



HERPES ZOSTER PADA GERIATRI

Saragih IV

Fakultas Kedokteran Universitas Lampung
Email: iwanvanca_saragih@yahoo.com

Abstrak

Latar belakang. Herpes zoster merupakan penyakit kulit yang bercirikan timbulnya ruam kulit dengan distribusi dermatomal dan disertai rasa nyeri yang hebat. Insiden herpes zoster meningkat seiring bertambahnya usia, di mana lebih dari 2/3 kasus terjadi pada usia lebih dari 50 tahun dan kurang dari 10% di bawah 20 tahun. **Kasus.** Pasien Tn. UM berumur 62 tahun dengan keluhan timbul gelembung-gelembung berisi air sejak 3 hari yang lalu yang muncul di daerah kepala dan wajah hanya pada bagian kanan disertai rasa panas. Pada pemeriksaan fisik didapatkan tekanan darah 160/90 mmHg. Status lokalis pada regio temporalis dekstra, regio oksipitalis dekstra, regio maksilaris dekstra, region nasalis dekstra, dan regio orbita dekstra tampak makula dengan dasar kulit yang eritem ukuran lentikuler, tampak papul multipel ukuran milier, tampak daerah erosi akibat vesikel yang sudah pecah. Dari hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik pasien didiagnosa dengan penyakit herpes zoster. Tatalaksana pada pasien yaitu pemberian antivirus asiklovir 5 x 800 mg peroral selama 7 hari dan asam mefenamat 3x500 mg sebagai analgesik **Simpulan.** Faktor usia dan penyakit sistemik merupakan faktor risiko terjadinya herpes zoster. [Medula Unila.2014;2(1) : 14-21]

Kata kunci: Asiklovir, herpes zoster, usia lanjut

HERPES ZOSTER IN GERIATRI

Saragih IV

Medical Faculty University of Lampung
Email: iwanvanca_saragih@yahoo.com

Abstract

Background: Herpes zoster is a skin disease characterized by skin rash with a dermatomal distribution and accompanied by great pain. The incidence of herpes zoster increases with age, in which more than two thirds of cases occur in more than 50 years of age and less than 10% under 20 years old. **Case:** Mr. UM 62 years old with complaints arising bubbles filled with water since 3 days ago that arised in the head and face only on the right side with a burning sensation. On physical examination found blood pressure 160/90 mm Hg. Localist status in the right temporal region, occipital, maxillary, nasal, and orbital on the basis appeared macular erythematous skin lentikuler size, miliary multiple papules, erosion area as a result of the broken vesicles. From the results of the history taking and physical examination, patients diagnosed with herpes zoster The management of the patient is the administration of antiviral acyclovir 5 x 800 mg orally for 7 days and 3x500 mg mefenamic acid as an analgesic. **Conclusion:** Age and systemic



diseases are risk factors for the occurrence of herpes zoster. [**Medula Unila.2014;2(1) : 14-21**]

Key words: Acyclovir, herpes zoster, elderly

Pendahuluan

Infeksi virus varicella-zoster (VVZ) yang menyebabkan varisela atau cacar air dapat menyerang hampir setiap individu di seluruh dunia. Setelah sembuh dari varisela, virus menetap laten pada ganglia radiks dorsalis yang dapat mengalami reaktivasi menjadi herpes zoster (HZ), atau yang lebih dikenal dengan nama *shingles* atau dompo. Herpes zoster merupakan penyakit kulit yang bercirikan timbulnya ruam kulit dengan distribusi dermatomal dan disertai rasa nyeri yang hebat (Christo, 2007).

Insiden herpes zoster tersebar merata di seluruh dunia dan dapat muncul sepanjang tahun karena tidak dipengaruhi oleh musim. Tidak ada perbedaan dalam morbiditas antara pria dan wanita. Berdasarkan studi di Eropa dan Amerika Utara, diperkirakan ada sekitar 1,5-3 per 1000 orang per tahun pada segala usia dan kejadian meningkat tajam pada usia lebih dari 60 tahun yaitu sekitar 7-11 per 1000 orang per tahun (Gnann dan Whitley, 2002). Insiden herpes zoster meningkat seiring bertambahnya usia, di mana lebih dari 2/3 kasus terjadi pada usia lebih dari 50 tahun dan kurang dari 10% di bawah 20 tahun (Schmader & Oxman, 2012). Meningkatnya insidensi pada usia lanjut ini berkaitan dengan menurunnya respon imun dimediasi sel yang dapat pula terjadi pada pasien imunokompromais seperti pasien HIV-AIDS, pasien dengan keganasan, dan pasien yang mendapat obat imunosupresi. Namun, insidensinya pada pasien imunokompeten pun besar. Herpes zoster sendiri meskipun bukan penyakit yang *life-threatening*, namun dapat mengganggu pasien sebab dapat timbul rasa nyeri. Lebih lanjut lagi nyeri yang dialami saat timbul lesi kulit dapat bertahan lama, hingga berbulan-bulan lamanya sehingga dapat mengganggu kualitas hidup pasien – suatu keadaan yang disebut dengan neuralgia paska herpetika (NPH) (Johnson, 2009).



Tujuan utama terapi pada pasien herpes zoster adalah untuk membatasi berkembangnya penyakit, durasi dan peningkatan rasa sakit dan lesi di dermatom primer, mencegah penyakit di tempat lain, dan mencegah NPH (Prabhu, 2009)

Kasus

Pasien Tn. UM berumur 62 tahun seorang pensiunan PNS yang berdomisili di Bandar Lampung datang ke Poliklinik Kulit dan Kelamin RSAM pada tanggal 23 Januari 2013 dengan keluhan timbul gelembung-gelembung berisi air sejak 3 hari yang lalu yang muncul di daerah kepala dan wajah hanya pada bagian kanan. Awalnya pasien merasa timbul bintil-bintil sebesar ujung jarum pentul di daerah kepala sebelah kanan yang disertai rasa berdenyut mulai dari atas kepala sebelah kanan hingga ke bagian telinga bagian belakang. Bintil-bintil tersebut berkelompok dan disertai rasa panas. 2 hari sebelumnya timbul kemerahan yang disertai rasa nyeri pada daerah wajah sebelah kanan dan sebelumnya pasien juga merasa badannya terasa hangat, dan badan terasa pegal sebelum munculnya gelembung-gelembung tersebut. Pasien tidak mengeluhkan adanya keluhan kulit di bagian lain, tidak mengeluhkan gangguan penglihatan dan pendengaran, tidak terdapat kelemahan untuk menggerakkan anggota gerakannya.

Selanjutnya, pasien memutuskan untuk berobat ke bagian saraf, karena pasien merasa bahwa hal ini disebabkan karena tekanan darahnya yang tinggi dan sarafnya yang terganggu. Saat berobat, pasien dikatakan menderita neuralgia trigeminalis lalu diberi obat oleh dokter spesialis saraf. Dua hari setelah berobat ke dokter pasien merasa keluhan nyeri sedikit berkurang namun karena warna merah pada daerah wajah semakin banyak maka pasien kembali berobat ke poliklinik saraf dan dikonsulkan ke dokter ahli penyakit kulit dan kelamin. Setelah dilakukan pemeriksaan di bagian kulit dan kelamin, pasien dinyatakan menderita Herpes zoster. Pasien belum pernah menderita penyakit seperti ini dan di dalam keluarga juga tidak ada anggota keluarga yang memiliki penyakit yang sama dengan pasien. Sebelumnya pasien mengaku bahwa pada saat masih duduk di bangku SD pasien pernah terkena cacar air.



Pemeriksaan fisik pasien pada tanggal 23 Januari 2013, kesadaran komposmentis, berat badan 65 kg, tinggi badan 168 cm, kesan gizi normal (BBI/Berat Badan Idaman), IMT (Indeks Massa Tubuh) normal (22,5), tekanan darah 160/90 mmHg, nadi 83x/menit, pernapasan 21 x/menit, suhu 36,7 °C. Status generalis pasien didapatkan kepala, mata, hidung, mulut, leher, dada (jantung dan paru) pasien dalam batas normal. Status lokalis pada regio temporalis, regio oksipitalis, regio maksilaris dan region nasalis dekstra, regio orbita dekstra tampak makula dengan dasar kulit yang eritem ukuran lentikuler, tampak papul multipel ukuran milier, tampak daerah erosi akibat vesikel yang sudah pecah.

Pembahasan

Pada pasien ini, diagnosis hepes zoster ditegakkan berdasarkan anamnesis yang didapatkan yaitu seorang laki-laki berumur 62 tahun dengan keluhan badan keluhan timbul gelembung-gelembung berisi air sejak 3 hari yang lalu yang muncul di daerah kepala dan wajah hanya pada bagian kanan disertai rasa panas dan berdenyut dan adanya keluhan badan terasa hangat dan pegal. Pasien belum pernah menderita penyakit seperti ini dan di dalam keluarga juga tidak ada anggota keluarga yang memiliki penyakit yang sama dengan pasien. Sebelumnya pasien mengaku bahwa pada saat masih duduk di bangku SD pasien pernah terkena cacar air.

Penegakan diagnosis herpes zoster umumnya didasari gambaran klinis. Komponen utama dalam penegakan diagnosis adalah terdapatnya (1) gejala prodromal berupa nyeri, (2) distribusi yang khas dermatomal, (3) vesikel berkelompok, atau dalam beberapa kasus ditemukan papul, (4) beberapa kelompok lesi mengisi dermatom, terutama dimana terdapat nervus sensorik, (5) tidak ada riwayat ruam serupa pada distribusi yang sama (menyingkirkan herpes simpleks zosteriformis), (6) nyeri dan allodinia (nyeri yang timbul dengan stimulus yang secara normal tidak menimbulkan nyeri) pada daerah ruam (Dworkin *et al.*, 2007)



Pada saat dilakukan pemeriksaan fisik pada pasien didapatkan pada status lokalis regio temporalis, regio oksipitalis, regio maksilaris dan region nasalis dekstra, regio orbita dekstra tampak makula dengan dasar kulit yang eritem ukuran lentikuler, tampak papul multipel ukuran milier, tampak daerah erosi akibat vesikel yang sudah pecah. Lesi yang terlihat cukup karakteristik untuk herpes zoster, yang mana timbul gejala kulit yang unilateral, bersifat dermatomal sesuai dengan persarafan (Christo, 2007).

Pemeriksaan laboratorium direkomendasikan bila lesi atipikal seperti lesi rekuren, dermatom yang terlibat multipel, lesi tampak krusta kronis atau nodul verukosa dan bila lesi pada area sakral sehingga diragukan patogennya virus varisela zoster atau herpes simpleks. Pemeriksaan laboratorium yang dapat dilakukan adalah PCR yang berguna pada lesi krusta, imunoflouresensi direk dari spesimen lesi vesikular, dan kultur virus yang tidak efektif karena membutuhkan waktu 1-2 minggu (Dworkin *et al.*, 2007). Pada kasus ini pemeriksaan penunjang tidak dilakukan.

Herpes zoster merupakan suatu reaktivasi akibat infeksi awal yang bermanifestasi sebagai varicella zoster (cacar air). Penyebabnya adalah virus varicella-zoster (VVZ) dari keluarga herpes virus, sangat mirip dengan herpes simplex virus. Virus ini mempunyai amplop, berbentuk ikosahedral, dan memiliki DNA berantai ganda yang mengkode lebih dari 70 macam protein (Kliegman *et al.*, 2006). Herpes zoster disebabkan oleh reaktivasi virus varicella zoster yang laten di dalam ganglion posterior atau ganglion intrakranial. Virus dibawa ke tepi ganglion spinal atau ganglion trigeminal, kemudian menjadi laten. Reaktivasi virus varicella zoster dapat dipicu oleh berbagai faktor seperti pembedahan, penyinaran, lanjut usia, dan keadaan tubuh yang lemah meliputi malnutrisi, seseorang yang sedang dalam pengobatan immunosupresan jangka panjang, atau menderita penyakit sistemik seperti hipertensi (Handoko, 2007). Pada kasus ini faktor yang dapat menjadi penyebab reaktivasi virus varicella yang pernah diderita saat masih sekolah SD antara lain faktor usia yaitu pasien sudah berusia lanjut dan faktor penyakit sistemik yaitu hipertensi.



Lesi herpes zoster dapat mengenai seluruh kulit tubuh maupun membran mukosa. Herpes zoster biasanya diawali dengan gejala-gejala prodromal selama 2-4 hari, yaitu sistemik (demam, pusing, malaise), dan lokal (nyeri otot-tulang, gatal, pegal). Setelah itu akan timbul eritema yang berubah menjadi vesikel berkelompok dengan dasar kulit yang edema dan eritematosa. Vesikel tersebut berisi cairan jernih, kemudian menjadi keruh, dapat menjadi pustul dan krusta. Jika mengandung darah disebut sebagai herpes zoster hemoragik. Jika disertai dengan ulkus dengan sikatriks, menandakan infeksi sekunder (Handoko, 2007).

Masa tunas dari virus ini sekitar 7-12 hari, masa aktif berupa lesi baru yang tetap timbul, berlangsung seminggu, dan masa resolusi berlangsung 1-2 minggu. Selain gejala kulit, kelenjar getah bening regional juga dapat membesar. Penyakit ini lokalisasinya unilateral dan dermatomal sesuai persarafan. Saraf yang paling sering terkena adalah nervus trigeminal, fasialis, otikus, C3, T3, T5, L1, dan L2. Jika terkena saraf tepi jarang timbul kelainan motorik, sedangkan pada saraf pusat sering dapat timbul gangguan motorik akibat struktur anatomisnya. Gejala khas lainnya adalah hipestesi pada daerah yang terkena (Handoko, 2007).

Tujuan penatalaksanaan herpes zoster adalah mempercepat proses penyembuhan, mengurangi keparahan dan durasi nyeri akut dan kronik, serta mengurangi risiko komplikasi (Gnann dan Whitley, 2002). Penatalaksanaannya berupa edukasi dan medikamentosa. Sebagai edukasi pasien diingatkan untuk menjaga kebersihan lesi agar tidak terjadi infeksi sekunder. Edukasi larangan menggaruk karena garukan dapat menyebabkan lesi lebih sulit untuk sembuh atau terbentuk skar jaringan parut, serta berisiko terjadi infeksi sekunder. Selanjutnya pasien tetap dianjurkan mandi, mandi dapat meredakan gatal. Untuk mengurangi gatal dapat pula menggunakan losio kalamina. Untuk menjaga lesi dari kontak dengan pakaian dapat digunakan *dressing* yang steril, non-oklusif, dan *non-adherent*. Pasien juga perlu diedukasi bahwa pada orang yang belum pernah mengalami cacar air, dapat terjadi penyebaran virus VZV ke pejamu lain, yang dapat menimbulkan varicela pada orang lain. Dengan demikian dalam fase ini sebaiknya pasien tidak membiarkan anak-anak ataupun orang yang belum pernah mengalami varicela sebelumnya untuk bermain atau berdekatan dengan pasien.



Terapi medikamentosa yang diberikan berupa asiklovir 5 x 800 mg peroral selama 7 hari. Terapi dapat diberikan secara efektif maksimal 72 jam setelah lesi terakhir muncul, yang pada pasien ini masih terpenuhi (onset hari ke-3). Di atas 72 jam, pemberian asiklovir dikatakan tidak efektif lagi. Pemberian antivirus dapat mengurangi lama sakit, keparahan dan waktu penyembuhan akan lebih singkat (Weinberg, 2007).

Untuk nyeri yang timbul pada pasien diberikan asam mefenamat 3x500 mg sebagai analgesik. Pasien kemudian dianjurkan untuk kontrol selama 7 hari kemudian kepada dokter, untuk melihat perbaikan pada pasien. Prognosis herpes zoster tanpa adanya komplikasi biasanya sangat baik (McCrary, 2009).

Simpulan bahwa faktor usia dan penyakit sistemik merupakan faktor risiko terjadinya herpes zoster.



Daftar Pustaka

- Christo PJ, Hobelmann G, Maine DN. 2007. Post-herpetic neuralgia in older adults. *Drugs Aging Journal*;24(1):1-19.
- Dworkin RH, Johnson RW, Breuer J, Gnann JW, Levin MJ, Backonja M. 2007. Recommendations for the management of herpes zoster. *Clinical Infection Disease Journal*; 44:1-21.
- Gnann JW, Whitley RJ. 2002. Herpes Zoster. *New England Journal. Medicine*;347(5):340-6.
- Handoko R. Penyakit virus. 2007. In: Djuanda A, Hamzah M, Aisah S, editors. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Kulit Dan Kelamin*. Edisi kelima. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. hlm 88-100
- Johnson RW. 2010. The impact of herpes zoster and post-herpetic neuralgia on quality of life. *BioMed Central Medicine Journal*;8:37-42.
- Kliegman RM, Marcandante KJ, Jenson HB, Behrman RE. 2006. *Nelson Essentials of Pediatrics*. Edisi ke-5. Philadelphia: Elseviers Saunders; pp.470-472.
- McCrary ML, Severson J, Tying SK. 2009. Varicella Zoster Virus. *Journal of the American Academy of Dermatology*;41:1-13.
- Prabhu S, Sripathi H, Gupta S, Prabhu M. 2009. Childhood Herpes Zoster. *Journal of Indian Dermatology*;54:379-84.
- Schmader KE, Oxman MN. 2012. Varicella and Herpes Zoster. In: Wolff KI, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ, editors. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 8th ed: New York : Mc Graw-Hill;. p. 2383-401.
- Weinberg JM. 2007. Herpes zoster: Epidemiology, natural history, and common complications. *Journal of the American Academy of Dermatology*;57:130-5.