

Herpes Zoster Oftalmika dengan Blefarokonjungtivitis Okuli Sinistra

Rani Himayani, Ika Agustin Putri Haryant

Fakultas kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Herpes zoster oftalmika merupakan infeksi virus herpes zoster yang mengenai bagian ganglion gasseri yang menerima serabut saraf dari cabang oftalmika saraf trigeminus (N.V) ditandai dengan erupsi herpetik unilateral yang terjadi pada wajah dan sekitar mata. Komplikasi serius dapat terjadi jika mengenai mata. Wanita usia 67 tahun datang dengan keluhan timbul gelembung-gelembung pada daerah sekitar dahi, kelopak mata, mata, hidung sebelah kiri sejak 6 hari yang lalu dan timbul mata merah pada mata kiri disertai dengan kotoran mata tanpa pandangan kabur. Status dermatologi didapatkan pada regio frontal, periorbital dan zigomatika sinistra tampak erosi, multipel, bentuk geografika dengan sebagian ditutupi krusta kehitaman berdistribusi secara konfluen-diskret. Status oftalmologis okuli dekstra dan sinistra visus 6/6. Segmen anterior okuli dekstra dalam batas normal. Pada okuli sinistra didapatkan palpebra superior dan inferior edema, hiperemis, sekret dan injeksi konjungtiva (+). Segmen anterior okuli sinistra lainnya dalam batas normal dan *hutchinson sign* (+) pada mata kiri. Diagnosis pasien herpes zoster oftalmika dengan blefarokonjungtivitis okuli sinistra. Penatalaksanaan dengan asiklovir tablet 5x800 mg, kloramfenikol salep mata 3x1 okuli sinistra, *artificial tear* 6x1 tetes okuli sinistra, asam mefenamat tablet 3x500 mg. Herpes zoster oftalmika pada usia lanjut dapat meningkatkan risiko nyeri dan komplikasi berupa *ocular disease*. Penegakkan dan tatalaksana pada pasien ini sudah tepat. Tatalaksana paling utama adalah antiviral pada usia lanjut atau pasien yang memiliki risiko tinggi terhadap komplikasi herpes zoster oftalmika.

Kata kunci: blefarokonjungtivitis, herpes zoster oftalmika

Abstract

Herpes zoster ophthalmicus is a herpes zoster infection of the ganglion gasseri part that receives nerve fibers from the ophthalmic branch of the trigeminal nerve (N.V) characterized by a unilateral herpetic eruption that occurs on the face and around the eyes. Serious complications can occur when it comes to the eyes. A 67-year-old woman presenting with vesicles in the area around the forehead, eyelids, eyes, nose left since 6 days ago also red eyes on the left eye with discharge not accompanied by blurred vision. Dermatologic status is obtained in the frontal region, periorbital and zygomatica sinistra appear erosion, multiple, geographic shape with partly covered by black crust a disclosure-confluently distributed. Ophthalmological status okuli dextra and sinistra visus 6/6. Anterior segmen okuli dextra appears normal. Okuli sinistra found that superior and inferior palpebra are edematous, hyperemic and discharge and conjunctival injection (+). Another examination on the anterior segment okuli sinistra found to be normal and Hutchinson sign (+) on left eye. Diagnosis of patient is herpes zoster ophthalmic with blepharokonjunctivitis okuli sinistra. The treatment in this case are acyclovir tablet 5x800 mg, chloramfenicol eye ointment 3 x1 okuli sinistra, artificial tear 6x1 drops okuli sinistra, Mefenamic acid tablet 3x500 mg. Herpes zoster ophthalmic in elderly patient can be increase the risk of pain and complications of ocular disease. The management of these patients is appropriate. The most important treatment is antiviral in elderly or patients who have a high risk of herpes zoster ophthalmic complications.

Keywords: blepharokonjunctivitis, herpes zoster ophthalmicus

Korespondensi: Ika Agustin Putri Haryanti, alamat Jl Pramuka Gang Maherat Bandar Lampung, HP 082186163148, email ikaagustin2233@gmail.com

Pendahuluan

Herpes zoster adalah penyakit infeksi akibat reaktivasi virus varisela zoster yang laten berdiam terutama dalam sel neuronal dan didalam sel satelit ganglion radiks dorsalis dan ganglion sensorik saraf kranial menyebar ke dermatom atau jaringan saraf yang sesuai dengan segmen yang dipersarafinya.¹

Herpes zoster merupakan infeksi umum yang disebabkan oleh human herpes virus (varisela zoster virus), virus yang sama menyebabkan varisela (*chicken pox*). Virus ini termasuk dalam famili Herpes viridae, seperti *Herpes Simplex*, *Epstein Barr Virus*, dan *Cytomegalovirus*.²

Herpes zoster oftalmika adalah infeksi virus herpes zoster yang mengenai bagian ganglion gasseri yang menerima serabut saraf dari cabang oftalmika saraf trigeminus (N.V) yang ditandai dengan erupsi herpetik unilateral yang terjadi pada wajah dan sekitar mata. Beberapa komplikasi serius dapat terjadi jika mengenai mata.³

Secara global insidensi herpes zoster sekitar 1,2-3,4/1000 orang. Beberapa kasus herpes zoster, dilaporkan terdapat sekitar 8-56% kasus herpes zoster oftalmika. Sekitar 50-72% pasien dengan zoster periokular akan terjadi gangguan pada mata dan kehilangan visualnya dari derajat sedang sampai berat.⁴

Kejadian herpes zoster meningkat secara dramatis seiring dengan bertambahnya usia. Sekitar 30% populasi (1 dari 3 orang) akan mengalami herpes zoster selama masa hidupnya, bahkan pada usia 85 tahun, 50 % akan mengalami herpes zoster. Insiden herpes zoster pada anak-anak 0,74 per 1000 orang per tahun. Insiden ini meningkat menjadi 2,5 per 1000 orang di usia 20-50 tahun (*adult age*), 7 per 1000 orang di usia lebih dari 60 tahun (*older adult age*) dan mencapai 10 per 1000 orang per tahun di usia 80 tahun.¹

Faktor resiko dari perkembangan oleh herpes zoster adalah menyusutnya sel mediated dari sistem imun yang berhubungan dengan perkembangan usia.⁵ Faktor risiko lain untuk herpes zoster diperoleh dari hambatan respon sel mediated imun, seperti pada pasien dengan obat immunosupresif dan HIV, dan yang lebih spesifik dengan AIDS. Pada kenyataannya, risiko relatif dari herpes zoster sedikitnya 15x lebih besar dengan HIV dibandingkan tanpa HIV.⁵

Herpes zoster oftalmika biasanya dimulai dengan rasa nyeri atau kesemutan pada kulit kepala, dahi dan wajah di satu sisi. Pada tahap awal biasanya tidak ada ruam, sehingga sulit untuk didiagnosis. Umumnya, ruam muncul dalam beberapa jam sampai beberapa hari setelah sensasi rasa sakit atau kesemutan dimulai. Pada saat tidak adanya ruam komplikasi ke mata jarang terjadi. Ruam herpes zoster oftalmika dimulai saat adanya kemerahan pada kulit diikuti oleh munculnya vesikel berisi cairan yang cepat pecah dan berakhir dengan krusta. Lesi pada kulit ini butuh waktu berhari-hari sampai berminggu-minggu untuk sembuh dan bisa menyebabkan jaringan parut yang signifikan.³

Manifestasi okular pada Herpes zoster oftalmika sangat banyak bisa dari invasi virus langsung, maupun secara sekunder terjadi peradangan dan vaskulitis, kerusakan saraf dan atau jaringan parut. Komplikasi yang dilaporkan dari Herpes zoster oftalmika termasuk vesikel pada kelopak mata dan jaringan parut, beberapa bentuk konjungtivitis, keratitis, episkleritis, skleritis, uveitis, glaukoma sekunder, kelainan papiler, nekrosis retina akut, neuritis optik, palsy saraf kranial (N III, IV dan VI), sindrom apeks orbital, arteritis lokal dan post herpetik neuralgia.⁴

Kasus

Wanita usia 67 tahun datang dengan keluhan timbul gelembung-gelembung pada daerah sekitar dahi, kelopak mata, mata, hidung sebelah kiri sejak 6 hari yang lalu. Awalnya berupa bengkak kemerahan disertai nyeri. Kemudian timbul gelembung berwarna putih dan berisi cairan. Gelembung pertama kali muncul di kelopak mata kiri, terus menyebar hingga dahi dan pipi kiri pasien. Selama timbul gelembung, pasien tidak pernah menggaruk dan memecahkannya. Gelembung yang muncul kemudian pecah mengeluarkan cairan dan timbul seperti koreng dengan dasar berwarna merah yang kemudian mengering. Gelembung yang muncul menimbulkan rasa panas disertai dengan rasa nyeri. Keluhan nyeri bersifat muncul terus menerus. Pasien juga mengalami demam yang tidak terlalu tinggi dan nyeri kepala sebelum timbul gelembung-gelembung.

Pasien juga mengeluhkan nyeri dan bengkak pada mata kiri saja. Keluhan dirasa muncul gradual dan semakin lama semakin berat. Rasa nyeri yang muncul timbul terus menerus dengan kualitas sedang-berat. Keluhan nyeri muncul tanpa dipengaruhi oleh aktivitas, dipengaruhi gerakan bola mata, makan dan minum. Keluhan nyeri juga diperberat ketika pasien mencoba mengangkat kelopak mata kiri dan menggerakkan bola mata. Sehingga pasien tidak dapat melihat seperti biasanya.

Keluhan mata pada mata kiri timbul 4 hari SMRS. Mata merah muncul secara gradual yang lama kelamaan semakin merah dengan timbul kotoran pada mata. Kotoran bersifat lengket, berwarna putih dan muncul tidak mengenal waktu serta dirasa semakin lama semakin berat. Sebelum timbul kotoran, terdapat keluhan berair. Keluhan mata merah ini tidak disertai dengan pandangan kabur.

Penderita pernah menderita cacar air waktu masih kecil. Riwayat kontak dengan penderita sakit yang sama atau cacar air dalam waktu dekat ini disangkal. Riwayat trauma disangkal. Riwayat penggunaan obat-obatan yang lama disangkal. Riwayat alergi disangkal. Riwayat penggunaan kacamata disangkal. Riwayat berobat sebelumnya disangkal. Riwayat keluarga yang pernah mengalami hal serupa disangkal. Pasien belum pernah menderita penyakit seperti ini sebelumnya.

Pemeriksaan fisik didapatkan pasien tampak sakit sedang, kesadaran compos mentis, tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 78 kali per menit, pernafasan 18 kali per menit, suhu 36,6⁰ C. Status dermatologi didapatkan pada regio frontal, periorbital dan zigomatika sinistra tampak erosi, multipel, bentuk geografika dengan sebagian ditutupi krusta kehitaman berdistribusi secara konfluen-diskret. Status oftalmologis okuli dekstra dan sinistra sinistra visus 6/6. Tekanan intraokular dekstra dan sinistra dalam batas normal. Segmen anterior dekstra dalam batas normal. Pada okuli sinistra didapatkan palpebra superior dan inferior didapatkan edema, hiperemis dan sekret, supersilia dan silia dalam batas normal, gerak bola mata kesegala arah, injeksi konjungtiva (+) injeksi siliar (-) kornea jernih, kamera okuli anterior dalam, iris kripta (+), pupil bulat, regular sentral, diameter 3 mm, refleks cahaya (+) lensa jernih. Fundus refleks (+) dan *Hutchinson sign* (+) mata kiri.

Diagnosis kerja pada pasien adalah herpes zoster oftalmika dengan blefarokonjungtivitis okuli sinistra dengan penatalaksanaan asiklovir tablet 5x800 mg, kloramfenikol salep mata 3x1 okuli sinistra, *artificial tear* 6x1 tetes okuli sinistra, asam mefenamat tablet 3x500 mg.

Prognosis *quo ad vitam* pada pasien ini *bonam* karena tidak mengancam nyawa, *quo ad functionam bonam* karena tidak mengganggu visus pasien, *quo ad sanationam bonam* karena bengkak pada mata dapat pulih kembali sehingga tidak mengganggu aktivitas sehari-hari.

Pembahasan

Diagnosis pada pasien ditegakkan melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik. Pasien mengalami beberapa gejala seperti: nyeri, rasa panas dan timbul gelembung cair yang berubah menjadi keropeng pada daerah sekitar dahi, kelopak mata, mata dan hidung bagian kiri. Pada herpes zoster sebelum timbul gejala kulit terdapat gejala prodormal baik sistemik maupun lokal. Gejala prodormal sistemik yaitu demam, pusing dan malaise, sementara gejala lokal dapat berupa nyeri, gatal, pegal dan sebagainya. Setelah itu timbul eritema yang dalam waktu singkat menjadi vesikel yang berkelompok. Vesikel ini berisi cairan jernih kemudian menjadi keruh dan dapat menjadi krusta.⁶

Hampir 90% kasus herpes zoster akan mengalami nyeri. Nyeri dapat berupa nyeri akut maupun nyeri kronis yang dapat mengurangi kualitas hidup, biasanya timbul sebelum adanya kelaianan pada kulit.¹ Nyeri adalah keluhan sensorik yang merupakan reaksi dari neurokutaneus pada dermatom melalui nukleus neurosensori tertentu sehingga dapat terjadi nyeri yang berkepanjangan.⁷

Riwayat pasien pernah menderita varisela ketika pasien berusia masih kecil ada hubungannya dengan penyakit herpes zoster yang dialaminya sekarang. Herpes zoster merupakan reaktivasi laten virus varisela zoster dari *dorsal root ganglia*.⁸ virus ini dapat berdiam pada ganglion posterior susunan saraf tepi dan ganglion kranialis. kelainan kulit yang timbul memberikan lokasi yang setingkat dengan persarafan ganglion tersebut.⁶ Reaktivasi terjadi ketika kekebalan host gagal untuk menekan karena kondisi stres, immunosupresi atau trauma langsung.⁷

Herpes zoster oftalmika merupakan hasil reaktivasi dari varisela zoster virus pada Nervus Trigeminal (N.V). Semua cabang dari nervus tersebut bisa terpengaruh, dan cabang frontal divisi pertama N.V merupakan yang paling umum terlibat. Cabang ini menginervasi hampir semua struktur okular dan periokular (kelopak mata, alis, kulit dahi, dan kulit ujung hidung). Nervus optalmik dibagi menjadi 3 cabang yaitu lakrimal, frontal dan nasosiliaris. Cabang nasosiliaris menginervasi ujung hidung kulit dan membaginya lebih jauh ke dalam nervus long siliaris yang memberikan inervasi sensoris pada kornea dan uvea. Untuk alasan ini, keterlibatan ujung hidung, atau tanda Hutchinson, sangat berkorelasi dengan keterlibatan oftalmik.⁷ Pasien dengan tanda Hutchinson memiliki kesempatan 2 kali lipat terkena manifestasi pada okular.⁹

Berbagai gejala yang mempengaruhi mata dapat terjadi pada setiap fase herpes zoster optalmik. Palpebra paling sering terkena pada kasus herpes zoster oftalmika. Sebagian besar pasien akan mengalami lesi vesikular pada kelopak mata yang sembuh dengan jaringan parut minimal. Palpebra bisa mengalami blefaritis, sehingga dapat menyebabkan infeksi bakteri sekunder, bekas luka parut, rontok bulu mata, trkiasis dan entropion sikatrikal. Jaringan parut dan obstruksi pada punktum lakrimal dan nasal

lakrimal dapat terjadi.⁹ Pada kasus pasien ini palpebra superior dan inferior terjadi edema, hiperemis dan adanya sekret. Gejala tersebut merupakan gejala dari blefaritis

Konjungtivitis adalah salah satu komplikasi terbanyak pada herpes zoster oftalmika. Pada konjungtiva sering terdapat injeksi konjungtiva dan edema, dan kadang disertai timbulnya ptekie. Ini biasanya terjadi 1 minggu. Infeksi sekunder akibat *Staphylococcus aureus* bisa berkembang di kemudian hari.⁹

Pada kasus ini pasien mengalami blefarokonjungtivitis varisela-zoster dengan ciri khas herpes zoster adalah hiperemia, konjungtivitis dan erupsi vesikuler sepanjang dermatom nervus trigeminus cabang oftalmika. Konjungtivitis biasanya berbentuk papiler, namun dapat ditemukan folikel, *pseudomembran* dan vesikel temporer yang kemudian mengalami ulserasi. Terdapat limfonodus preaurikuler yang nyeri tekan pada awal penyakit. Sekuele berupa jaringan parut di palpebra, entropion dan bulu mata tumbuh salah arah.¹⁰

Terapi yang diberikan kepada pasien bertujuan untuk mengeradikasi virus varisela zoster, mencegah infeksi sekunder, mempercepat proses inflamasi dan mengurasi neuropati sensorik. Obat antivirus diindikasikan dalam pengobatan herpes zoster yang akut yang termasuk antivirus adalah famsiklovir dan asiklovir. Obat tersebut signifikan untuk menurunkan nyeri akut, menghentikan progresi virus dan pembentukan vesikel, mengurangi insiden episkleritis rekuren, keratitis, iritis dan mengurangi neuralgia paska herpetik jika dimulai dalam 72 jam onset ruam. Bentuk regimen yang sering digunakan adalah asiklovir 5x800 mg perhari selama 7-10 hari.¹¹

Pencegahan terhadap infeksi sekunder dapat digunakan antibiotik tetes atau salep. Pada kasus ini pasien diberikan antibiotik kloramfenikol salep yang memiliki spektrum terhadap *Gram*-positif seperti *Streptococcus spp.*, *Staphylococcus spp.* Diharapkan kejadian infeksi sekunder pada kasus dapat dihindari.⁹

Analgesik seperti asetaminopen, asam mefenamat, aspirin dan obat anti inflamasi non steroid (OAINS) untuk mengontrol rasa nyeri. Pada kasus ini, pasien diterapi dengan asam mefenamat tablet 500 mg 3 X 1 dengan tujuan penggunaan analgetik OAINS cukup untuk

mengurangi rasa nyeri yang ditimbulkan oleh herpes zoster oftalmika.¹²

Simpulan

Herpes zoster oftalmika pada usia lanjut dapat meningkatkan risiko nyeri dan komplikasi berupa *ocular disease*. Penegakkan dan tatalaksana pada pasien ini sudah tepat. Tatalaksana paling utama adalah antiviral pada usia lanjut atau pasien yang memiliki risiko tinggi terhadap komplikasi herpes zoster oftalmika.

Daftar pustaka

1. Puspongoro E, Nilasari H, Lumintang H, Niode NJ, Daili SF, Djauzi S, et al., editor. Buku panduan herpes zoster. Jakarta: Badan Penerbit FKUI; 2014.
2. Shaikh S. Evaluation and management of herpes zoster. *Am Fam Physician*. 2002;66(9):1723-30.
3. Hall AJH. Herpes zoster ophtalmicus [internet]. USA: American Uveitis Society; 2003 [diakses tanggal 22 Mei 2017]. Tersedia dari :<http://www.uveitissociety.org>
4. Maiya AS, Shenoy S. A Clinical study of herpes zoster ophthalmicus. *JDMS*. 2013;12 (6):9-13.
5. Moon CH. Herpes zoster oftalmika [internet]. USA: Emedicine; 2017 [diakses tanggal 22 Mei 2017]. Tersedia dari: <http://www.emedicine.com>.
6. Handoko RP. Penyakit virus. Dalam: Djuanda A, Hamzah M, Aisah S, editor. Ilmu penyakit kulit dan kelamin. Edisi ke-5. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2009. hlm. 110-1.
7. Vrcek I, Choudhury E, Durairaj V. Herpes zoster ophthalmicus: a review for the internist. *AMJMED*. 2017;170(1):21-6.
8. Gnann JW. Varicella-zoster virus: atypical presentations and unusual complications. *J Infectious Diseases*. 2002;186(Suppl 1):91-8.
9. Wiafe B. Herpes zoster ophtalmicus in HIV/ AIDS. *J Comm Eye Health*. 2003;16(47):35-6.
10. Garcia FFJ, Schwab IR, Shetlar DJ. Konjungtiva. Dalam: Vaughan, Asbury, editor. Oftalmologi umum. Edisi ke-17. Jakarta: EGC; 2010.

11. Sayhan MB, Sezenler E, Nalbur IH, Yagci G, Gezer E. Herpes zoster ophtalmicus. JAEMCR. 2012;3:74-6.
12. Cohen JI. Herpes Zoster. J N Engl Med. 2013; 369:255-63.