

HERPES ZOSTER OPHTHALMICUS

dr Broto Parwoto, dr Ny Norma D Handoyo

Bagian Mata

*Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro
Semarang.*

PENDAHULUAN

Herpes zoster ophthalmicus merupakan penyakit yang kadang-kadang dijumpai di praktek umum. Penyakit ini cukup berbahaya karena dapat menimbulkan penurunan visus. Seperti herpes zoster dibagian tubuh yang lain maka daerah yang terkena juga bersifat unilateral. Virus merupakan etiologi dari penyakit ini, beberapa ahli telah memastikan bahwa varicella dan herpes zoster disebabkan oleh virus yang sama dan disebut varicella zoster virus (5) (9). Sedangkan BATEMAN menganggap timbulnya zoster karena reaktivasi dari virus varicella beberapa tahun kemudian (3).

Virus ini setelah menimbulkan gejala varicella yang spesifik akan menginfeksi serabut saraf sensoris kulit dan menjalar keatas sampai ganglion. Disini akan menjadi inaktif karena adanya antibody. Apabila daya tahan tubuh menurun di bawah titik kritik, gejala klinik akan timbul karena virus berkembang biak dan menjalar melalui saraf sensoris kekulit serta menimbulkan laesi zoster yang khas. Walaupun penularan secara kontak person jarang terjadi, oleh DANIEL dilaporkan satu kasus timbulnya herpes zoster setelah seseorang tertusuk jarum yang mengandung virus tersebut (4).

GEJALA-GEJALA

Penyakit ini selalu terbatas pada sebelah muka dengan tanda khas batas yang tegas ditengah-tengah muka sepanjang dahi hidung dan mulut. Virus akan menyerang ganglion Gasseri yang mempunyai tiga cabang utama. Cabang yang paling sering terkena adalah ramus ophthalmicus yang mengenai daerah dahi dan sekitar mata.. Urutan yang kedua adalah ramus maxillaris, sedang yang jarang terkena adalah ramus mandibularis. Kadang-kadang ketiga ramus tersebut dapat terkena sekaligus yang biasanya disertai dengan zoster pada ganglion Geniculatum (1),(10). Pada hari-hari pertama akan timbul perasaan sakit dan panas yang kadang-kadang hebat, disertai dengan hyperaesthesia di daerah saraf yang terkena selama satu sampai tiga hari. Bahkan kadang-kadang ada yang mengeluh bila rambutnya tersentuh akan terasa sakit. Pada saat ini dapat timbul demam ataupun tanda-tanda iritasi meningeal yang berupa kaku kuduk. Sering pula disertai dengan photophobia dan lacrimasi pada mata sisi yang terkena serta timbul regional lymphadenopathy (1), (2), (3), (9), (10). Kemudian akan timbul papulla pada dasar kulit yang erythematous. Beberapa

papulla akan bersatu membentuk vesikel yang mula-mula berisi cairan yang jernih untuk kemudian cepat menjadi keruh. Vesikel ini akan pecah, terjadi crusta yang bila tidak ada sekunder infeksi akan lepas dan meninggalkan bekas yang tipis. Bila disertai dengan sekunder infeksi maka akan meninggalkan bekas yang dalam dan menetap cukup lama (10), (12).

DIAGNOSA

Untuk menentukan diagnosa biasanya mudah oleh karena gejala-gejalanya jelas dan khas. Tetapi sebelum timbul vesikel gejalanya dapat dikelirukan dengan kelainan saraf yang lain. Adanya penurunan sensibilitas cornea dapat menyokong perkiraan adanya herpes zoster ophthalmicus. Pada permulaan penyakit dapat juga dengan erysipelas, karena adanya kulit yang erythematous dan membengkak (1), (2), (9), (10). Yang perlu diperhatikan adalah kelainan di mata yang apabila tidak segera diatasi dapat menimbulkan penurunan visus.

KOMPLIKASI

❑ *Myelitis.* Merupakan komplikasi di luar mata yang pernah dilaporkan oleh GORDON dan TUCKER, demikian juga encephalitis dan hemiplegi walaupun jarang ditemukan tetapi pernah dilaporkan. Hal ini diperkirakan karena penjarangan virus ke otak (8), (10).

❑ *Conjunctiva.* Pada mata komplikasi yang dapat timbul adalah chemosis yang ada hubungannya dengan pembengkakan palpebra. Pada saat ini biasanya disertai dengan penurunan sensibilitas cornea dan kadang-kadang oedema cornea yang ringan. Dapat juga timbul vesikel-vesikel di conjunctiva tetapi jarang terjadi ulserasi. Pernah dilaporkan adanya canaliculitis yang ada hubungannya dengan zoster.

❑ *Cornea.* Bila cornea terkena maka akan timbul infiltrat yang berbentuk tidak khas dengan batas yang tidak tegas (10), tetapi kadang-kadang infiltratnya dapat menyerupai herpes simplex (7). Proses yang terjadi pada dasarnya berupa keratitis profunda yang bersifat khronis dan dapat bertahan beberapa minggu setelah kelainan kulit sembuh. Akibat kekeruhan cornea yang terjadi maka visus akan menurun.

□ *Iris*. Adanya laesi diujung hidung sangat penting untuk diperhatikan karena kemungkinan besar iris akan ikut terkena mengingat n. nasociliaris merupakan cabang dari n. ophthalmicus yang juga menginervasi daerah iris, corpus ciliae dan cornea. Iritis/iridocyclitis dapat merupakan penjaralan dari keratitis ataupun berdiri sendiri. Iritis biasanya ringan, jarang menimbulkan eksudat, pada yang berat kadang-kadang disertai dengan hypopion atau sekundair glaucoma (10). Akibat dari iritis ini sering timbul sequele berupa iris atropi yang biasanya sektoral. Pada beberapa kasus dapat disertai massive iris atropi dengan kerusakan sphincter pupillae (8).

□ *Sclera*. Scleritis merupakan komplikasi yang jarang ditemukan, biasanya merupakan lanjutan dari iridocyclitis. Pada sclera akan terlihat nodulus dengan injeksi lokal yang dapat timbul beberapa bulan sesudah sembuhnya laesi di kulit. Nodulusnya bersifat khronis, dapat bertahan beberapa bulan, bila sembuh akan meninggalkan sikatrik dengan hyperpigmentasi. Scleritis ini dapat kambuh lagi.

□ *Ocular palsy*. Dapat timbul bila mengenai N III, N IV, N VI, N III dan N IV dapat sekaligus terkena. Pernah pula dilaporkan timbulnya ophthalmoplegi totalis dua bulan setelah menderita herpes zoster ophthalmicus. Paralyse dari otot-otot extra-ocular ini mungkin karena perluasan peradangan dari N Trigemini di daerah sinus cavernosus. Timbulnya paralyse biasanya dua sampai tiga minggu setelah gejala permulaan dari zoster dirasakan, walaupun ada juga yang timbul sebelumnya. Prognosa otot-otot yang paralyse pada umumnya baik dan akan kembali normal kira-kira dua bulan kemudian.

□ *Retina*. Kelainan retina yang ada hubungannya dengan zoster jarang ditemukan. Kelainan tersebut berupa choroiditis dan perdarahan retina, yang umumnya disebabkan adanya retinal vasculitis (6).

□ *Optic neuritis*. Optic neuritis juga jarang ditemukan; tetapi bila ada dapat menyebabkan kebutaan karena timbulnya atropi n. opticus. Gejalanya berupa scotoma sentral yang dalam beberapa minggu akan terjadi penurunan visus sampai menjadi buta (10).

PENGOBATAN

Tidak ada pengobatan yang spesifik. Pengobatan hanya bersifat simptomatik untuk mengurangi rasa nyeri, pencegahan sekunder infeksi dan menekan peradangan. Bila masih stadium akut sebaiknya penderita istirahat di tempat tidur. (2), (9), (10). Untuk kulitnya agar diusahakan supaya vesikel jangan sampai pecah dan dilindungi dari sekunder infeksi dengan cream antibiotika yang mengandung kortikosteroid. Dapat ditambahkan taburan bedak untuk mengurangi rasa gatal diatas cream tersebut. Setelah pemberian terapi lokal seperti diatas, sedapat mungkin dijaga agar jangan kena air sampai crusta lepas dengan sendirinya. Beberapa penulis menganjurkan pemberian collodion yang mengandung 10% ichthyol dan calamin lotion. Tetapi bahan ini bila kering akan menyebabkan crusta yang melekat dengan kulit sehingga pelepasannya akan menimbulkan rasa sakit (2), (3), (9), (10). Untuk

mata yang terkena diberi antibiotika dan kortikosteroid lokal, kecuali bila ada keratitis, kortikosteroid merupakan kontraindikasi. Mata perlu diistirahatkan dengan ditutup. Perlu juga diberikan atropin sebagai mydriaticum bila terlihat tanda tanda keratitis dan iridocyclitis (1), (10).

Pemberian kortikosteroid sistemik masih diperdebatkan. Beberapa penyelidik membuktikan pemberian kortikosteroid per oral dapat memperberat dan memperluas penyakitnya, sedang BATEMAN(3) menganjurkan pemberian prednisolon dosis tinggi yaitu 60 mg sehari pada minggu-I, kemudian diturunkan sampai 15 mg sehari pada minggu ke-II. Cara ini khusus untuk penderita dengan umur 60 tahun ke atas. Untuk penderita dengan umur 40 tahun sampai 60 tahun dianjurkan untuk memberikan terapi diathermis dengan UKG, sedang untuk penderita dengan umur kurang dari 40 tahun biasanya hanya memerlukan analgetika saja. Selain itu dapat pula diberikan antibiotika sistemik dan obat-obatan neurotropik. Pengobatan dengan cara lain misalnya dengan *gamma globulin* ataupun *cytarabine* tidak kami bahas mengingat obat-obat tersebut sukar didapat di Indonesia. Prognosa biasanya baik, kecuali bila cornea atau bagian yang lebih dalam lagi terkena (10).

POST HERPETIC TRIGEMINAL NEURALGIA

Ini merupakan keluhan yang sangat dikhawatirkan karena menimbulkan penderitaan yang hebat terutama pada penderita yang telah tua. Nyeri neuralgik dapat menetap berbulan-bulan setelah serangan akut untuk pencegahan pemberian kortikosteroid per oral akan sangat membantu.

Pengobatan dapat dilakukan beberapa cara :

- obat-obatan lokal yang mengandung camphor atau menthol (2).
- suntikan larutan triamcinolon 2% dalam garam fisiologis secara subcutan di daerah yang terkena (3), (5).
- infus larutan 50 cc procain 1% dalam NaCl 500 cc dengan kecepatan 40 sampai 60 tetes per menit (5).
- suntikan alkohol pada ganglion Gasseri (10).

KEPUSTAKAAN

1. ADLER F H: *Textbook of ophthalmology*. 7th ed. Philadelphia. Saunders, 1964.
2. ANDREWS G C: *Disease of the skin*. 4th ed. Philadelphia, Saunders, 1961.
3. BATEMAN P P: Treatment of herpes zoster. *Med Prog* 4 (3): 25-32, 1977.
4. DANIEL W P et al: Herpes zoster, case report of possible accidental inoculation. *ArchofDermatol* 102:1755-1756, 1976.
5. ERVIN EPSTEIN: Treatment of zoster and post zoster neuralgia by the intra lesional injection of triamcinolone. *JAMA* 185 (10): 762-769, 1976.
6. HESSE J R: Herpes zoster ophthalmicus: *AmJofOphthal* 84 (3): 329-331, 1977.
7. FORREST W M & KAUFMAN H E: Zosteriform herpes simplex. *Am J of Ophthal* 81 (1): 86-88, 1976.
8. MARS R J: Iritis and iris atrophy in herpes zoster ophthalmicus. *Am Jof Ophthal* 78 (2):255-260, 1974.
9. RHODES & VAN ROYEN: *Virus disease of man*, 4th ed, New York Nelson & Sons, 1948.
10. WALS F B: *Clinical newo ophthalmology*. 3th ed