



Herpes Zoster Oftalmika dengan Komplikasi Uveitis Anterior

Theresia Dita Chrisdianudya, Hyasinta Arlette Nikita, Marselino Galuh Setyawan Nernere
Puskesmas Uitao, Semau, Kabupaten Kupang, Nusa Tenggara Timur, Indonesia

ABSTRAK

Herpes zoster adalah penyakit infeksi akibat reaktivasi virus varisela zoster laten. Terdapat 8%-56% kasus herpes zoster oftalmika dan pada sekitar 50%-72% pasien zoster periokular akan terjadi gangguan mata dan kehilangan visual derajat sedang sampai berat. **Kasus.** Laki-laki usia 16 tahun dengan lenting-lenting di sekitar dahi, kelopak mata, mata, dan hidung sisi kanan disertai mata kanan nyeri, memerah, berkabut, penurunan tajam penglihatan, dan kotoran mata putih kekuningan yang lengket sejak kurang lebih satu minggu. *Hutchinson sign* positif. Pasien memiliki riwayat cacar air, tetapi tidak memiliki komorbid. Diagnosis herpes zoster oftalmika okuli dekstra dengan uveitis anterior. Tata laksana dengan *paracetamol* oral 3 x 500 mg, *acyclovir* oral 5 x 800 mg, *amoxicillin* oral 3x500 mg, *methylprednisolone* 2x8 mg, salep mata *acyclovir* 5 kali sehari, salep kulit *acyclovir* 5 kali sehari. **Simpulan.** Pada pasien herpes zoster oftalmika dengan penurunan tajam penglihatan perlu diwaspadai komplikasi uveitis anterior; terapi kortikosteroid dapat berhasil lebih baik.

Kata kunci: Herpes zoster oftalmika, *Hutchinson*, uveitis

ABSTRACT

Herpes Zoster is caused by reactivation of latent varicella zoster virus. Approximately 8%-56% from herpes zoster cases were reported with ophthalmic signs, and 50%- 72% cases show moderate to severe visual loss. **Case.** Male, 16 y.o., with multiple vesicles surrounding right eye area, forehead, nose, with pain, redness, haziness, visual disturbance, and purulent secretion in the right eye since a week ago. *Hutchinson sign* was positive. Patient had a history of chicken pox without other comorbidities. Diagnosis was herpes zoster ophthalmica oculi dextra with anterior uveitis. Management consist of oral *paracetamol* 3 x 500 mg, *acyclovir* 5 x 800 mg, *amoxicillin* 3 x 500 mg, *methylprednisolon* 2 x 8 mg, *acyclovir* eye ointment 5 times a day, *acyclovir* skin ointment 5 times a day. **Conclusion.** Herpes zoster ophthalmica with decreased visual function should be monitored for complications like uveitis anterior and managed with corticosteroid for a better outcome. **Theresia Dita Chrisdianudya, Hyasinta Arlette Nikita, Marselino Galuh Setyawan Nernere. Ophthalmic Herpes Zoster with Anterior Uveitis**

Keywords: *Hutchinson*, ophthalmic herpes zoster, uveitis



Mermin Dunia Kedokteran is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

PENDAHULUAN

Herpes zoster adalah penyakit akibat reaktivasi virus varisela zoster laten. Sebagian besar herpes zoster berada di dermatom trunkus; dan sekitar 10% dapat terjadi di area saraf trigeminal yang dikenal sebagai herpes zoster oftalmika.¹ Pasien merasakan nyeri hebat unilateral, *allodynia*, dan nyeri kepala di area cabang nervus trigeminal. Setelah gejala prodromal, timbul ruam eritematosa dan vesikel kemudian pecah yang berlangsung hingga 10 hari. Ruam tersebut umumnya melibatkan ujung hidung atau punggung hidung yang dikenal sebagai tanda *Hutchinson*.¹

Secara global insiden herpes zoster sekitar 1,2-3,4/1000 orang, dengan 8%-56% kasus berupa herpes zoster oftalmik dan 50%-72% pasien zoster periokular akan menderita gangguan

pada mata dan penurunan ketajaman penglihatan derajat sedang sampai berat.² Kejadian herpes zoster meningkat seiring bertambahnya usia.²

Diagnosis penyakit herpes zoster pada umumnya berdasarkan temuan klinis. Pemeriksaan sitologi kerokan vesikel kulit menghasilkan beberapa inklusi intranuklear eosinofilik (*Lipschutz's bodies*) dan multinukleasi sel-sel raksasa (*sel Tzank*).³

Terapi antiviral dapat diberikan oleh dokter layanan primer, dimulai dalam 72 jam setelah timbul ruam untuk meminimalkan komplikasi gangguan penglihatan dan lainnya. Terapi antiviral, yaitu *valacyclovir* 1 gram per oral tiga kali sehari selama tujuh hari atau *famciclovir* 500 mg per oral tiga kali sehari selama tujuh hari atau *acyclovir* 800 mg per oral lima kali

sehari selama tujuh hari.⁴

KASUS

Laki-laki usia 16 tahun dengan keluhan timbul lenting-lenting menyebar dari dahi, kelopak mata, sampai hidung sisi kanan sejak kurang lebih satu minggu dan nyeri terbakar terutama jika disentuh. Saat lenting timbul pertama kali, pasien demam dan nyeri kepala. Lenting kemudian pecah, mengeluarkan cairan, menjadi koreng dengan dasar kemerahan yang kemudian mengering berwarna kuning kehitaman; di sekitar kelopak mata dan mata kanan terdapat kotoran mata kental putih kekuningan, mata memerah dan berkabut disertai nyeri, bengkak, dan penglihatan kabur selama lenting muncul yang makin memberat.

Pasien pernah menderita cacar air saat kecil.

Alamat Korespondensi email: theresiadita.ch@gmail.com



LAPORAN KASUS



Riwayat kontak dengan pasien yang sama dan cacar air disangkal. Riwayat trauma, penggunaan obat-obatan jangka lama, riwayat alergi, riwayat penggunaan kacamata, riwayat berobat mata, riwayat penyakit yang sama, dan riwayat keluarga disangkal.



Gambar. Lesi kulit dengan tanda uveitis; *Hutchinson sign* (+)

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum pasien baik, kompos mentis, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 80 kali per menit, pernapasan 18 kali per menit, suhu 36,7°C, berat badan 39 kg, dan tinggi badan 158 cm. Status dermatologi di regio frontal, periorbital, dan sebagian nasal dekstra tampak erosi, terdapat bekas vesikel multipel bergerombol yang sudah pecah mengikuti garis dermatom atau tersusun herpetiformis, sebagian ditutupi krusta kehitaman secara konfluen dan diskret. Lesi kulit berada pada area dermatom nervus trigeminal cabang oftalmika (**Gambar 1**). Status oftalmologis okuli sinistra visus 6/6, sedangkan okuli dekstra 1/∞ atau hanya mampu mendeteksi cahaya. Tekanan intraokular dekstra dan sinistra dalam batas normal. Segmen anterior dekstra tampak berkabut, sedangkan sinistra dalam batas normal. Pada okuli dekstra didapatkan edema palpebra superior dan inferior, hiperemis, sekret putih kekuningan, injeksi konjungtiva

(+), kornea berkabut, pupil sulit dinilai, refleks cahaya sulit dinilai, gerak bola mata segala arah masih baik, dan disertai sekret warna kuning kental. Pada hidung terdapat *Hutchinson sign*.

Diagnosis kerja adalah herpes zoster oftalmika okuli dekstra dengan suspek uveitis anterior. Tata laksana di puskesmas desa dan area terpencil, yaitu *paracetamol* 3 x 500 mg, *amoxicillin* 3 x 500 mg, *acyclovir* 5 x 800 mg, semuanya per oral; salep mata *acyclovir* 5 kali sehari, salep kulit *acyclovir* 5 kali sehari. Pasien di edukasi untuk menjaga asupan nutrisi dan cairan, menjaga kebersihan dengan tetap mandi sebaiknya dengan air dingin serta direncanakan rujuk ke dokter spesialis mata untuk penanganan lebih lanjut karena adanya penurunan tajam penglihatan. Pada kunjungan kedua setelah 5 hari, perbaikan lesi cukup signifikan walaupun tajam penglihatan masih terganggu, sehingga pasien dirujuk ke dokter spesialis mata. Oleh dokter spesialis mata, pasien didiagnosis herpes zoster oftalmika okuli dekstra dengan komplikasi uveitis anterior; terapi ditambah *corticosteroid methylprednisolone* oral 2 x 8 mg. Prognosis *quo ad vitam bonam* karena tidak mengancam nyawa, *quo ad functionam malam* karena telah mengganggu visus, *quo ad sanationam dubia ad malam* karena diragukan apakah penglihatan dapat kembali semula, sehingga akan mengganggu aktivitas.

DISKUSI

Diagnosis ditegakkan melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik, yaitu timbul lenting-lenting di daerah sekitar dahi, kelopak mata, dan hidung sebelah kanan termasuk di ujung hidung yang terasa nyeri seperti terbakar. Lenting kemudian pecah dan mengeluarkan cairan dan mengeras seperti krusta. Sebelum timbul lenting-lenting, pasien demam dan nyeri kepala.

Usia merupakan faktor risiko herpes zoster yang signifikan; kejadian pada usia di atas 75 tahun lebih dari 10/1000 kasus setiap tahun, sedangkan pada usia 15 sampai 19 tahun hanya 0,6/1000 kasus per tahun.⁵ Faktor risiko herpes zoster oftalmika selain usia, yaitu perubahan imunitas, penyakit neoplastik, pengobatan immunosupresif, pasien HIV, dan penerima transplantasi organ.⁵ Pada herpes zoster anak-anak dan dewasa muda perlu dipikirkan kemungkinan imunodefisiensi atau keganasan.⁶ Kasus ini imunokompeten

yang menyimpan virus laten karena memiliki riwayat cacar air.

Sebagian besar pasien menderita gejala prodromal yang dalam beberapa hari diikuti munculnya ruam vesikel unilateral sesuai dermatom sensorik ganglion yang terkena; paling sering di dermatom T3-L3 yang sama dengan tempat tersering terkena cacar air.⁷ Herpes zoster oftalmikus melibatkan reaktivasi virus varisela zoster laten dari ganglia sensorik trigeminal di sepanjang saraf V1 yang bermanifestasi ke mata.⁵ Pada pasien ini dimulai dengan gejala prodromal seperti influenza, yaitu mudah lelah, malaise, demam ringan, nyeri progresif, dan hiperestesia kulit dengan area nyeri terbakar di sepanjang dermatom tertentu diikuti ruam eritematosa atau makulopapular 3-5 hari kemudian. Lesi membentuk papul, vesikel, dan berevolusi menjadi pustul, vesikel, dan krusta dalam 2-3 minggu.⁷ Pasien ini memiliki lesi di ujung dan samping hidung atau *Hutchinson sign* yang menandakan risiko tinggi komplikasi pada mata karena diinervasi oleh n. nasosiliar. *Hutchinson sign* adalah tanda yang cukup spesifik (82%), tetapi kurang sensitif (57%).^{4,6} Pasien ini perlu dirujuk ke dokter spesialis mata karena mengalami penurunan tajam penglihatan dan berisiko komplikasi.

Diagnosis klinis herpes zoster oftalmika ditegakkan berdasarkan tanda-tanda dan gejala karakteristik tanpa memerlukan uji laboratorium.

Terapi ditujukan untuk mempercepat penyembuhan, mengurangi perburukan, durasi nyeri dan komplikasi, serta menghindari penularan. Terapi dengan menjaga asupan cairan, antipiretik nonaspirin, seperti *paracetamol* 3 x 500 mg, dan menjaga kebersihan untuk mencegah infeksi bakteri sekunder. Terapi *acyclovir* oral dapat mempersingkat durasi penyakit dengan mempercepat penyembuhan kulit dan mengurangi pertumbuhan lesi baru.⁵ Agen antiviral bekerja sebagai analog *guanosine* dan merusak virus *thymidine kinase* dan *DNA polymerase* yang memutus rantai virus DNA.⁵ Pasien ini diberi terapi antiviral oral *acyclovir* 800 mg lima kali sehari yang dapat mempersingkat perkembangan virus, mempercepat penghentian pembentukan lesi baru, mempercepat penyembuhan, dan mengurangi rasa nyeri akut yang hebat.⁵ Terapi



LAPORAN KASUS



tanpa antiviral pada herpes zoster oftalmika dapat menyebabkan komplikasi okular sekitar 50% yang berpotensi mengancam penglihatan.⁵ Pasien herpes zoster oftalmika imunokompeten harus menerima *acyclovir* oral 800 mg lima kali sehari selama 7 sampai 10 hari dimulai dalam 72 jam munculnya lesi.⁵ Pengobatan antiviral masih menguntungkan jika masih dalam tahap vesikel walaupun telah lewat dari 72 jam sejak munculnya lesi.⁵ Terapi topikal diberikan pada vesikel yang sudah pecah dengan *acyclovir* topikal walaupun manfaatnya minimal.⁵ Lesi kering diberi salep antibiotik topikal untuk melunakkan lesi dan mencegah infeksi bakterial sekunder.⁵ Pasien ini diberi antibiotik sistemik untuk menurunkan risiko infeksi sekunder yang lebih berat. Pengobatan steroid sistemik masih kontroversial,⁶ umumnya digunakan dengan penurunan dosis (misalnya *prednisolone* 60 mg sehari untuk 4 hari kemudian 40 mg untuk 4 hari, selanjutnya 20 mg untuk 4 hari) pada kondisi klinis sedang sampai berat terutama dengan komplikasi neurologis.⁶

Pasien ini diedukasi untuk rujukan karena

terdapat komplikasi uveitis anterior, sehingga perlu dipantau oleh dokter spesialis mata setiap minggu minimal 6 minggu untuk deteksi inflamasi okuli dan komplikasi lanjut.⁹ Inflamasi sekunder herpes zoster oftalmika dan vaskulitis oklusif dapat menyebabkan episkleritis, skleritis, keratitis, uveitis (termasuk infark iris segmental), neuritis optik dan paralisis nervus kranialis.⁶ Atrofi iris segmental adalah karakteristik gejala sisa herpes zoster uveitis.¹¹

Komplikasi uveitis anterior dapat terjadi pada sekitar 50% pasien herpes zoster oftalmikus; umumnya 1-3 minggu setelah lesi akut di kulit.⁹ Inflamasi dapat berupa granulomatosa atau nongranulomatosa, terkait dengan endapan keratik luas, edema kornea, dan sinekia posterior.⁹

Uveitis anterior herpetik umumnya unilateral.¹⁰ Uveitis anterior herpetik diberi terapi antiviral sistemik seperti *acyclovir* 800 mg lima kali sehari atau *valacyclovir* 1 g tiga kali sehari dengan kombinasi kortikosteroid topikal. Kortikosteroid sistemik dapat meminimalkan

peradangan intraokular.¹⁰ Pasien ini diterapi dengan antiviral dan *corticosteroid* oral.

Uveitis anterior herpetik memiliki prognosis baik, tetapi berisiko komplikasi glaukoma sekunder, katarak, keratitis, dan *edema macular cystoid*.¹⁰ Uveitis dapat terjadi dengan atau tanpa keratitis, umumnya ringan tetapi dapat memberat pada pasien *immunocompromised* dengan pembentukan *hypopyon* (pus di *anterior chamber*) atau hifema. Pengobatan keratitis dan uveitis tidak berefek dengan terapi topikal antiviral, steroid topikal dapat membantu pengobatan keratitis ataupun uveitis dan harus di bawah pengawasan dokter spesialis mata.¹¹

SIMPULAN

Pasien herpes zoster oftalmika yang sudah mengalami penurunan tajam penglihatan perlu diwaspadai terhadap komplikasi uveitis anterior dan harus dipantau dengan terapi kortikosteroid untuk hasil yang lebih baik.

DAFTAR PUSTAKA

1. Ting DSJ, Ghosh N, Ghosh S. Herpes zoster ophthalmicus. *BMJ*. 2019;364.
2. Himayani R, Haryant IAP. Herpes zoster oftalmika dengan blefarokonjungtivitis okuli sinistra. *J Agromedicine*. 2017;4(1):49–55.
3. Moshirfar M, Kim G, Walker BD, Birdsong OC. Herpes zoster ophthalmicus. *Ophthalmology*. Vol. 1. 5th ed. Elsevier Inc.; 2020 .pp. 180-2.e1. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-52819-1.00207-3>
4. Freund PR, Chen SH. Herpes zoster ophthalmicus. *CMAJ*. 2018;190(21):656.
5. Lee WB. Ch. 78 Herpes zoster keratitis [Internet]. *Cornea* vol. 01, 4th ed. Elsevier Inc.; 2017. pp. 942–55. <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-323-35757-9.00078-9>
6. Salmon JF. *Cornea: Filamentary keratitis*. *Kanski's clinical ophthalmology*. 2019;01:204–73.
7. Smith TT, Whitley RJ. Sec 8 clinical microbiology: Viruses. *Infect Dis (Auckl)*. 2017;01:1426-38.e1.
8. Arnaudo E, Kim MD. The neurologic system. 3rd ed. *Physical diagnosis secrets*. vol. 1. Elsevier Inc.; 2008 .pp. 536–72. <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-323-03467-8.10019-5>
9. Salmon JF. Uveitis. *Kanski's Clin Ophthalmology* 2020;01:423-94.
10. Sychev YV, Rao PK. Herpetic viral uveitis. *Ophthalmology*. Vol. 01. 5th ed., Elsevier Inc.; 2019 .pp. 702-5.e1. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-52819-1.00325-X>
11. Bhatt A. 61 - Ocular infections. *Feigin and Cherry's textbook of pediatric infectious diseases*. Eighth Ed. Vol. 01, Elsevier Inc.; 2020. 578-97.e5. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-37692-1.00061-7>