

LAPORAN KASUS

Facial Nerve Paresis in Ramsay Hunt Syndrome

Iltania Mince, Yan Edward

Department of Ear Nose Throat Head & Neck Surgery, Faculty of Medicine, Andalas University

Korespondensi: Iltania Mince; email: iltania.mince@gmail.com

Abstrak

Pendahuluan: Sindroma Ramsay Hunt (SRH) dikenal sebagai herpes zoster otikus atau herpes zoster ganglion genikulatum, yaitu komplikasi lanjut dari infeksi *Varicella-Zoster Virus* (VZV), yang mengakibatkan peradangan pada ganglion genikulatum saraf kranial VII. Trias SRH adalah kelumpuhan wajah ipsilateral, otalgia, dan ruam vesikuler. Dibutuhkan penatalaksanaan yang tepat pada pasien dengan SRH untuk mencegah komplikasi yang lebih serius. **Laporan Kasus:** Laki-laki berusia 28 tahun dengan keluhan wajah mencong sejak 5 hari yang lalu. Nyeri telinga kanan ada 2 minggu yang lalu, 1 hari kemudian timbul bintil berisi cairan pada daun telinga kanan dan pipi kanan. Pada pemeriksaan fisik didapatkan krusta berwarna kekuningan pada wajah sisi kanan, auris dekstra tampak eritema dan krusta pada regio konka dan antiheliks. Pada tes schirmer rasio air mata kanan dan kiri > 50%, refleks akustik kanan (-) kiri (+). Pasien didiagnosis dengan parese nervus fasialis perifer dekstra *House-Brackmann* derajat III fungsi motorik baik 70% setinggi ganglion genikulatum et causa sindroma Ramsay Hunt. Pasien diberikan terapi antivirus, kortikosteroid dosis tinggi *tapering off* dan fisioterapi. Perbaikan pada kasus terlihat setelah pengobatan 4 bulan. **Kesimpulan:** Tatalaksana yang tepat dan cepat pada pasien sindroma Ramsay Hunt dengan pemberian antivirus, kortikosteroid dosis tinggi, fisioterapi dan rehabilitasi akan mempengaruhi waktu penyembuhan pada pasien

Kata kunci: *sindroma ramsay hunt, virus varicella zoster, herpes zoster otikus*

Abstract

Introduction: Ramsay Hunt syndrome (SRH) is known as otic herpes zoster or geniculate ganglion herpes zoster, which is a late complication of *Varicella-Zoster Virus* (VZV) infection, which causes inflammation of the geniculate ganglion of cranial nerve VII. The SRH triad is ipsilateral facial paralysis, otalgia, and vesicular rash. Appropriate management is needed in patients with SRH to prevent more serious complications. **Case Report:** 28 year old man with complaints of slanted face since 5 days ago. Right ear pain occurred 2 weeks ago, 1 day later a fluid-filled nodule appeared on the right earlobe and right cheek. On physical examination, yellowish crusts were found on the right side of the face, the auris dextra showed erythema and crusting in the turbinate and antihelix regions. In the Schirmer test the ratio of right and left tears is > 50%, the acoustic reflex is right (-) left (+). The patient was diagnosed with House-Brackmann grade III peripheral facial nerve paresis, good motor function 70% at the level of the geniculate ganglion et causa Ramsay Hunt syndrome. Patients are given antiviral therapy, high doses of corticosteroids tapering off and physiotherapy. Improvement in cases was seen after 4 months of treatment. **Conclusion:** Appropriate and fast management of patients with Ramsay Hunt syndrome by administering antivirals, high doses of corticosteroids, physiotherapy and rehabilitation will affect the patient's healing time. **Keywords:** *ramsay hunt syndrome, varicella zoster virus, herpes zoster oticus*

PENDAHULUAN

Sindrom Ramsay Hunt (SRH) juga dikenal sebagai herpes zoster telinga atau herpes zoster ganglion genikulatum, yang merupakan komplikasi lanjut dari infeksi Virus Varicella-Zoster (VZV), yang menyebabkan peradangan pada ganglion genikulatum saraf kranial VII.1 Sindrom ini dinamai menurut James Ramsay Hunt (1872-1937), seorang ahli saraf Amerika dan perwira angkatan darat selama Perang Dunia Pertama.²

Infeksi VZV tahap awal menyebabkan demam dan ruam vesikular yang menyebar ke seluruh tubuh, suatu kondisi yang biasa disebut cacar air. Setelah infeksi awal, virus sering kali tetap atau tidak aktif di dalam tubuh. Reaktivasi virus selanjutnya menyebabkan fenomena "zoster" atau "herpes zoster". Sindrom ini menyebabkan nyeri dan menghasilkan ruam vesikular di sepanjang distribusi saraf yang terlibat, biasanya terkait dengan satu dermatom. Distribusi dan gejala terkait bergantung pada saraf yang terlibat. Kurang dari 1% kasus zoster melibatkan saraf wajah dan menyebabkan SRH.^{2,3}

Meskipun trias klasik SRH adalah kelumpuhan wajah ipsilateral, otalgia, dan ruam vesikular, terdapat variabilitas yang signifikan dalam manifestasi klinis. Beberapa pasien menunjukkan kelumpuhan wajah sebelum ruam muncul atau terkadang tidak ada ruam sama sekali.^{3,4} Dalam beberapa kasus, keluhan utama pasien adalah sakit telinga yang parah dan kelemahan wajah, varian ini dikenal sebagai zoster sine herpete dan sangat sulit dibedakan secara klinis dari Bell's palsy. Zoster sine herpete dilaporkan mencakup hingga 30% kasus Ramsay Hunt.⁵ Jika terjadi ruam, ruam tersebut mungkin vesikular atau

makulopapular dan dapat memengaruhi sisi wajah yang terkena, kulit kepala, langit-langit mulut, dan lidah. Gejala tambahan yang mungkin dilaporkan meliputi perubahan sensasi pengecap, mata kering, mata berair, hiperakusis, obstruksi hidung, dan disartria. Gangguan pendengaran, tinitus, dan vertigo dapat terjadi akibat keterlibatan saraf vestibulokoklearis. Suara serak atau aspirasi dapat mengindikasikan keterlibatan saraf vagus.⁶

LAPORAN KASUS

Seorang laki-laki berusia 28 tahun datang ke IGD RSUP Dr. M Djamil Padang pada tanggal 25 Mei 2023, kemudian pasien dikonsultasikan oleh bagian neurologi ke bagian THT-KL dengan diagnosis dugaan abses intrakranial dan otitis media auris supuratif kronik dekstra.

Pada anamnesis, pasien mengeluhkan kelemahan pada wajah sebelah kanan yang sudah dirasakan semakin memberat sejak 5 hari sebelum masuk rumah sakit. Awalnya pasien merasakan kesemutan pada wajah sebelah kanan sejak 1 minggu yang lalu, kemudian pasien merasakan kelemahan pada wajah sebelah kanan selama 5 hari. Pasien kemudian berobat ke RSUD Solok Selatan, pasien dirawat selama 1 minggu oleh dokter spesialis saraf dan mendapat terapi IVFD NaCl 0,9% 12 jam/colf, Ceftriaxone 2x2gr (IV), Dexamethasone 3x5mg (IV), Ranitidine 2x50mg (IV), Paracetamol 3x750mg PO, vitamin B kompleks 2x1 tab PO, vitamin B12 1x50mg PO. Karena keluhan tidak kunjung berkurang, pasien kemudian dirujuk ke IGD RSUP Dr. M djamil Padang dengan diagnosis dugaan abses intrakranial dan otitis media auris supuratif kronik dekstra.

Telinga kanan terasa nyeri 2 minggu yang lalu, 1 hari kemudian muncul

bintil berisi cairan pada daun telinga kanan dan pipi kanan. Pasien kemudian berobat ke dokter umum dan diberikan obat tetes telinga sebanyak 3x2 tetes pada telinga kanan, namun pasien lupa nama obatnya. 10 hari yang lalu, nodul berisi cairan di telinga kanan pecah dan mengeluarkan cairan kekuningan.

emam sudah dirasakan sejak 1 minggu yang lalu. Sakit kepala hebat sudah dirasakan sejak 1 minggu yang lalu. Pasien juga mengeluhkan wajah agak merah disertai sisik kekuningan pada kedua alis dan muncul gelembung-gelembung yang cepat pecah menjadi koreng kekuningan pada wajah sebelah kanan sejak 2 hari yang lalu. Pendengaran menurun, telinga berdenging, keluar darah dari telinga, dan telinga kanan terasa penuh, tidak ada pusing. Tidak ada riwayat keluarnya cairan dari telinga atau darah, tidak ada riwayat trauma kepala, tidak ada riwayat bengkak di belakang telinga, tidak ada riwayat berenang atau menyelam sebelumnya, tidak ada riwayat bepergian dengan pesawat terbang, tidak ada riwayat cacar sebelumnya yaitu saat pasien berusia 14 tahun, riwayat imunisasi lengkap, tidak ada riwayat kontak dengan orang sekitar rumah dengan keluhan bercak-bercak berisi cairan pada tubuh. Tidak ada kelemahan pada salah satu sisi tubuh, muntah-muntah, kejang atau pandangan kabur. Tidak ada riwayat hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, stroke atau penyakit autoimun. Pada pemeriksaan fisik, kondisi umum ditemukan sakit sedang, kesadaran kooperatif, tekanan darah 121/71mmHg, denyut nadi 72x/menit, pernapasan 20x/menit, suhu 37,6oC. Kepala: Normocephal, wajah tampak kemerahan, kerak kekuningan (+) di sisi kanan wajah. Pemeriksaan status lokalis THT-KL dilakukan. Telinga, auris dextra: papula (-),

vesikel (-), eritema dan krusta (+) et koncha dan daerah antihelix (Gambar 3). Nyeri tarikan daun telinga (+), nyeri tekan tragus (-), liang telinga sempit, tampak berkerak di 1/3 lateral liang telinga, membran timpani utuh, refleks cahaya (+), sekret (-), auris sinistra: papula (-), vesikel (-), eritema (-), berkerak (-), nyeri tarikan daun telinga (-), nyeri tekan tragus (-), liang telinga lebar, membran timpani utuh, refleks cahaya (+), sekret (-).



Gambar 1. Kerak pada daun telinga kanan pada tanggal 25 Mei 2023

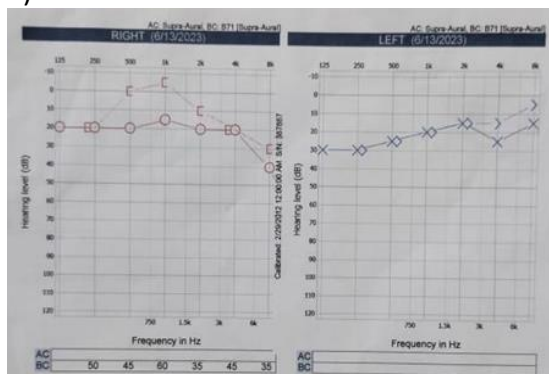
Pada pemeriksaan hidung, rongga hidung kanan: rongga hidung lebar, konka inferior eutrofik, konka medius eutrofik, septum deviasi (-), sekret (-), rongga hidung kiri: rongga hidung lapang, konka inferior eutrofik, konka medius eutrofik, septum deviasi (-), sekret (-). Pemeriksaan tenggorokan, lengkung faring simetris, uvula di tengah tonsil T1-T1 tenang, dinding posterior faring tenang.

Pada pemeriksaan tunar hasilnya: Rinne (+/+), Weber tidak ada lateralisasi, Schwabach sama dengan pemeriksa/sama dengan pemeriksa. Tes fistula kiri/kanan (-/-). Saat pemeriksaan, tidak ada deviasi, tes impuls kepala, tes tatapan, tes



goyangan kepala, tes torsi leher. , dan nistagmus uji miring (-) pusing (-), pemeriksaan ketajaman visual dinamis dalam batas normal, pemeriksaan Romberg dan Romberg tajam dapat dilakukan.

Dapat dilakukan pemeriksaan koordinasi, pemeriksaan jari ke hidung, pemeriksaan past pointing dan disdiadokinesis. Hasil pemeriksaan Dizziness Handicap Inventory (DHI) normal yaitu 10, dan Tinnitus Handicap Inventory (THI) normal yaitu 8, dix halpike nystagmus (-) pusing (-). Hasil pemeriksaan audiometrik, auris kanan normal dengan ambang pendengaran 18,75 db, auris kiri normal dengan ambang pendengaran 21,25 db (Gambar 4).



Gambar 2. Hasil audiometri pasien pada tanggal 26 Mei 2023

Pada pemeriksaan topognostik, uji Schirmer menunjukkan rasio robekan kanan ke kiri > 50%, uji identifikasi kanan/kiri sederhana (+/+). Pemeriksaan saraf wajah menggunakan penilaian House Brackmann menunjukkan paresis wajah perifer derajat kananIII. Pemeriksaan menggunakan metode Freyss menunjukkan fungsi motorik baik dengan hasil 70% pada tingkat ganglion genikulatum (Gambar 5).

Gambar 3. Foto 10 otot wajah pasien pada tanggal 26 Mei 2023

Dari bagian neurologi, dilakukan pemeriksaan laboratorium, rontgen toraks, dan CT scan kepala tanpa kontras pada tanggal 25 Mei 2023. Hasil laboratorium: hemoglobin 15,3, leukosit 9.900, hematokrit 41, trombosit 435.000, ureum 30, kreatinin 0,7, gula darah 116, natrium 134, kalium 4,1, klorida 104, efek trombotosis dan hiponatremia. Hasil rontgen toraks menunjukkan kesan normal. Pada hasil CT scan kepala tanpa kontras, ditemukan bahwa kesan saat ini tidak menunjukkan adanya perdarahan, lesi iskemik, Space Occupying Lesion (SOL) atau kelainan lainnya. Pasien didiagnosis dengan paresis saraf wajah perifer House-Brackmann grade III, fungsi motorik baik 70% pada tingkat ganglion genikulatum et causa sindrom Ramsay Hunt, tidak ada tanda-tanda abses intrakranial atau otitis media supuratif kronis auris dekstra. Kemudian pasien diberikan terapi IVFD NaCl 0,9% 500ml 8 jam/hari, Methylprednisolone 3x125mg (IV) tapering off, Ketorolac 3x30 mg (IV), injeksi Ranitidine 2x50 mg (IV), Mecobalamin 3x500mg PO, Acyclovir 5x800mg. Konsultasi konsul mengenai kulit dan alat kelamin.

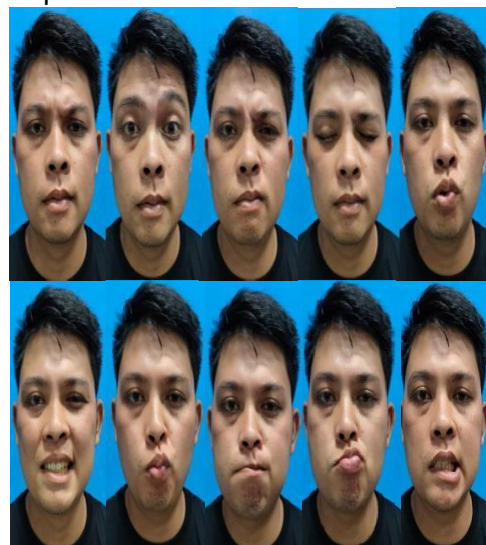
Dari bagian neurologi pasien didiagnosis dengan cephalgia sekunder, paresis nervus fasialis kanan tipe perifer dan sindroma Ramsay Hunt. Pasien direncanakan untuk dirawat di bangsal neurologi dan diberikan terapi, ceftriaxone 2x2gr (IV), vitamin B kompleks 2x1 tab (PO), vitamin B12 1x50mg (PO). Pasien dirujuk oleh bagian neurologi ke bagian kulit dan genitalia. Dari bagian kulit dan genitalia pasien didiagnosis dengan dermatitis seboroik dan impetigo krusta. Pasien diberikan terapi kompres NaCl 0,9% 2x15 menit pada koreng kekuningan dan krim mometason furoat 0,1% 2x sehari dioleskan pada bintik kemerahan. Pasien dirawat selama 5 hari, kemudian pasien disarankan untuk berobat ke poliklinik neurologi dan poliklinik THT-KL kontrol. Pasien diberikan obat rumahan dari bagian neurologi yaitu Acyclovir 4x500mg PO, Gabapentin 2x100mg PO, Salep mometason 3x1, Kompres NaCl 0,9% 3x1 pada keropeng.

Pada tanggal 12 Juni 2023 pasien diperiksakan ke bagian neurologi. Pasien didiagnosis dengan sindrom Ramsay Hunt dan mendapatkan terapi Methylprednisolone 1x8mg (PO), Gabapentin 2x100mg (PO), Carbamazepine 1x200mg (PO), Lansoprazole 1x30mg (PO), Vit B kompleks 2x1 tab (PO), Vit B 12 2x1 tab (PO), kemudian dikonsultasikan ke bagian rehabilitasi medis untuk rencana fisioterapi.

Pasien kembali diperiksakan ke poli THT-KL pada tanggal 14 Juni 2023. Keluhan wajah miring sebelah kanan masih ada, nyeri pada telinga kanan berkurang. Pada pemeriksaan fisik, kepala: muka kemerahan (-), ada krusta di muka (-). Pada pemeriksaan status THT-KL lokal, Telinga, auris dextra: papul (-), vesikel (-), eritema (-), krusta (-) nyeri

tarikan daun telinga (-), nyeri tekan tragus (-), liang telinga lebar, membran timpani utuh, reflek cahaya (+), sekret (-), auris sinistra: papul (-), vesikel (-), eritema (-), krusta (-), nyeri tarikan daun telinga (-), nyeri tekan tragus (-), liang telinga luas, membran timpani utuh, reflek cahaya (+), sekret (-). Pada pemeriksaan topognostik, uji Schirmer menunjukkan rasio air mata antara mata kanan dan kiri > 50%, refleksi akustik auris dekstra (-) kiri (+), uji pengecap sederhana identifikasi kanan/kiri (+/+). Pemeriksaan saraf wajah menggunakan penilaian House Brackmann menunjukkan paresis wajah perifer derajat kananII. Pemeriksaan menggunakan metode Freyss menunjukkan fungsi motorik baik dengan hasil 80% pada tingkat ganglion genikulatum (Gambar 6).

Pasien didiagnosis dengan paresis saraf wajah perifer House-Brackmann grade III, fungsi motorik baik 80% pada tingkat ganglion genikulatum et causa sindrom Ramsay Hunt. Pasien diberikan terapi Mecobalamin 3x500mg PO, terapi dari departemen neurologi dilanjutkan. Kemudian pasien dikonsultasikan ke departemen mata.



Gambar 4. Foto 10 otot wajah pasien pada tanggal 14 Juni 2023

Pasien didiagnosis dengan paresis saraf wajah perifer House-Brackmann grade III, fungsi motorik baik 80% pada tingkat ganglion genikulatum et causa sindrom Ramsay Hunt. Pasien diberikan terapi Mecobalamin 3x500mg PO, terapi dari departemen neurologi dilanjutkan. Kemudian pasien dikonsultasikan ke departemen mata.

Pasien kembali periksa ke poli THT-KL pada tanggal 12 Oktober 2023. Ada keluhan muka sipit sebelah kanan, telinga kanan tidak nyeri. Pada pemeriksaan fisik kepala : muka kemerahan (-), ada krusta di muka (-).

Pada pemeriksaan status Telinga THT-KL setempat, auris dextra : papul (-), vesikel (-), eritema (-), krusta (-) nyeri tarikan daun telinga (-), nyeri tekan tragus (-), liang telinga terbuka, membran timpani utuh, reflek cahaya (+), sekret (-), auris sinistra : papul (-), vesikel (-), eritema (-), krusta (-), nyeri tarikan daun telinga (-), tragus nyeri tekan (-), liang telinga luas, membran timpani utuh, reflek cahaya (+), sekret (-). Pada pemeriksaan topognostik, uji Schirmer menunjukkan rasio air mata antara mata kanan dan kiri <50%, refleksi akustik auris dekstra (+) kiri (+), uji pengecap sederhana identifikasi kanan/kiri (+/+). Pemeriksaan nervus fasialis dengan penilaian House Brackmann didapatkan paresis fasialis perifer derajat II kanan. Pemeriksaan dengan metode Freyss didapatkan fungsi motorik baik dengan hasil 95% (Gambar 7). Pasien didiagnosis dengan paresis nervus fasialis perifer derajat II House-Brackmann, fungsi motorik baik 95% pada tingkat ganglion genikulatum et causa, sindrom Ramsay Hunt. Pasien disarankan untuk kontrol ke poliklinik THT-KL 3 bulan kemudian.

PEMBAHASAN

Sindrom Ramsay Hunt (SRH) atau dikenal juga dengan herpes zoster oticus merupakan suatu penyakit yang ditandai dengan proses reaktivasi laten virus varicella zoster (VVZ) pada ganglion genikulatum, yang sebelumnya telah terjadi infeksi primer oleh virus VVZ. Sindrom Ramsay Hunt dapat terjadi pada siapa saja, kasus yang dilaporkan terjadi pada pasien berusia antara 3 bulan hingga 82 tahun. Tidak terdapat perbedaan prevalensi antara pria dan wanita.^{3,7}

Menurut Coulson et al, gejala awal SRH biasanya berupa nyeri pada telinga ipsilateral (55% pasien), disertai kelumpuhan wajah dan vesikel yang muncul dalam waktu 2 hingga 3 hari.⁴ Ruam juga dilaporkan muncul di kulit kepala dan pipi. Seringkali terdapat gejala prodromal yang disertai dengan sakit kepala nonspesifik, demam, dan kelelahan.⁵ Menurut Waldman, nyeri telinga pada SRH disebabkan oleh infeksi virus yang menyebabkan ganglionitis dan neuritis perifer yang terlokalisasi di daerah ganglion genikulatum.⁷

Pada kasus ini pasien adalah laki-laki umur 28 tahun dengan keluhan lemas pada wajah sebelah kanan yang semakin memberat sejak 5 hari yang lalu. Telinga kanan terasa nyeri 2 minggu yang lalu, 1 hari kemudian muncul bintil berisi cairan pada daun telinga kanan dan pipi kanan. Terdapat demam dan sakit kepala, terdapat riwayat cacar sebelumnya saat pasien berumur 14 tahun. Pasien tidak mengeluh pusing maupun gangguan pendengaran. Tidak ada riwayat keluar cairan dari telinga. Pada pemeriksaan fisik ditemukan krusta (+) pada wajah sebelah kanan. Pada dextra auris tampak eritema dan krusta pada regio konka dan antihelix, nyeri tarikan daun telinga (+), liang telinga

sempit, muncul krusta pada 1/3 lateral liang telinga, membran timpani utuh, refleks cahaya (+), sekret (-). Oleh karena itu, diagnosis OMSK dapat disingkirkan, bila OMSK disertai perforasi membran timpani dan keluarnya sekret dari telinga tengah selama lebih dari 2 bulan, terus-menerus atau terputus-putus.²

Kedekatan saraf fasialis dengan saraf vestibulokoklearis dapat menyebabkan gangguan pendengaran, tinitus, dan vertigo. Gangguan pendengaran sensorineural terjadi pada 43% pasien, ketidakseimbangan atau vertigo pada 51%, dan tinitus pada 20%.¹⁴ Pada kasus ini, pemeriksaan tala normal dan pemeriksaan audiometri normal, tinitus tidak ada, dan pemeriksaan koordinasi dan keseimbangan dalam batas normal.

Pada pemeriksaan topognostik, uji Schirmer menunjukkan bahwa rasio robekan kanan ke kiri > 50%, refleks akustik auris dekstra (-) kiri (+), uji pengecap sederhana mengidentifikasi kanan (+), kiri (+). Berikut ini menentukan bahwa saraf wajah berada pada tingkat ganglion genikulatum.²

Refleks akustik adalah kontraksi otot stapedius yang disebabkan oleh munculnya suara akustik yang keras. Ketika satu telinga dihadapkan dengan suara keras, otot stapedius di kedua sisi berkontraksi. Kontraksi otot stapedius menggerakkan stapes anterior menjauh dari jendela oval dan menegangkan rantai tulang. Hal ini mengakibatkan peningkatan impedansi yang diukur sebagai sedikit penurunan kepatuhan terhadap pemeriksaan liang telinga. Otot stapedius dipersarafi oleh saraf kranial (wajah) ketujuh (CNVII). Oleh karena itu, jika terjadi kelumpuhan CNVII, otot stapedius kemungkinan akan terpengaruh. Jalur

berikut akan menyebabkan refleks akustik:^{2,3,4}

- Jalur ipsilateral

Jalur ipsilateral dapat dijelaskan sebagai berikut. Suara keras berjalan melalui telinga luar, tengah, dan dalam, kemudian sepanjang saraf vestibulokoklearis (CNVIII) ke batang otak hingga ke nukleus koklea. Dari sini sinyal bergerak ke kompleks olivari superior dan ke nukleus CNVII. Sinyal kemudian dikirim ke CNVII, yang menyebabkan kontraksi otot stapedius.^{4,5}

- Jalur kontralateral

Pada jalur refleks kontralateral, suara keras berjalan melalui telinga luar, tengah, dan dalam, kemudian sepanjang CNVIII ke batang otak hingga ke nukleus koklea. Dari sini sinyal bergerak ke kompleks olivari superior lainnya dan nukleus CNVII lainnya. Sinyal tersebut kemudian dikirim ke CNVII, yang menyebabkan kontraksi otot stapedius. Yang dinilai berdasarkan hasil refleks stapedia: ada atau tidaknya refleks stapedia, ambang refleks akustik, penurunan atau adaptasi refleks akustik (jika diuji).^{2,3}

Refleks akustik tidak ada saat diukur pada sisi yang terkena dalam kasus gangguan saraf wajah (misalnya, pemeriksaan telinga yang terkena). Hal ini karena otot stapedius dipersarafi oleh CNVII. Seringkali kelainan CNVII mudah dikenali seperti pada sindrom Ramsay Hunt) dan pengukuran refleks akustik digunakan sebagai alat untuk memantau proses pemulihan pada pasien ini.^{4,5}

Examination of the facial nerve using the House Brackmann assessment revealed a right degree of peripheral facial paresis III. Examination using the Freyss method showed good motor function with a result of 70%.

House Brackmann degree III, namely asymmetrical facial movements and complete eye closure with maximum effort. The Freyss criteria evaluate motor function and tone as well as synkinesis and hemispasm of facial muscles.³

Ramsay Hunt syndrome is a clinical diagnosis, as laboratory testing to confirm the presence of VZV is often impractical and lacks sensitivity. To find out the cause is the herpes virus, you can do a Tzanck smear on the fluid obtained from the vesicles. The sensitivity of this test is low, but it has high specificity. 5,6 However, it was not carried out in patients because the rash was already crusty.

In this case an examination was carried out Computed Tomography (CT) head from the neurology department to determine whether there are intracranial lesions. However, CT generally does not contribute to the diagnosis SRH.¹¹

Sindrom Ramsay Hunt didiagnosis berbeda dengan Bell's palsy dimana pada Bell's palsy tidak terdapat ruam vesikular pada cuping telinga dan liang telinga.^{1,2} Penatalaksanaan pasien SRH terutama terdiri dari pemberian kombinasi antivirus dan kortikosteroid. diberikan secara bersamaan pada kasus SRH.⁹ Diharapkan pemberian kortikosteroid dapat mengurangi nyeri dan meminimalkan terjadinya neuralgia postherpetik.

Pasien ini diberikan kortikosteroid yaitu metilprednisolon 2x125mg selama 5 hari, kemudian dilakukan evaluasi saraf wajah. Setelah 5 hari fungsi motorik saraf wajah membaik, kemudian diberikan metilprednisolon 3x8 mg per oral pada hari ke 6-10, metilprednisolon 2x8 mg per oral pada hari ke 11-13, metilprednisolon 1x8 mg pada hari ke 14-16, metilprednisolon 1x4 mg per oral pada hari ke 17-20.

Pemberian antivirus bertujuan untuk mengurangi skala nyeri dan mempercepat penyembuhan lesi kulit. Pengobatan harus dimulai sesegera mungkin, tetapi memulai terapi paling lambat satu minggu setelah timbulnya gejala masih bermanfaat bagi pasien yang datang terlambat.⁸ Dalam sebuah penelitian dijelaskan bahwa pemberian terapi antivirus dan kortikosteroid dalam waktu 72 jam setelah timbulnya gejala SRH akan menghasilkan pemulihan fungsi motorik saraf wajah secara lengkap.¹²

Pada kasus ini diberikan asiklovir 5x800 mg selama 7 hari pengobatan dikombinasikan dengan suntikan metilprednisolon 3x125 mg pada hari ke-14 setelah timbulnya gejala. Pemberian antidepresan untuk menghindari komplikasi jangka panjang termasuk depresi akibat neuralgia pasca herpes dan hilangnya fungsi wajah.¹⁷

Pada tindak lanjut bulan pertama, terlihat perbaikan yang signifikan. Terapi dilanjutkan dengan kortikosteroid oral selama 1 bulan. Terapi ini menunjukkan hasil dengan perubahan dari HB III menjadi HB II dan perbaikan fungsi motorik. Pasien dikonsultasikan ke bagian mata untuk menghindari komplikasi jangka pendek dari sindrom Ramsay Hunt meliputi abrasi kornea dan keratopati akibat paparan udara.^{18,19}

Fisioterapi pada kasus SRH bertujuan untuk memulihkan kualitas hidup pasien.^{8,11} Pasien yang mengalami paresis House-Brackmann tingkat III lebih mungkin pulih ke fungsi normal, pasien dengan kelumpuhan House-Brackmann tingkat IV atau V lebih mungkin pulih ke fungsi tingkat II, dan pasien dengan paresis House-Brackmann tingkat VI saat presentasi lebih mungkin pulih ke fungsi tingkat II. III.¹⁶ Sebagian besar pasien pulih sepenuhnya dalam waktu satu tahun.

Pasien yang relatif muda dan sehat dengan kelumpuhan tidak lengkap sering kali akan pulih ke fungsi penuh atau hampir penuh dalam beberapa minggu hingga beberapa bulan. Secara keseluruhan, sekitar 70% pasien Ramsay Hunt akan pulih ke fungsi House-Brackmann tingkat I atau II.^{16,17}

Kelumpuhan otot wajah pada kasus SRH memiliki prognosis yang lebih buruk daripada Bell's Palsy. 8 Munculnya lesi herpes yang mendahului wajah miring memiliki nilai prognosis tersendiri. Munculnya lesi herpes sebelum wajah miring memiliki prognosis yang lebih baik. 11,14,19 Dalam kasus ini, lesi herpes muncul 10 hari sebelum masuk rumah sakit dan mendahului wajah miring. Tindak lanjut bulan ke-2 menunjukkan perbaikan fungsi motorik terhadap HB II dengan fungsi motorik terbaik sebesar 95%.

DAFTAR PUSTAKA

1. Dhingra P, Dhingra S. Facial Nerve and its Disorders. In: Diseases of Ear, Nose and Throat- EBook. india: Elsevier; 2018. p. 105.
2. Skillbeck C, Standring S. Facial Nerve and its Non-neoplastic Disorder. In: Watkinson J, Clarke R, editors. Scott-Brown's Otolaryngology Head and Neck Surgery. 8th ed. London: CRC Press; 2018. p. 1402–9.
3. Mattox D, Vivas E. Clinical Disorder of Facial. In: Flint P, Francis W, editors. Cummings. 7th ed. Philadelphia: Elsevier; 2020. p. 2592–3.
4. Wackym A, Rhee J. Facial Paralysis. In: Wackym P, Snow J, editors. 18th ed. USA: People's Medical Publishing House; 2016. p. 445–7.
5. Vrabec J, Lin J. Acute Paralysis of Facial Nerve. In: Johnson J, Rosen C, editors. Bailey's Head and Neck Surgery Otolaryngology. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2014. p. 2512–3.
6. Inagaki A, Minakata T, Katsumi S, Murakami S. Journal of the Neurological Sciences Concurrent treatment with intratympanic dexamethasone improves facial nerve recovery in Ramsay Hunt syndrome. J Neurol Sci. 2020;410(December 2019):116678.
7. Harbecke R, Jensen NJ, Depledge DP, Johnson GR, Ashbaugh ME, Schmid DS, et al. Recurrent herpes zoster in the Shingles Prevention Study : Are second

SIMPULAN

Penatalaksanaan yang tepat dan cepat pada pasien sindrom Ramsay Hunt dengan pemberian antivirus, kortikosteroid dosis tinggi, fisioterapi dan rehabilitasi akan mempengaruhi lamanya waktu penyembuhan pasien. Pada kasus ini perbaikan terjadi setelah 4 bulan pengobatan, sedangkan keluhan berdasarkan literatur harus dievaluasi selama 1 tahun pengobatan.

DUKUNGAN FINANSIAL

Tidak ada.

UCAPAN TERIMA KASIH

Tidak ada.

KONFLIK KEPENTINGAN

Tidak ada.

- episodes caused by the same varicella-zoster virus strain ? Vaccine. 2019;1–8.
8. Kumai Y, Ise M, Miyamaru S, Orita Y. Delayed transmastoid facial nerve decompression surgery in patients with Ramsay-Hunt syndrome presenting with neurophysiologically complete paralysis. *Acta Otolaryngol.* 2018;0(0):1–5.
9. Syndrome RH. A High Neutrophil-to-Lymphocyte Ratio Is Associated with Recovery from. 2019;702:130–7.
10. Costello F. Cranial Neuropathies and COVID-19: Neurotropism and Autoimmunity. 2020;4– 11.
11. Gonzalez J, Elkin R. Ramsay Hunt Syndrome with Multiple Cranial Neuropathy in an Human Immunodeficiency Virus (HIV) Patient. 2018;68–71.
12. Escalante DA, Malka RE, Wilson AG, Nygren ZS, Radcliffe KA, Ruhl DS, et al. Determining the Prognosis of Bell's Palsy Based on Severity at Presentation and Electroneuronography. 2020;1– 7.
13. Kim TH. Role of Biomarkers as Prognostic Factors in Acute Peripheral Facial Palsy. 2022;23:1– 21.
14. Rajati M, Zarringhalam MA. Ramsay Hunt Syndrome Associated with True Vocal Cord Palsy- A Case Report. 2019;3(10):2–5.
15. Kim SJ, Lee HY. Hematological Findings in Patients with Acute Peripheral Facial Palsy. 2020;16(3):382–6.
16. Turab M Al, Chehadeh W. Varicella infection in the Middle East : Prevalence , complications , and vaccination. 2018;1–12.
17. Oya ĄR, Takenaka Y, Imai ĄT, Sato ĄT, Oshima ĄK, Ohta ĄY, et al. Neutrophil-to- Lymphocyte Ratio and Platelet-to-Lymphocyte Ratio as Prognostic Hematologic Markers of Bell ' s Palsy : A Meta-analysis. 2019;40:681–7.
18. Report C, Ozer F. Simultaneous Sudden Hearing Loss and Peripheral Facial Paralysis in a Patient With. 2021;6–11.
19. Rafferty E, Mcdonald W, Qian W, Osgood ND, Doroshenko A. Evaluation of the effect of chickenpox vaccination on shingles epidemiology using agent-based modeling. 2018;1– 27.
20. Sommer T, Karsy M, Driscoll MJ, Randy L. Varicella Zoster Virus Infection and Osteomyelitis of the Skull: A Case Report. *World Neurosurg.* 2018;1–12.
21. Outcomes M, Evidence LOF. Masseteric-to-Facial Nerve Transfer and Selective Neurectomy for Rehabilitation of the Synkinetic Smile. 2019;98431:1–7.