan produksi air mata antara mata kanan dan kiri, didapatkan produksi air mata kiri berkurang. Pada tes pengecapan ditemukan adanya gangguan pengecapan pada sisi lidah kiri (**Gambar 6**) dan pada pemeriksaan House Brackmann menunjukkan suatu House Brackmann II.

Berdasarkan hasil pemeriksaan tersebut, penderita didiagnosis dengan sindrom Ramsay Hunt dengan paresis nervus fasialis sinistra lesi setinggi ganglion genikulatum dengan kekuatan motorik 76% dengan House Brackmann II.



Gambar 5. Tes motorik hari ke-60 pada tanggal 28 Januari 2013.



Gambar 6. Hasil pemeriksaan sistem Freyss tanggal 28 Januari 2013.

Pemberian terapi mekobalamin 2x500 mg dilanjutkan dan dilakukan fisioterapi setiap hari serta terapi oleh bagian mata dilanjutkan.

DISKUSI

Sindrom Ramsay Hunt merupakan penyebab tersering kedua terjadinya paralisis fasialis

akut.⁴ Penyebabnya adalah virus herpes 3 atau virus varisela zoster.^{3,11} Infeksi primer dikenal dengan varisela atau chickenpox.³ Virus varisela zoster yang mengalami dorman pada sel ganglion direaktivasi.² Pada penelitian di Eropa dan Amerika Utara, insidennya 1,5-3,0 per 1000 orang per tahun pada semua

golongan usia.⁶ Pada kasus ini sindrom Ramsay Hunt terjadi pada seorang laki-laki, 23 tahun, suku Bali dengan riwayat terkena varisela sekitar 6 bulan yang lalu. Penderita mengeluhkan timbul bintik-bintik berair pada telinga kiri sejak 8 hari yang lalu sebelum berobat ke RSUP Sanglah, pendengaran menurun dan terasa penuh pada telinga kiri, wajah dan bibir mencong ke kanan, mata kiri tidak dapat ditutup dengan sempurna serta dirasakan pusing berputar, mual dan muntah.

Diagnosis sindrom Ramsay Hunt tidak sulit ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik yang ada. Gejala berupa nyeri telinga, adanya vesikula dan inflamasi pada daun telinga dan atau diikuti dengan kelemahan otot wajah ipsilateral.^{4,7,8} Penting dilakukan pemeriksaan fisik termasuk pemeriksaan neuro-otologi dan audiometri.³ Pemeriksaan saraf fasialis dapat memperkirakan letak lesi, meliputi fungsi motorik otot-otot wajah, fungsi tonus ada atau tidaknya hemispasme. Pemeriksaan pendengaran harus dilakukan walaupun penderita tidak pernah mengeluhkan adanya gangguan pendengaran.^{3,9} Adanya gangguan pengecap menunjukkan lokasi lesi proksimal dari foramen stilomastoideus dan distal dari batang otak. Uji kelenjar lakrimasi dilakukan menggunakan kertas filtrasi dan menunjukkan penurunan fungsi pada sisi yang terkena.¹⁰⁻¹² Pemeriksaan penunjang seperti hapusan Tzanck dikerjakan jika lesi masih berupa vesikel.¹³ Pada kasus ini, hasil pemeriksaan telinga kiri pada daerah konka tampak adanya vesikel-vesikel kecil yang telah pecah dan ditutupi krusta yang dasarnya hiperemi serta nyeri tarik tragus. Kanalis auditorius eksternus kiri sempit dan udem minimal, membran timpani kiri intak. Pemeriksaan garputala Rinne (+), Weber lateralisasi ke kanan. Pada audiometri telinga kiri normal dengan ambang dengar 23,75 dB. Pemeriksaan sistem Freyss ditemukan paresis nervus fasialis sinistra lesi setinggi ganglion genikulatum dengan kekuatan

motorik yang baik 20%, tes Schimer terdapat perbedaan produksi air mata antara mata kanan dan kiri. Pada tes pengecapian ditemukan adanya gangguan pengecapian pada sisi lidah kiri. Hasil pemeriksaan House-Brackmann didapatkan kesana House Brackmann IV.

Pada kasus tidak dilakukan hapusan Tzanck karena lesi berupa krusta.

Penanganan herpes zoster otikus dilakukan terhadap infeksi virus dan komplikasi yang ditimbulkan. Oleh sebab itu pemberian antivirus harus sedini mungkin untuk mendapatkan hasil terapi yang maksimal.⁴ Pemberian analgetik bertujuan untuk mengurangi derajat nyeri sedangkan steroid selama fase akut dapat mengurangi nyeri dan mencegah *post herpetic neuralgia* karena inflamasi pada ganglion sensoris serta meningkatkan fungsi saraf pada infeksi VZV yang menimbulkan paresis nervus fasialis.^{6,12,14} Pada kasus ini telah diberikan terapi metilprednisolon 3x16 mg *tapering off* selama 7 hari, mekobalamin 2x500 mg, betahistin mesilat 3x6 mg, flunarizin 1x10 mg, asam mefenamat 3x500 mg serta kompres NaCl 0,9% 2x/hari, dan gentamisin salep 2x/hari pada lesi. Penderita difisioterapi secara rutin setiap hari dengan jenis fisioterapi berupa *infra red*, *electric stimulator*, *facial exercise* dan *facial massage*. Terapi sesuai bagian mata yaitu tarsoterapi temporer, gentamisin salep mata, dan cendo lyteers tetes mata 6x1 tetes mata kiri serta kontrol tiap minggu.

RINGKASAN

Telah dilaporkan satu kasus laki-laki dewasa dengan sindrom Ramsay Hunt, dengan keluhan keluar bintik-bintik berair di telinga kiri, pendengaran menurun, terasa penuh dan nyeri pada telinga kiri, wajah dan bibir mencong ke kanan, mata kiri yang tidak dapat ditutup dengan sempurna, pusing berputar, mual, dan muntah. Riwayat terkena cacar air di seluruh tubuh sekitar 6 bulan yang lalu. Hasil pemeriksaan menunjukkan suatu paresis nervus fasialis sinistra lesi setinggi ganglion genikulatum dengan kekuatan motorik yang

baik 20% dan House Brackmann IV. Penanganan yang diberikan berupa terapi metilprednisolon 3x16 mg *tapering off*, mekobalamin 2x500 mg, betahistin mesilat 3x6 mg, flunarizin 1x10 mg, asam mefenamat 3x500 mg serta kompres NaCl 0,9% 2x/hari dan gentamisin salep 2x/hari pada lesi. Penderita difisioterapi secara rutin setiap hari dan terapi sesuai bagian mata yaitu tarsoterapi temporer, gentamisin salep mata dan cendo lyteers tetes mata 6x1 tetes mata kiri. Prognosis dari penderita baik karena didapatkan perbaikan dari paresis nervus fasialis sinistra.

DAFTAR PUSTAKA

1. Lustig LR, Niparko JK. Disorders of The Facial Nerve. Dalam: Anil K Lalwani, penyunting. *Current Diagnosis & Treatment Otolaryngology Head and Neck Surgery*. Edisi ke-2. United States of America: Mc Graw Hill; 2008. h. 847-60.
2. Probst. *Inflammatory Diseases of The External Ear*. Dalam: Probst, Grevers, Iro, penyunting. *Basic Otorhinolaryngology*. New York, USA: Thieme; 2006. h. 219-20.
3. Miravalle AA. Ramsay Hunt Syndrome (diakses 8 Februari 2012). Diunduh dari: URL: <http://emedicine.medscape.com/article/1166804-overview>.
4. Vrabec JT, Coker NJ. Acute Paralysis of the Facial Nerve. Dalam: Bailey BJ, penyunting. *Head & Neck Surgery-Otolaryngology*. Edisi ke-4. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2006. h. 2140-54.
5. Bloem C. Herpes Zoster Oticus in Emergency Medicine Overview of Herpes Zoster Oticus (diakses 23 April 2012). Diunduh dari: URL: <http://emedicine.medscape.com/article/1952189-overview>.
6. Straus SE, Oxman MN, Schmader KE. Varicella and Herpes Zoster. Dalam: Irwin M, Freedberg, penyunting. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. Edisi ke-5. New York: The Mc Grow Hill

Companies Inc; 1999. h. 1885-98.

7. Soefferman R. Facial Nerve Injury and Decompression. Dalam: Nadol J, Mc Kenna M, penyunting. *Surgery of Ear and Temporal Bone*. Edisi ke-2. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. h. 435-50.
8. Austin D. Facial Nerve Paralysis. Dalam: Ballenger JJ, penyunting. *Disease of the Nose, Throat, Ear, Head and Neck*. Edisi ke-15. Philadelphia: Lea and Febige; 1996. h. 554-65.
9. May M, Shambaugh GE. Facial Nerve Paralysis. Dalam: Paparella, penyunting. *Otolaryngology Ear*. Edisi ke-3. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1991. h. 1100-48.
10. Maisel R, Lovine S. Facial Nerve Paralysis. Dalam: Adam B, penyunting. *Boeis Fundamentals of Otolaryngology*. Edisi ke-6. Philadelphia: W.B Saunders Company; 1989. h. 139-52.
11. Probst. *Clinically Relevant Anatomy, Function and Evaluation of The Facial Nerve*. Dalam: Probst, Grevers, Iro, penyunting. *Basic Otorhinolaryngology*. New York: Thieme; 2006. h. 290.
12. Daeng S, Siswanto, Agung IB. Satu Kasus Sindrom Ramsay – Hunt. *Kajian Terhadap Patogenesis*. Dalam: Lukmantya, penyunting. *Kumpulan naskah ilmiah PIT PERHATI*, Batu Malang; 1996. h. 269-73.
13. Handoko RP. Penyakit Virus. Dalam: Djuanda A, penyunting. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Edisi ke-3. Jakarta: FKUI; 2001. h. 107-9.
14. Roffi A. Syarifudin. Terapi asiklovir pada Herpes Zoster Oticus. Dalam: Lukmantya H, penyunting. *Kumpulan naskah ilmiah PIT PERHATI*. Batu Malang; 1996. h. 286 –91.