

MONOPARESIS INFERIOR POST HERPES ZOSTER

Pande Komang Novi Dyantari, I Ketut Sumada

Departemen Neurologi, Rumah Sakit Umum Daerah Wangaya, Denpasar, Bali, Indonesia

Diterima 27 Februari 2021
Disetujui 1 April 2021
Publikasi 31 Mei 2021
Korespondensi: novidyantari@yahoo.com

Cara merujuk artikel ini: Dyantari (et al). 2021.
Monoparesis Inferior Post Herpes Zoster. Callosum
Neurology Journal 4(2): 48-51. DOI:
<https://doi.org/10.29342/cnj.v4i2.149>

ABSTRAK

Latar Belakang: Herpes Zoster (HZ) timbul akibat reaktivasi Virus Varisela Zoster (VVS). Segmental Zoster Paresis (SZP) merupakan komplikasi neurologi pada HZ yang relatif jarang terjadi.

Kasus: Seorang wanita 58 tahun datang dengan keluhan lesi post HZ disertai kelemahan, rasa terbakar dan kesemutan pada ekstremitas bawah kiri. Keluhan tersebut dirasakan mendadak 2 minggu setelah munculnya vesikel. Pasien memiliki riwayat diabetes mellitus (DM) dan hipertensi. Dari pemeriksaan ditemukan lesi dermatom L2-L3 yang kering, hiperpigmentasi, dan krusta. Pemeriksaan motorik ekstremitas bawah kiri menunjukkan adanya kelemahan flektor panggul (MRC 3/5). Tonus dan trofik dalam batas normal. Terdapat hyperaesthesia di paha kiri pada dermatom L2-L3.

Diskusi: Komplikasi neurologi HZ dapat terjadi pada sistem saraf pusat maupun tepi. Pasien mengalami komplikasi SZP yang melibatkan sistem motorik, yang ditandai dengan paresis pada ekstremitas bawah kiri setelah mengalami infeksi HZ. Mekanisme terjadinya SZP belum diketahui secara jelas. Riwayat DM meningkatkan risiko komplikasi neurologi pada HZ.

Simpulan: Segmental zoster paresis (SZP) merupakan komplikasi neurologi HZ yang relatif jarang. SZP melibatkan sistem saraf motorik. Terdapat beberapa faktor risiko terjadinya komplikasi neurologi pada infeksi HZ.

Kata kunci: Herpes Zoster, Segmental Zoster Paresis

ABSTRACT

Background: Herpes zoster (HZ) is caused by reactivation of Varicella Zoster Virus (VZV). Segmental Zoster Paresis (SZP) is a rare neurological complication of HZ.

Case: A 58-year-old woman complained a post HZ lesion accompanied by weakness, burning sensation, and paresthesia of the left lower limb. The onset was sudden 2 weeks after the vesicles appeared. The patient had a history of diabetes mellitus (DM) and hypertension. Examination revealed lesion on the L2-L3 dermatome which had dried out with hyperpigmentation and crusted. Motoric examination of the left lower limb showed weakness of the hip flexors (MRC 3/5). Tonus and trophic was normal. There was hyperaesthesia noted in the left thigh in the L2-L3 dermatome.

Discussion: Neurological complications in HZ can occur in the central or peripheral nervous system. This patient had SZP as motor complication of HZ. This was characterized by paresis of the left lower limb after developing HZ infection. The pathogenesis remains unclear. History of DM increases risk of neurological complications in HZ.

Conclusion: Segmental zoster paresis (SZP) is a rare neurological complication of HZ. SZP involves the motor nervous system. There are several risk factors that increase the incidence of neurological complications in HZ infection

Keywords: Herpes Zoster, Segmental Zoster Paresis

Latar Belakang

Herpes zoster (HZ) muncul akibat dari reaktivasi Virus Varisela Zoster (VVS). Setelah infeksi awal, virus berada dalam fase laten di radiks ganglion dorsalis sampai akhirnya teraktivasi kembali ketika terjadi penurunan fungsi imun dan menyebar ke dermatom atau jaringan saraf sesuai dengan segmen yang dipersarafinya.^{1,2} Segmen yang paling sering terkena adalah torak, lumbal, dan trigeminal.² Pada tahun 2011-2013, terdapat 2.232 pasien HZ di 13 rumah sakit pendidikan di Indonesia. HZ dengan mudah dapat didiagnosis ketika sudah adanya manifestasi berupa vesikel bergerombol yang mengikuti dermatom disertai dengan rasa terbakar.^{3,4} Komplikasi neurologi pada HZ bisa terjadi pada sistem saraf pusat atau pun sistem saraf tepi. Salah satu komplikasi neurologi yang jarang terjadi adalah Segmental Zoster Paresis (SZP).⁵

Pada kasus ini akan dibahas mengenai segmental zoster paresis (SZP) dengan lesi post HZ di segmen lumbal yang menunjukkan gejala kelemahan pada ekstermitas bawah kiri.

Ilustrasi Kasus

Seorang wanita berusia 58 tahun datang ke poliklinik dengan keluhan lesi post HZ disertai dengan kelemahan, rasa terbakar dan kesemutan pada ekstermitas bawah kiri. Pasien mengeluh kesulitan untuk mengangkat dan menggerakkan kaki kirinya saat melakukan aktivitas sehari-hari. Keluhan tersebut dirasakan mendadak sekitar 2 minggu setelah munculnya lesi vesikel. Tidak adanya riwayat penurunan kesadaran, demam, gangguan miksi dan trauma. Selain itu pasien juga memiliki riwayat DM dan hipertensi. Riwayat pengobatan HZ berupa acyclovir 5x800 mg per hari selama 10 hari.

Pada pemeriksaan pasien dalam kondisi baik dan tanda vital didapatkan tekanan darah 180/90 mmHg. Dari pemeriksaan fisik ditemukan adanya lesi pada dermatom L2-L3 yang sudah mengering disertai dengan hiperpigmentasi dan krusta. Pemeriksaan saraf kranial dalam batas normal. Pemeriksaan motorik ekstermitas bawah kiri menunjukkan adanya kelemahan fleksor panggul dengan tingkat kekuatan otot 3/5 (berdasarkan *the Medical Research Council (MRC) Scale for muscle Strength*). Sedangkan kekuatan otot lainnya secara keseluruhan adalah MRC 5/5. Tonus dan trofik dalam batas normal. Terdapat hyperaesthesia di paha kiri pada dermatom L2-L3. Pemeriksaan laboratorium darah lengkap, rontgen thorax dan lumbo-sacral dalam batas normal. Terapi yang

diberikan berupa acyclovir 5x800 mg, amlodipine 1x5 mg, valsartan 1x160 mg, metilprednisolon 2x8 mg, gabapentin 2x300 mg dan vitamin B kompleks 2x1 tablet. Pasien juga disarankan untuk melakukan fisioterapi.

Diskusi

HZ adalah manifestasi klinis dari reaktivasi virus varisela zoster yang laten dalam ganglion sensorik dorsalis medulla spinalis. Di Indonesia pada tahun 2011- 2013, terdapat 2.232 pasien HZ di 13 rumah sakit pendidikan. Kasus HZ terbanyak terjadi pada usia 45-64 tahun (37, 95% dari total kasus HZ). Berdasarkan jenis kelamin wanita cenderung mempunyai insiden lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki.⁶

Penyakit ini ditandai dengan adanya lesi khas berupa vesikel bergerombol yang menyerang satu sampai tiga dermatom.^{5,6} Keluhan biasanya diawali dengan rasa nyeri pada daerah dermatom yang akan timbul lesi dan dapat berlangsung dalam waktu yang bervariasi. Nyeri bersifat segmental dan dapat berlangsung terus-menerus atau sebagai serangan yang hilang timbul. Keluhan yang muncul bervariasi mulai dari rasa gatal, kesemutan, panas, nyeri tekan, hiperestesi sampai rasa seperti ditusuk-tusuk. Lesi dimulai dengan munculnya makula eritematosa, yang kemudian menjadi papul dan dalam waktu 12-24 jam lesi berkembang menjadi vesikel. Pada hari ketiga berubah menjadi pustul yang akan mengering menjadi krusta dalam 7-10 hari.⁶

Krusta dapat bertahan selama 2-3 minggu kemudian akan mengelupas. Pada saat itu biasanya nyeri segmental juga menghilang. Namun dalam beberapa kasus nyeri terus dirasakan sebagai komplikasi dari HZ.⁶ Pada kasus pasien merupakan seorang wanita berusia 58 tahun dengan keluhan lesi post HZ disertai dengan kelemahan, rasa terbakar dan kesemutan pada ekstermitas bawah kiri. Infeksi HZ sudah dialami pasien selama 2 minggu sebelum muncul keluhan tersebut. Pada pemeriksaan ditemukan adanya lesi pada dermatom L2-L3 yang sudah mengering disertai dengan hiperpigmentasi dan krusta.

Gambar 1. Lesi pada dermatom L2- L3 sinistra yang sudah mulai mengering dengan hiperpigmentasi dan kusta

Post-herpetic neuralgia (PHN) adalah komplikasi neurologi yang paling sering muncul pada kasus HZ. Nyeri yang menetap dirasakan pada dermatom yang terkena selama 3 bulan setelah lesi HZ menghilang.^{6,7} Selain PHN komplikasi neurologi pada HZ adalah myelitis, ensefalitis, meningitis, kranial arteritis, neuropati perifer, segmental radikulitis dan poliradikulitis.^{7,8}

Segmental zoster paresis (SZP) merupakan komplikasi neurologi pada HZ yang relatif jarang terjadi. SZP melibatkan sistem saraf motorik yang ditandai dengan kelemahan ekstremitas yang bersifat asimetris. Keterlibatan motorik dapat diamati pada 0,5-5% pasien dengan HZ. SZP biasanya muncul 2 sampai 3 minggu setelah muncul lesi vesikel dan mempengaruhi *myotome* sesuai dengan distribusi vesikel. Mekanisme SZP belum diketahui secara jelas. Diduga virus menyebar dari radiks ganglion dorsalis ke anterior *horn cells* atau radiks anterior saraf spinalis. Penyebaran virus menyebabkan inflamasi saraf motorik sehingga timbul paresis atau radikulopati. Pasien dengan infeksi HZ yang mengalami komplikasi motorik terutama pada usia paruh baya dan orang tua, sedangkan anak-anak dan remaja jarang mengalami komplikasi motorik. Kelemahan motorik biasanya muncul pada kelompok otot proksimal.^{2,3,4,8,9} Beberapa penelitian menunjukkan bahwa insiden terjadinya infeksi dan komplikasi neurologi pada HZ meningkat pada pasien dengan

diabetes mellitus (DM). Hal tersebut dikarenakan efektivitas imunitas seluler terhadap VVZ pada pasien DM menurun.^{3,10} Pada kasus pasien mengalami komplikasi neurologi yang melibatkan sistem motorik ditandai dengan kelemahan pada fleksor panggul 2 minggu setelah infeksi HZ. Komplikasi tersebut terjadi karena faktor risiko yang meningkatkan kemungkinan terjadinya komplikasi berupa usia dan riwayat DM.

Tujuan utama dari penanganan SZP adalah mengurangi nyeri, mencegah terjadinya atropi dan kontraktur serta meningkatkan kekuatan otot yang lemah.¹¹ Antivirus, kortikosteroid dan analgetik adalah obat yang paling umum diberikan untuk mengobati SZP. Selain terapi farmakologi, terapi non farmakologis juga dibutuhkan pada pasien SZP. Terapi rehabilitasi medik yang direkomendasikan *electric stimulation, massage, kompres hangat, transcutaneous electrical nerve stimulation, akupuntur, dan range of movement exercise*.^{8,11} Prognosis untuk pasien dengan SZP umumnya baik dengan kesembuhan total atau sebagian sekitar 55- 75% pasien, dengan durasi bervariasi dari 1 hingga 2 tahun. Namun pada beberapa kasus yang ekstrim dapat menyebabkan kecacatan permanen.^{4,11} Pada kasus penanganan farmakologi yang diberikan berhubungan dengan SZP berupa antivirus, kortikosteroid, gabapentin dan vitamin. Sedangkan penanganan non farmakologi dengan fisioterapi untuk mencegah terjadinya atropi, kontraktur dan melatih kekuatan otot.

Simpulan

Segmental zoster paresis (SZP) merupakan komplikasi neurologi pada HZ yang relatif jarang terjadi. SZP melibatkan sistem saraf motorik. Risiko terjadinya SZP dipengaruhi oleh faktor usia dan adanya riwayat DM. Mekanisme terjadinya SZP belum diketahui secara jelas. Diduga virus menyebabkan inflamasi pada saraf motorik yang kemudian menimbulkan defisit neurologi berupa paresis atau radikulopati. Prognosis untuk pasien dengan SZP umumnya baik dengan pemberian terapi farmakologi dan non farmakologi.

Konflik Kepentingan

Tidak ada

Daftar Rujukan

1. Thomas J. Herpes Zoster: complication and management. Journal of Pakistan

Association of Dermatologists 2004(14): 237-243

2. Chen GB, Tuan SH, Liou IH, Huang HY, Hu YC et al. Segmental zoster paresis of unilateral upper extremity: A case report and literature review. *Medicine* (2020) 99:28
3. Terzi R, Yilmaz Z. A Brachial Plexus Lesion Secondary to Herpes Zoster: A Case Report. *Turk J Phys Med Rehab* 2013(59):63-72
4. Liu Y, Wu BY, Ma ZS, Xu JJ, Yang B et al. A retrospective case series of segmental zoster paresis of limbs: clinical, electrophysiological and imaging characteristics. *BMC Neurology* (2018) 18:121
5. Heidari SF. Case Report: Herpes Zoster in Lower Limb: An Usual Case. *Austin Journal of Emergency and Critical Care Medicine* 2019;5(1): 1066
6. Kelompok Studi Herpes Indonesia. Buku Panduan Herpes Zoster di Indonesia 2014. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Jakarta. 2014: pp 1-5
7. Aksoy MK, Altan L, Solum S. Acute monoplegia secondary to herpes zoster infection: a case report. *The European Research Journal*. 2017;3(1): 90-93
8. Shihab N, Pusponegoro EHD, Yanuar A. Case report: Segmental Zoster Paresis. *J Gen Proced Dermatol Venereol Indones* 2017;2(1):7-10
9. Teo HK, Chawla M, Kaushik M. Case Report: A Rare Complication of Herpes Zoster: Segmental Zoster Paresis. *Case Reports in Medicine* 2016
10. Papagianni M, Metallidis S, Tziomalos. Herpes Zoster and Diabetes Mellitus: A Review. *Diabetes Ther* 2018 (9): 545-550
11. Yoleri O, Olmes N, Oztura I, Sengul I et al. Segmental Zoster Paresis of the Upper Extremity: A Case Report. *Arch Phys Med Rehabil* 2005(86): 1492-1494