

Bell's Palsy (BP)

Moch. Bahrudin*

Abstrak

Bell's Palsy adalah nama sejenis penyakit kelumpuhan perifer akibat proses (non suppuratif, non neoplastik, non degeneratif primer), namun sangat mungkin akibat edema pada nervus fasialis pada distal kanalis fasialis. Penyebab secara pasti belum diketahui, tetapi beberapa penelitian mendukung adanya infeksi sebagai penyebab bell's palsy terutama HSV. Dari beberapa penelitian dan penyelidikan yang telah dilakukan ternyata 75% dari paralisis fasial adalah Bell's Palsy.

Permasalahan yang di timbulkan Bell's Palsy cukup kompleks, diantaranya: masalah kosmetika dan psikologis. Adanya kelumpuhan pada otot wajah menyebabkan wajah tampak mencong dan ekspresi abnormal, sehingga menjadikan penderitanya merasa minder dan kurang percaya diri. Diagnosis dapat ditegakkan secara klinik setelah penyebab yang jelas untuk lesi nervus fasialis perifer disingkirkan. Terapi yang dianjurkan saat ini ialah pemberian prednison, fisioterapi dan kalau perlu operasi. Penanganan yang di berikan sedini mungkin sangat di perlukan untuk mengembalikan fungsi otot-otot wajah, dan mengembalikan penampilan.

Abstract

Bell's palsy was the name of a type of peripheral paralysis due to disease processes (non suppuratif, non neoplastik, non-degenerative primer), but it was very likely due to edema of the facial nerve at the distal facial canal. The cause was not known, but several studies support the presence of infection as a cause of Bell's palsy particularly HSV. Of several studies and investigations have been carried out was 75% of facial paralysis is Bell's Palsy.

The problems that caused Bell's palsy was quite complex, including: cosmetic and psychological problems. The existence of paralysis of the facial muscles causing the face look lopsided and abnormal expression, thus making the sufferer feel inferior and less confident. The diagnosis can be established in the clinic after an obvious cause for peripheral facial nerve lesions removed. The recommended therapy today was giving prednisone, physiotherapy and surgery if necessary. Handling that was given as early as possible is in need to restore the function of facial muscles, and restore the appearance.

PENDAHULUAN

Bell's Palsy merupakan suatu kelumpuhan akut nervus fasialis perifer yang tidak diketahui sebabnya. Sir Charles Bell (1821) adalah orang yang pertama meneliti beberapa penderita dengan wajah asimetrik, sejak itu semua kelumpuhan nevus fasialis perifer yang tidak diketahui sebabnya disebut *Bell's palsy* (Sukardi, 2004). Juga dikatakan *Bell's palsy* atau prosoplegia adalah kelumpuhan fasialis tipe *lower motor neuron* (LMN) akibat paralisis nervus fasial perifer yang terjadi secara akut dan penyebabnya tidak diketahui (*idiopatik*) di luar sistem saraf pusat tanpa disertai adanya penyakit neurologis lainnya (Aminoff, 1993; Djamil, 2003, Davis, 2005).

Bell's palsy merupakan penyakit pada nervus fasialis yang paling sering terjadi. Prevalensi

BP di beberapa negara cukup tinggi. Di Inggris dan Amerika berturut-turut 22,4 dan 22,8 penderita per 100,000 penduduk per tahun. Di Belanda (1987) 1 penderita per 5000 orang dewasa dan 1 penderita per 20,000 anak per tahun (Sukardi, 2004).

Data yang dikumpulkan di 4 buah rumah sakit di Indonesia diperoleh frekuensi BP sebesar 19,55% dari seluruh kasus neuropati, dan terbanyak terjadi pada usia 21-30 tahun. Penderita diabetes mempunyai resiko 29% lebih tinggi, dibanding non-diabetes. BP mengenai laki-laki dan wanita dengan perbandingan yang sama. Akan tetapi, wanita muda yang berumur 10-19 tahun lebih rentan terkena daripada laki-laki pada kelompok umur yang sama. Pada kehamilan trisemester ketiga dan 2 minggu pasca persalinan kemungkinan timbulnya

* Staff Pengajar Pada Fakultas Kedokteran

BP lebih tinggi daripada wanita tidak hamil, bahkan bisa mencapai 10 kali lipat (Djamil, 2003).

Penyakit ini dapat terjadi pada semua umur, dan setiap saat tidak didapatkan perbedaan insidensi antara iklim panas maupun dingin. Meskipun begitu pada beberapa penderita didapatkan riwayat terkena udara dingin, baik kendaraan dengan jendela terbuka, tidur di lantai, atau bergadang sebelum menderita BP (Suprayanti, 2008).

Etiologi

Diperkirakan, penyebab Bell's palsy adalah virus. Akan tetapi, baru beberapa tahun terakhir ini dapat dibuktikan etiologi ini secara logis karena pada umumnya kasus BP sekian lama dianggap idiopatik. Telah diidentifikasi gen Herpes Simpleks Virus (HSV) dalam ganglion genikulatum penderita *Bell's palsy* (Aminoff, 1993; Ropper, 2003).

Tahun 1972, McCormick pertama kali mengusulkan HSV sebagai penyebab paralisis fasial idiopatik. Dengan analogi bahwa HSV ditemukan pada keadaan masuk angin (panas dalam/cold sore), dan beliau memberikan hipotesis bahwa HSV bisa tetap laten dalam ganglion genikulatum. Sejak saat itu, penelitian biopsi memperlihatkan adanya HSV dalam ganglion genikulatum pasien BP. Murakami et al. melakukan tes PCR (Polymerase-Chain Reaction) pada cairan endoneural N.VII penderita BP berat yang menjalani pembedahan dan menemukan HSV dalam cairan endoneural. Apabila HSV diinokulasi pada telinga dan lidah tikus, maka akan ditemukan antigen virus dalam nervus fasialis dan ganglion genikulatum. Varicella Zooster Virus (VZV) tidak ditemukan pada penderita Bell's palsy tetapi ditemukan pada penderita Ramsay Hunt syndrome (Aminoff, 1993; Ropper, 2003).

Patogenesis

Para ahli menyebutkan bahwa pada BP terjadi proses inflamasi akut pada nervus fasialis di daerah tulang temporal, di sekitar foramen stilomastoideus. BP hampir selalu terjadi secara unilateral. Namun demikian dalam jarak waktu satu minggu atau lebih dapat terjadi paralysis bilateral. Penyakit ini dapat berulang atau kambuh (Mardjono, 2003).

Patofisiologinya belum jelas, tetapi salah satu teori menyebutkan terjadinya proses inflamasi

pada nervus fasialis yang menyebabkan peningkatan diameter nervus fasialis sehingga terjadi kompresi dari saraf tersebut pada saat melalui tulang temporal (Mardjono, 2003, Davis, 2005). Perjalanan nervus fasialis keluar dari tulang temporal melalui kanalis fasialis yang mempunyai bentuk seperti corong yang menyempit pada pintu keluar sebagai foramen mental. Dengan bentukan kanalis yang unik tersebut, adanya inflamasi, demyelinisasi atau iskemik dapat menyebabkan gangguan dari konduksi. Impuls motorik yang dihantarkan oleh nervus fasialis bisa mendapat gangguan di lintasan supranuklear, nuklear dan infranuklear. Lesi supranuklear bisa terletak di daerah wajah korteks motorik primer atau di jaras kortikobulbar ataupun di lintasan asosiasi yang berhubungan dengan daerah somatotropik wajah di korteks motorik primer (Mardjono, 2003).

Nervus fasialis terjepit di dalam foramen stilomastoideus dan menimbulkan kelumpuhan fasialis LMN. Pada lesi LMN bisa terletak di pons, di sudut serebelo-pontin, di os petrosus atau kavum timpani, di foramen stilomastoideus dan pada cabang-cabang tepi nervus fasialis. Lesi di pons yang terletak di daerah sekitar inti nervus abduzens dan fasikulus longitudinalis medialis. Karena itu paralisis fasialis LMN tersebut akan disertai kelumpuhan muskulus rektus lateralis atau gerakan melirik ke arah lesi. Selain itu, paralisis nervus fasialis LMN akan timbul bergandengan dengan tuli perseptif ipsilateral dan ageusia (tidak bisa mengecap dengan 2/3 bagian depan lidah). Berdasarkan beberapa penelitian bahwa penyebab utama Bell's palsy adalah reaktivasi virus herpes (HSV tipe 1 dan virus herpes zoster) yang menyerang saraf kranialis. Terutama virus herpes zoster karena virus ini menyebar ke saraf melalui sel satelit. Pada radang herpes zoster di ganglion genikulatum, nervus fasialis bisa ikut terlibat sehingga menimbulkan kelumpuhan fasialis LMN (Mardjono, 2003).

Gejala Klinik

Pada awalnya, penderita merasakan ada kelainan di mulut pada saat bangun tidur, menggosok gigi atau berkumur, minum atau berbicara. Setelah merasakan adanya kelainan di daerah mulut maka penderita biasanya memperhatikannya lebih cermat dengan menggunakan cermin (Djamil, 2003).

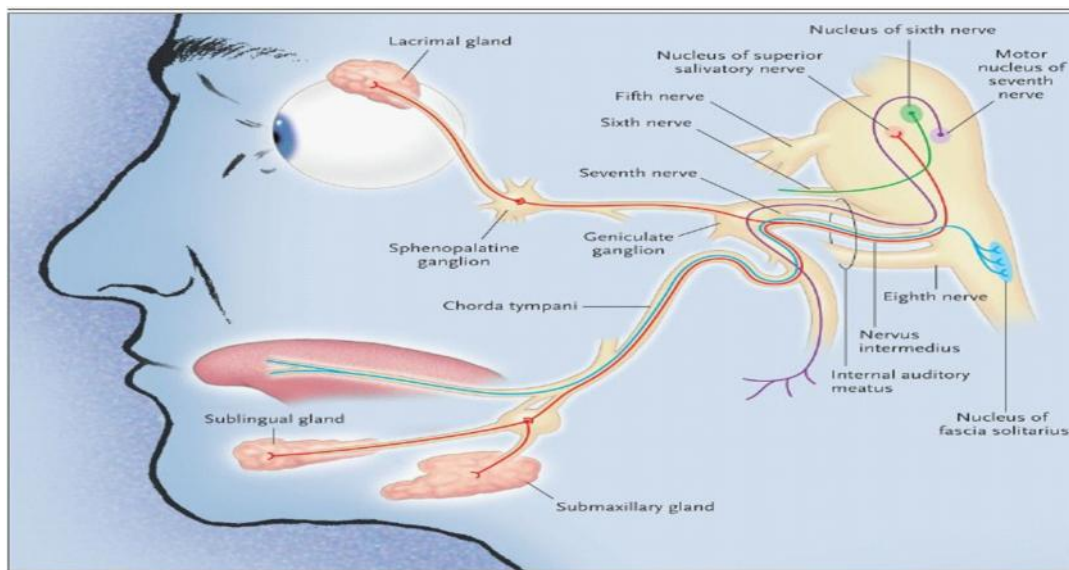
Mulut tampak moncong terlebih pada saat meringis, kelopak mata tidak dapat dipejamkan (lagofthalmos), waktu penderita disuruh menutup kelopak matanya maka bola mata tampak berputar

ke atas (*Bell phenomenon*). Penderita tidak dapat bersiul atau meniup, apabila berkumur atau minum maka air keluar melalui sisi mulut yang lumpuh (Djamil, 2003, Afzal Mir, 2003).



Gambar 1.1 Parese nervus VII perifer kanan (Afzal Mir, 2003)

Selanjutnya gejala dan tanda klinik lainnya berhubungan dengan tempat/lokasi lesi.



Gambar 1.2 Gejala Dan Tanda Klinik BP Berhubungan Dengan Lokasi Lesi.

- a. Lesi di luar foramen stilomastoideus
- Mulut tertarik ke arah sisi mulut yang sehat
 - makanan berkumpul di antar pipi dan gusi, dan sensasi dalam (deep sensation) di wajah menghilang
 - Lipatan kulit dahi menghilang
 - Apabila mata yang terkena tidak tertutup atau tidak dilindungi maka air mata akan keluar terus menerus.
- b. Lesi di kanalis fasialis (melibatkan korda timpani)
- Gejala dan tanda klinik seperti pada (a)
 - ditambah dengan hilangnya ketajaman pengecap lidah (2/3 bagian depan) dan salivasi di sisi yang terkena berkurang. Hilangnya daya pengecap pada lidah menunjukkan terlibatnya nervus intermedius, sekaligus menunjukkan lesi di daerah antara pons dan titik di mana korda timpani bergabung dengan nervus fasialis di kanalis fasialis.
- c. Lesi di kanalis fasialis lebih tinggi lagi (melibatkan muskulus stapedius)
- Gejala dan tanda klinik seperti pada (a), (b)
 - ditambah dengan adanya hiperakusis.
- d. Lesi di tempat yang lebih tinggi lagi (melibatkan ganglion genikulatum)
- Gejala dan tanda klinik seperti (a), (b), (c)
 - disertai dengan nyeri di belakang dan di dalam liang telinga. Kasus seperti ini dapat terjadi pasca herpes di membran timpani dan konka. Ramsay Hunt adalah paralisis fasialis perifer yang berhubungan dengan herpes zoster di ganglion genikulatum. Lesi herpetik terlibat di membran timpani, kanalis auditorius eksterna dan pina.
- e. Lesi di daerah meatus akustikus interna
- Gejala dan tanda klinik seperti (a), (b), (c), (d)
 - ditambah dengan tuli sebagai akibat dari terlibatnya nervus akustikus.
- f. Lesi di tempat keluarnya nervus fasialis dari pons.
- Gejala dan tanda klinik sama dengan di atas, disertai gejala dan tanda terlibatnya nervus trigeminus, nervus akustikus, dan kadang-kadang juga nervus abduzens, nervus aksesorius, dan nervus hipoglosus (Djamil, 2003).

Sindrom air mata buaya (*crocodile tears syndrome*) merupakan gejala sisa *Bell's palsy*, beberapa bulan pasca awitan, dengan manifestasi klinik: air mata bercucuran dari mata yang terkena pada saat penderita makan. Nervus fasialis menginervasi glandula lakrimalis dan glandula salivatorius submandibularis. Diperkirakan terjadi regenerasi saraf salivatorius tetapi dalam perkembangannya terjadi 'salah jurusan' menuju ke glandula lakrimalis (Djamil, 2003).

Diagnosis

Umumnya diagnosis dapat ditegakkan berdasarkan gejala klinik adanya kelumpuhan nervus fasialis perifer diikuti pemeriksaan untuk menyingkirkan penyebab lain dari kelumpuhan nervus fasialis perifer (Sukardi, 2004; Saharso, 2005, Davis).

Beberapa pemeriksaan penunjang yang penting untuk menentukan letak lesi dan derajat kerusakan n. fasialis sbb (Sukardi, 2004; Saharso, 2005):

- 1) Uji kepekaan saraf (nerve excitability test)
Pemeriksaan ini membandingkan kontraksi otot-otot wajah kiri & kanan setelah diberi rangsang listrik. Perbedaan rangsang lebih 3,5 mA menunjukkan keadaan patologik dan jika lebih 20 mA menunjukkan kerusakan n.fasialis ireversibel.
- 2) Uji konduksi saraf (nerve conduction test)
Pemeriksaan untuk menentukan derajat denervasi dengan cara mengukur kecepatan hantaran listrik pada nervus fasialis kiri dan kanan.
- 3) Elektromiografi
Pemeriksaan yang menggambarkan masih berfungsi atau tidaknya otot-otot wajah.
- 4) Uji fungsi pengecap 2/3 bagian depan lidah
Gilroy dan Meyer (1979) menganjurkan pemeriksaan fungsi pengecap dengan cara sederhana yaitu rasa manis (gula), rasa asam dan rasa pahit (pil kina). Elektrogustometri membandingkan reaksi antara sisi yang sehat dan yang sakit dengan stimulasi listrik pada 2/3 bagian depan lidah terhadap rasa kecap pahit atau metalik. Gangguan rasa kecap

pada BP menunjukkan letak lesi n. fasialis setinggi khorda timpani atau proksimalnya

5) Uji Schirmer

Pemeriksaan ini menggunakan kertas filter khusus yang di letakkan di belakang kelopak mata bagian bawah kiri dan kanan. Penilaian berdasarkan atas rembesan air mata pada kertas filter; berkurang atau mengeringnya air mata menunjukkan lesi n.fasialis setinggi ggl. genikulatum. (Sukardi, 2004; Saharso, 2005).

Penatalaksanaan

1) Istirahat terutama pada keadaan akut

2) Medikamentosa

Prednison : pemberian sebaiknya selekas-lekasnya terutama pada kasus BP yang secara elektrik menunjukkan denervasi. Tujuannya untuk mengurangi odem dan mempercepat reinervasi. Dosis yang dianjurkan 3 mg/kg BB/hari sampai ada perbaikan, kemudian dosis diturunkan bertahap selama 2 minggu.

3) Fisioterapi

Sering dikerjakan bersama-sama pemberian prednison, dapat dianjurkan pada stadium akut. Tujuan fisioterapi untuk mempertahankan tonus otot yang lumpuh. Cara yang sering digunakan yaitu : mengurut/massage otot wajah selama 5 menit pagi-sore atau dengan faradisasi

4) Operasi

Tindakan operatif umumnya tidak dianjurkan pada anak- anak karena dapat menimbulkan komplikasi lokal maupun intracranial.

Tindakan operatif dilakukan apabila :

- Tidak terdapat penyembuhan spontan
- Tidak terdapat perbaikan dengan pengobatan prednisone
- Pada pemeriksaan elektrik terdapat denervasi total.

Beberapa tindakan operatif yang dapat dikerjakan pada BP antara lain dekompresi n. fasialis yaitu membuka kanalis fasialis pars piramidalis mulai dari foramen stilomastoideum nerve graft operasi plastik untuk kosmetik (muscle sling, tarsoraphi) (Sukardi, 2004, Davis,2005).

Prognosis

Dalam sebuah penelitian pada 1.011 penderita *Bell's palsy*, 85% memperlihatkan tanda-tanda perbaikan pada minggu ketiga setelah onset penyakit. 15% kesembuhan terjadi pada 3-6 bulan kemudian (Ropper, 2003). Pada literatur lain penderita BP bisa sembuh sempurna dalam waktu 2 bulan dan sembuh sempurna antara 1-3 bulan 80 % (Davis,2005).

Sepertiga dari penderita *Bell's palsy* dapat sembuh seperti sedia kala tanpa gejala sisa. 1/3 lainnya dapat sembuh tetapi dengan elastisitas otot yang tidak berfungsi dengan baik. Penderita seperti ini tidak memiliki kelainan yang nyata. Penderita *Bell's palsy* dapat sembuh total atau meninggalkan gejala sisa.. Faktor resiko yang memperburuk prognosis Bell's palsy adalah (Ropper, 2003):

- 1) Usia di atas 60 tahun
- 2) Paralisis komplit
- 3) Menurunnya fungsi pengecapan atau aliran saliva pada sisi yang lumpuh,
- 4) Nyeri pada bagian belakang telinga dan Berkurangnya air mata.

Penderita diabetes 30% lebih sering sembuh secara parsial dibanding penderita nondiabetik dan penderita DM lebih sering kambuh dibanding yang non DM. Hanya 23 % kasus *Bells palsy* yang mengenai kedua sisi wajah. *Bell's palsy* kambuh pada 10-15 % penderita. Sekitar 30 % penderita yang kambuh ipsilateral menderita tumor N. VII atau tumor kelenjar parotis (Ropper, 2003).

DAFTAR PUSTAKA

- Afzal Mir, 2003, *Atlas of Clinical Diagnosis*, 2 ed. Saunders, London.
- Aminoff MJ, Greenberg DA, Simon, RP, 1993, *Mononeuropathy Simplex*. A Lange Medical Book Clinical Neurology. 3th ed. USA: Appleton & Lange; p 171
- Davis Larry E, Molly K. King, Jessica L. Schultz, 2005, *Bells palsy in Fundamentals of Neurologic Disease*, Demos Medical Publishing New York; 63-64.
- Djamil Y, A Basjiruddin, 2003, *Paralisis Bell*. Kapita selekta neurologi; Yogyakarta: Gadjah Mada University Press. p 297-300

- Gilden D, 2004, *Bell's palsy*, The new England journal Massachutes Medical Society (www.nejm.org)
- Inmar, raden, 1996, *Paralisis Facial Bell's Palsy akibat gangguan lower motor neuron nervus facialis pada kanalis facialis*, Majalah Ilmiah vol 13: 130
- Lumbantobing SM, 2004, *Saraf Otak*. Neurologi klinik, pemeriksaan Fisik dan Mental; Jakarta: FK-UI.2004 :55-57.
- Mardjono M, Sidharta P, 2003, *Patofisiologi nervus facialis*, Neurologi klinis dasar; Jakarta: PT. Dian Rakyat: 161-162
- Ropper AH, Brown RH, 2003, *Adams and Victor's Principles of Neurology*. 8th ed. New York: MacGraw-Hill; 1180-1182.
- Saharso, 2005, *pendekatan diagnosis dan penatalaksanaan bell's palsy*, Media IDI cabang Surabay volume 30 No I: 70
- Sukardi, Nara P, 2004, *Bell's Palsy*, cermin dunia kedokteran edisi IV: 72-76
- Suprayanti Y, 2008, *Penatalaksanaan Fisioterapi Pada Bell's Palsy Sinistra di Rsud Dr. Moewardi Surakarta*, Jurnal Ilmu Kesehatan Universitas Muhamadiyah Surakarta