

# Bell's Palsy

dr. Fran Efendy, Sp.S

**B**ell's palsy pertama kali diperkenalkan oleh Charles Bell pada tahun 1800an sebagai gangguan nervus fasialis akibat trauma. Namun seiring dengan berjalannya waktu, istilah *Bell's palsy* lebih sering dipakai untuk menjelaskan lesi akut pada nervus fasialis dengan etiologi yang belum diketahui. Artikel ini akan membahas secara ringkas mengenai patogenesis, tanda dan gejala klinis, kriteria diagnosis, tata laksana dan prognosis dari *Bell's palsy*.

Bell's palsy memiliki angka kejadian tahunan berkisar 13-34 kasus per 100.000 populasi. Sampai saat ini, belum ditemukan predileksi ras, letak geografis, maupun jenis kelamin. Meski demikian ditemukan risiko yang meningkat tiga kali lipat pada kehamilan, terutama pada trimester ketiga sampai minggu pertama pasca melahirkan.

Patofisiologi terjadinya inflamasi pada *Bell's palsy* belum sepenuhnya dipahami, namun kondisi ini seringkali dikaitkan dengan aktivasi virus *Herpes simplex*. *Herpes zoster* juga sering disebut sebagai penyebab kedua tersering kelemahan nervus fasialis.

*Bell's palsy* merupakan diagnosis klinis dan dapat ditegakkan pada kondisi – kondisi seperti berikut :

- Kelemahan otot-otot wajah sisi dengan atau tanpa gangguan pengecap pada 2/3 anterior lidah, gangguan lakrimasi, maupun gangguan salivasi.
- Perlu diperhatikan bahwa keterlibatan otot-otot wajah HARUS melingkupi setidaknya *M.frontalis/M.orbicularis oculi* dan *M.nasalis/M.orbicularis oris*
- Onset HARUS, dalam kurun waktu 1 atau 2 hari; gejala semakin memberat seiring dengan perjalanan waktu, mencapai puncak dalam kurun waktu tiga minggu atau kurang
- Kesembuhan sempurna atau dengan gejala sisa harus sudah terlihat dalam kurun waktu 6 bulan dari onset.

## Lesi perifer vs sentral

Adanya inervasi bilateral pada area dahi menjadikan kelemahan sisi wajah yang tidak melibatkan area tersebut sugestif untuk lesi

sentral. Namun temuan ini tidak bisa diterapkan untuk semua kasus mengingat lesi nervus fasialis parsial pada pes anserinus (di antara lobus superficial dan profunda dari kelenjar parotis) tidak melibatkan cabang temporalis yang menuju *M. frontalis*.

Lesi perifer ditandai dengan adanya keterlibatan dahi sisi dengan lesi nervus fasialis. Namun hal ini juga bisa disebabkan oleh lesi sentral seperti pada lesi intranuklear nervus fasialis pada pons. Anamnesis dan pemeriksaan fisik yang menyeluruh dengan memfokuskan pada keterlibatan saraf – saraf kranialis lain dapat membantu lokalisasi pada kasus ini.

Pemeriksaan diagnostik seperti elektrodiagnostik dapat membantu menentukan prognosis sedangkan beberapa teknik pencitraan dapat dipakai untuk menentukan etiologi-etiologi yang membutuhkan operasi. Sebenarnya, tidak semua pasien membutuhkan pemeriksaan diagnostik lebih lanjut terutama mereka yang memiliki gejala khas dan sudah terjadi perbaikan gejala.

Untuk semua kasus *Bell's palsy* maupun lesi nervus fasialis dengan suspek etiologi virus, rekomendasi terapi lini pertama adalah glukokortikoid oral (*Grade 1A*). Terapi harus segera diberikan dalam kurun waktu 3 hari dari onset. Regimen yang direkomendasikan adalah prednison 60-80mg/hari selama satu minggu.

Pada kasus yang sangat berat pada saat onset (kelemahan wajah nampak bahkan saat relaksasi), kombinasi prednison (60-80mg/hari) dengan valacyclovir (3x1000mg/hari) selama 1 minggu terbukti pada beberapa penelitian lebih superior daripada

hanya dengan kortikosteroid oral saja (*Grade 2B*). *Acyclovir* (5x400mg/hari selama 10 hari) dapat diberikan sebagai alternatif dari *valacyclovir* namun tentu saja dengan kenyamanan dan bioavailabilitas yang lebih rendah.

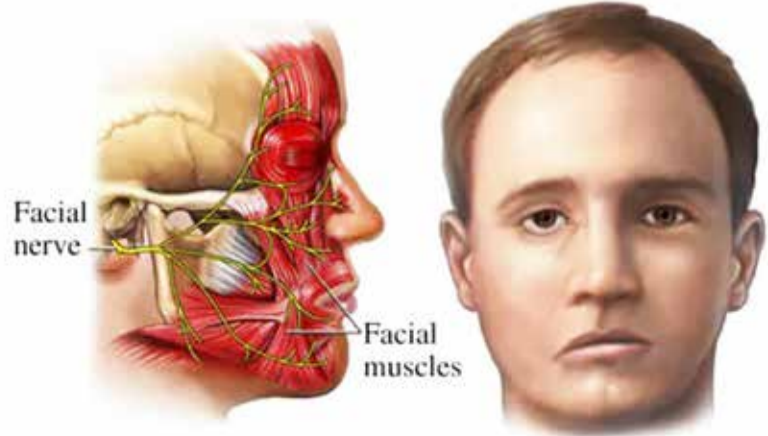
Prognosis *Bell's palsy* berhubungan erat dengan tingkat keparahan lesi. Lesi parsial biasanya akan sembuh sempurna. Prognosis juga baik bila perbaikan gejala sudah terlihat dalam kurun waktu 21 hari setelah onset.



Tatalaksana suportif seperti perawatan mata, dukungan psikologis maupun fisioterapi jangka panjang diperlukan pada kondisi – kondisi kesembuhan yang tidak sempurna. Beberapa studi juga menunjukkan

data yang baik pada penggunaan *botulinum toxin* pada kasus – kasus kesembuhan parsial. MD

Daftar Pustaka: ada pada redaksi



Adaptasi dari uptodate.com

## Putus dan Cegah Infeksi Virus dengan Respiratory dan Personal Hygiene

### Respiratory Hygiene



### + Personal Hygiene



## Lindungi mukosa hidung dari virus dengan Nasal Spray Iota-Carrageenan (Carragelose™)

Studi klinis *in vitro* dan *in vivo* menyatakan Carragelose memiliki efektivitas terhadap virus<sup>3,4,5,6,7</sup>

Virus	Carragelose™ Effective
Influenza Virus (H1N1, H3N2, H3N8, H5N1, H7N7, PR8)	⊗
Human Rhinovirus (HRV: 1a, 2, 8, 14, 16, 39, 83, 84)	⊗
Respiratory Syncytial Virus (RSV)	⊗
Adenovirus (AdV50)	⊗
Human Corona Virus (hCoV)	⊗
Parainfluenza Virus (PIV)	⊗

## Kumur & Gargle dengan Obat kumur antiseptik Povidone - Iodine

### Povidone Iodine (PVPI)

- Menunjukkan aktivitas virusida yang poten, memiliki spektrum virusida yang luas, mencakup virus berselubung maupun virus tak berselubung.<sup>8</sup>
- Memiliki efek virusida yang kuat terhadap virus korona MERS, SARS, EBOLA, HMF, Influenza.<sup>9</sup>
- Menunjukkan aksi antimikroba yang cepat dan berlangsung lama<sup>10,11</sup>
- Dipertahankan terhadap strain yang resisten terhadap antiseptik<sup>12</sup>

Mandi & cuci tangan dengan sabun antiseptik Povidone - Iodine Untuk membersihkan kulit & membunuh kuman penyebab penyakit<sup>13</sup>

1. BETADINE Cold Defence Nasal Spray Product Information. 2018. KEMENKES RI AKL 20704811823. 2. BETADINE Cold Defence Nasal Spray Product Information. 2018. KEMENKES RI AKL 20704811822. 3. Eccles R, et al. *Respir Res* 2010;11:108. 4. Fazekas T, et al. *BMC Complement Altern Med*. 2012;12:147. 5. Ludwig M, et al. *Respir Res* 2013;14:124. 6. Leibbrandt A, et al. *PLoS ONE* 2010;5(12):e14320. 7. Grassauer A, et al. *Vir J* 2008;5:107. 8. Kawana R, Kitamura T, Nakagomi O, et al. Inactivation of human viruses by Povidone-Iodine in comparison with other antiseptics. *Dermatology* 1997; 195(suppl 2): 29-35. 9. Kariwa H, Fuji N, Takashima I. Inactivation of SARS Coronavirus by means of Povidone-Iodine, physical conditions and chemical reagents. *Dermatology* 2006; 212(suppl 1): 119-123. 10. Fader RC and Winkler JB. Comparative study of hand cleansers used in hospitals. *J Burn Care Rehabil* 1986; 7(3): 241-243. 11. Plotkin SA. The effect of Povidone-Iodine on several viruses. In: Polk HC, Ehrenkrantz NJ, eds. *Therapeutic Advances and New Clinical Implications: Medical and Surgical Antiseptics with BETADINE® Microbicides*. New York: The Purdue Frederick Company 1972: 9-16. 12. Kunisada T, Yamada K, Oda S and Hara O. Investigation on the efficacy of Povidone-Iodine against antiseptic-resistant species. *Dermatology* 1997; 195(suppl 2): 14-18. 13. Houang ET, Gilmore OJA, Reid C, Shaw EJ. Absence of bacterial resistance to povidone iodine. *J Clin Path*. 1976; 29: 752-755.