



Case Report

Herpes Zoster Otikus dengan Paresis Nervus Fasialis (Sindrom *Ramsay Hunt*) pada Pasien Immunokompromais

Holy Ametati¹, Hayra Diah Avianggi²

¹Bagian Dermatologi dan Venerologi, RSUP Dr. Kariadi Semarang

²Bagian Dermatologi dan Venerologi Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro

Abstrak

p-ISSN: 2301-4369 e-ISSN: 2685-7898
<https://doi.org/10.36408/mhjcm.v7i1.437>

Diajukan: 28 Januari 2019
Diterima: 01 April 2019

Afiliasi Penulis:
Bagian Dermatologi dan Venerologi,
Fakultas Kedokteran,
Universitas Diponegoro
Semarang

Korespondensi Penulis:
Hayra Diah Avianggi
Jl. Dr. Sutomo No. 16, Semarang,
Jawa Tengah 50244,
Indonesia

E-mail:
hayra.dvjul17@gmail.com

Latar belakang : Sindrom Ramsay Hunt (SRH) merupakan komplikasi yang jarang terjadi pada herpes zoster. SRH dapat terjadi tanpa adanya ruam kulit (*zoster sine herpette*). Karena gejala-gejala ini tidak selalu muncul saat onset, sindrom ini sering salah didiagnosis. Insidensi 5/100.000 kasus pada populasi di Amerika Serikat dan meningkat pada kelompok umur di atas 60 tahun dan kondisi immunokompromais.

Laporan kasus : Laki-laki, 66 tahun, timbul plenting-plinging di daerah telinga kiri menyebar ke dada sebelah kiri sejak 8 hari sebelum dikonsulkan. Terdapat nyeri pada telinga, pendengaran berkurang, pusing berputar, wajah sebelah kiri sulit digerakkan dan sulit berbicara. Pemeriksaan fisik ditemukan vesikel berkelompok dengan dasar kulit eritem dan edema, bula, erosi, krusta, konfigurasi herpetiformis, distribusi unilateral, segmental setinggi persarafan servikal 2–4. Temuan *tzank test* menunjukkan sel datia berinti banyak. Penatalaksanaan dengan sistemik asiklovir dan metilprednison.

Pembahasan : SRH merupakan hasil reaktivasi virus varicella zoster laten diganglion genikulatum yang menyebabkan vesikel pada aurikula, otalgia dan paresis/paralisis fasialis. Mekanisme pencetus reaktivasi pada pasien ini diduga berhubungan dengan immunokompromais (keganasan). Pasien immunokompromais memiliki resiko 20–100 kali lebih besar. Pemeriksaan *Tzank* sesuai dengan gambaran herpes zoster. Terapi SRH yang paling disarankan adalah terapi kombinasi antivirus dan kortikosteroid.

Simpulan : Telah dilaporkan kasus *herpes zoster otikus* dengan paresis nervus fasialis (Sindrom *Ramsay Hunt*) pada pasien immunokompromais. Hasil terapi memuaskan. Prognosis *qua ad vitam ad bonam, ad sanam dubia ad malam, ad cosmeticam dubia ad bonam*.

Kata kunci : Sindrom *Ramsay Hunt*, *Herpes Zoster Otikus*, *Paresis Nervus Fasialis*, Immunokompromais

Herpes zoster oticus with facial nerve parasis (Ramsay Hunt syndrome) in an immunocompromised patient

Abstract

Background : Ramsay Hunt Syndrome (RHS) is a rare complication in shingles. RHS can occur without the presence of skin rash (*zoster sine herpette*). Because these symptoms do not always appear at onset, RHS is often misdiagnosed. The incidence of 5/100,000 cases in the US and increase in the age above 60 years and immunocompromised.

Case : A 66-years-old male complaint of vesicle on the left ear spreading to left chest, since 8 days prior to the consultation. There was otalgia, dizziness, hearing impairment, difficulty in movement and speaking on the left side. Physical examination found clustered vesicle on an erythematous and oedematous base, bullae, erosions, crusts, in a herpetiform misconfiguration, unilateral distribution, in a level of 2–4 cervical nerve innervation. The *Tzank* test showed multinucleated giant cells. Management with systemic acyclovir and methylprednisolone.

Discussion : RHS is the result of reactivation of latent varicella zoster virus in geniculate ganglion which causes vesicles in the auricle, otalgia and facial paresis / paralysis. The mechanism for triggering reactivation in these patients is immunocompromise (malignancy). Immunocompromised have a 20–100 times greater risk. *Tzank* results in accordance with diagnostic of herpes zoster. The most recommended therapy is combination of antiviral and corticosteroid.

Conclusion : The case of herpes zoster oticus with facial nerve paresis (Ramsay Hunt Syndrome) in immunocompromised has been published. The result of therapy was satisfying. The prognosis *qua ad vitam ad bonam, ad sanam dubia ad malam, ad cosmetics dubia ad bonam*.

Keywords : Ramsay Hunt Syndrome, Herpes Zoster Oticus, Facial Nerve Paresis, immunocompromised

PENDAHULUAN

Sindrom *Ramsay Hunt* (SRH) merupakan salah satu komplikasi dari herpes zoster, yang umumnya terjadi pada pasien dengan imunokompromais.¹ SRH pertama kali dijelaskan tahun 1907 oleh James Ramsay Hunt. SRH disebut juga herpes zoster otikus yang mengenai nervus kranialis VII dan atau VIII, IX, X akibat infeksi pada ganglion genikulatum oleh *human herpes virus 3* atau *varicella-zoster virus* (VZV).² Tanda dan gejalanya meliputi vesikel pada kanalis aurikularis eksternal, otalgia dan kelumpuhan wajah ipsilateral (*bell's palsy*). Gejala lain yang sering terjadi adalah tinnitus, gangguan pendengaran, vertigo dan nistagmus.³ Hal ini dapat terjadi pada semua kelompok usia. Prevalensi pria dan wanita sama.²

Diagnosis dini dan penatalaksanaan yang akurat pada pasien dengan Sindrom *Ramsay Hunt* dapat mempercepat pemulihan dan mencegah komplikasi seperti infeksi sekunder, keterbatasan pergerakan nervus motorik, paresis pada bagian mata, wajah, diafragma dan kandung kemih serta neuralgia paska herpetika. Tujuan terapi untuk mengurangi penyebaran dan lama penyakit, mengurangi rasa nyeri dan mencegah komplikasi. Terapi SRH menggunakan antivirus, kortikosteroid, anti inflamasi, analgetik, dan antibiotik bila terjadi infeksi sekunder.^{1,4} Tujuan penulisan laporan kasus ini adalah untuk menegakkan diagnosis Sindrom *Ramsay Hunt* dan penatalaksanaannya, mengingat kasus Sindrom *Ramsay Hunt* jarang ditemui dan deteksi dini dapat mencegah komplikasi.

LAPORAN KASUS

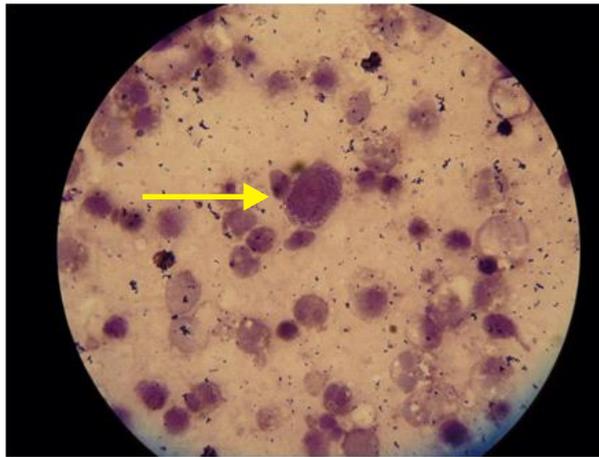
Seorang pria usia 66 tahun dengan tumor paru sinistra, oleh dokter spesialis bedah yang merawat dikonsulkan ke Bagian Kulit dan Kelamin dengan keluhan utama timbul plenting-plingting di daerah telinga menyebar ke pipi, dagu, leher dan dada sebelah kiri. Awalnya berupa bercak kemerahan yang terasa panas seperti terbakar dan nyeri, tidak gatal kemudian berkembang menjadi plenting berisi cairan yang bertambah banyak dan semakin meluas. Keluhan diawali dengan demam, berlangsung kurang lebih 2 hari. Penderita juga merasakan nyeri pada telinga, pendengaran berkurang, dan pusing seperti berputar. Satu hari sebelum dikonsulkan, wajah bagian kiri sulit digerakkan dan sulit untuk berbicara. Penderita pernah menderita cacar air saat masih usia anak-anak.

Pada pemeriksaan fisik keadaan umum lemah, kesadaran kompos mentis, tinggi badan 160 cm, berat badan 55 kg, kesan gizi cukup, *vital sign* dalam batas normal. Status generalis ditemukan paresis pada pipi kiri dan pada telinga kiri didapatkan edema aurikula, hiperemis, kanalis aurikularis eksternal berkrusta, membran timpani sulit dinilai. Status dermatologis tampak vesikel berkelompok dengan dasar kulit eritem dan edema, bula, erosi, krusta, konfigurasi herpetiformis, multipel dengan distribusi lokalisata, unilateral, segmental setinggi persarafan servikal 2–4 (Gambar 1).

Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik, pasien sementara didiagnosis banding herpes zoster otikus dengan paresis fasialis (Sindrom *Ramsay Hunt*), dermatitis venenata, dermatitis kontak iritan. Pasien



Gambar 1. Vesikel berkelompok dengan dasar kulit eritem dan edema, bula, erosi, krusta



Gambar 2. Pembesaran 40x. Sediaan hapus dasar vesikel menunjukkan sel datia berinti banyak



Gambar 3. Makula Hipopigmentasi et causa herpes zoster otikus (pengamatan hari ke-14)

dikonsultasikan ke bagian mikrobiologi untuk pemeriksaan *Tzanck*, ke bagian neurologi untuk konfirmasi keterlibatan nervus VII (fasialis), ke bagian THT untuk konfirmasi keterlibatan nervus VIII (vestibulokoklear) dan rawat bersama bagian bedah.

Hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan peningkatan ureum 45 mg/dl dan penurunan kreatinin 0,43 mg/dl. Anti HIV screening non reaktif. Pemeriksaan *Tzanck* ditemukan sel datia berinti banyak, menyokong diagnosis herpes zoster (Gambar 2).

Hasil konsultasi bagian neurologi didapatkan kesan paresis nervus fasialis (N.VII) sinistra perifer, dengan diagnosis *Bell Palsy*. Terapi dengan injeksi metilprednisolon 62,5 mg /24 jam, injeksi ranitidin 50 mg/12 jam dan diazepam tablet 2 mg/12 jam. Hasil konsultasi bagian THT untuk pemeriksaan nervus vestibulokoklear (N. VIII) menunggu keadaan umum baik. Penatalaksanaandari bagian kulit dan kelamin meliputi terapi sistemik dengan asiklovir tablet 5 x 800 mg selama 14 hari, gabapentin kapsul 2 x 300 mg, asam mefenamat tablet 3 x 500 mg bila nyeri, vitamin B kompleks tablet 1 x 1. Topikal dengan kompres nacl 0,9% selama 5 menit/8 jam pada lesi basah sebelum pengolesan krim asam fusidat 2% dan silversulfadiazine pada plenting yang sudah pecah. Setelah 14 hari hasil terapi memuaskan (Gambar 3).

PEMBAHASAN

Sindrom *Ramsay Hunt* (SRH) merupakan komplikasi yang jarang dari infeksi VZV laten. Insidensi 5/100.000 kasus pada populasi di Amerika Serikat, meningkat pada kelompok umur di atas 60 tahun dan kondisi imunokompromais, jarang terjadi pada anak-anak di bawah 6 tahun. Herpes zoster otikus menyumbang sekitar 12% kasus parasis/paralisis fasialis dan pemulihan hanya terjadi sekitar 20% dari pasien yang tidak diobati.^{4,6} Diagnosis SRH ditegakkan berdasarkan anamnesis, gambaran klinis, dan hasil pemeriksaan penunjang.

Pada anamnesis, pria usia 66 tahun dengan tumor paru, keluhan plenting-plingting pada telinga kiri yang menyebar ke dada sebelah kiri sejak 8 hari yang lalu. Awalnya berupa bercak kemerahan yang terasa panas seperti terbakar, nyeri, tidak gatal kemudian berkembang menjadi plenting berisi cairan. Keluhan diawali demam. Penderita juga merasakan nyeri pada telinga, pendengaran berkurang, pusing berputar, sulit berbicara dan menggerakkan wajah sebelah kiri. Sesuai kepastakaan bahwa SRH mempunyai Trias klasik terdiri dari otalgia (nyeri telinga), vesikel pada kanalis aurikularis eksternal dan kelumpuhan wajah ipsilateral (*bell's palsy*).³ Penyakit ini didahului gejala prodromal, berlangsung 1-3 hari berupa demam, sakit kepala, malaise. Dapat ditemukan gejala nyeri radikuler dan parestesi pada dermatom yang terkena.⁷

Pasien dalam kondisi imunokompromais, dari bagian bedah didiagnosis tumor paru sinistra, saat ini sedang menjalani pengobatan. Terdapat riwayat varisela menandakan adanya reaktivasi virus varisela zoster laten. Menurut kepastakaan mekanisme pencetus terjadinya reaktivasi belum diketahui dengan pasti, diduga berhubungan dengan gangguan respon imun seluler yang disebabkan oleh trauma, keganasan, AIDS atau mungkin terinfeksi kembali dengan varisela. Pasien imunokompromais memiliki resiko 20-100 kali lebih

besar dibanding dengan individu yang imunokompeten dengan usia yang sama.⁸ Pada pasien ini diduga reaktivasi terkait adanya keganasan yaitu tumor paru sinistra, skrining HIV didapatkan hasil non reaktif.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan vesikel dan bula berkelompok dengan dasar kulit eritem dan edema, erosi, krusta, distribusi unilateral, segmental setinggi persarafan servikal.²⁻⁴ Sesuai kepastakaan erupsi kulit pada herpes zoster diawali dengan makula eritem terlokalisir atau difus diikuti vesikel berkelompok dengan distribusi unilateral, segmental, selanjutnya vesikel pecah menjadi krusta.⁷ Pada pasien dengan imunokompromais, herpes zoster dapat lebih berat dan manifestasi klinis tidak seperti umumnya, misalnya krusta yang menetap, diseminata (lebih dari 20 vesikel di luar dermatom) dan biasanya melibatkan visceral, ulseratif, nekrotik berat dan lokasi umumnya melibatkan dua dermatom kontralateral.^{6,9}

Hasil pemeriksaan dari bagian neurologi didapatkan paresis fasialis (*Bell's palsy*). Dari bagian THT menunggu keadaan umum membaik. Sesuai kepastakaan bahwa SRH disebabkan oleh reaktivasi virus varisela zoster pada ganglion genikulatum (ganglionitis) yang memberikan efek pada nervus fasialis dan nervus vestibulokoklear. Ganglionitis menyebabkan nyeri dan vesikel pada sebagian atau seluruh dermatom. Pembengkakan serabut saraf sensoris yang terinfeksi (ganglionitis) menekan struktur saraf yang berdekatan yaitu serabut motorik nervus fasialis (*Bell's palsy*), dengan nyeri telinga dan vesikel melengkapi trias Sindrom *Ramsay Hunt*. Penekanan pada nervus vestibulokoklear menyebabkan gangguan pendengaran sensorineural dan vertigo. Paresis fasialis umumnya muncul 1-2 minggu sesudah timbul keluhan di kulit.³

Pada pemeriksaan *Tzanck* didapatkan sel datia berinti banyak. Sesuai kepastakaan, pada infeksi virus dapat ditemukan sel datia berinti banyak yang merupakan sel berukuran besar yang mengandung 4-10 inti dan badan inklusi intranuklear asidofilik. Pemeriksaan *Tzanck* sangat sederhana, memberikan hasil yang cepat dan sensitif. Pemeriksaan dilakukan terhadap kerokan pada dasar vesikel yang diwarnai dengan hematoksilin eosin, giemsa atau papanicolau.¹⁰

Diagnosis banding dermatitis venenata dapat disingkirkan berdasarkan kepastakaan, dermatitis venenata umumnya memiliki awitan mendadak dan tanpa gejala prodromal. Klinis berupa eritema, papulovesikel, distribusi pada kulit yang terkena serangga, dan umumnya linier.¹⁰ Diagnosis banding dermatitis kontak iritan dapat disingkirkan karena pada anamnesis tidak dijumpai riwayat kontak dengan bahan toksik/iritan. Pada pemeriksaan *Tzanck* tidak didapatkan sel datia berinti banyak pada dermatitis venenata maupun dermatitis kontak iritan.¹¹

Diagnosis SRH ditegakkan berdasarkan kepastakaan bahwa terdapat empat tipe SRH, yaitu

herpes zoster yang menyebabkan; (1) penyakit yang hanya mengenai saraf sensorik nervus fasialis; (2) penyakit yang mengenai saraf sensorik dan motorik nervus fasialis; (3) penyakit yang mengenai saraf sensorik dan motorik nervus fasialis disertai gejala auditorik; serta (4) penyakit yang mengenai saraf sensorik dan motorik nervus fasialis disertai gejala auditorik dan vestibuler.¹² Berdasarkan kepustakaan tersebut, walaupun pemeriksaan N.VIII belum didapatkan hasil, Sindrom Ramsay Hunt tetap dapat didiagnosis. Pasien ini termasuk tipe ke-2.

Penatalaksanaan pada pasien ini dengan pengobatan sistemik berupa asiklovir kapsul 5 x 800 mg selama 14 hari, gabapentin kapsul 2 x 300 mg, asam mefenamat tablet 3 x 500 mg, vitamin B kompleks tablet 1 x 1, krim asam fusidat 2 % dan krim silversulfadiazin yang dioleskan 3x sehari pada luka erosi, kompres NaCl 0,9% selama 5 menit/8 jam pada lesi basah sebelum pengolesan krim. Penatalaksanaan dari bagian neurologi dengan injeksi metilprednisolon 62,5 mg/ 24 jam, injeksi ranitidin 50 mg/12 jam dan diazepam tab 2 mg/12 jam. Sesuai kepustakaan, bahwa terapi yang paling direkomendasikan untuk SRH adalah kombinasi anti virus dan kortikosteroid.³ Pemberian anti virus bertujuan mengurangi replikasi virus, mencegah lesi baru, mengurangi inflamasi dan lama nyeri, mempercepat kesembuhan serta meningkatkan prognosis dengan menghambat penyebaran virus.⁷ Efek anti inflamasi pada kortikosteroid dapat meningkatkan pemulihan dan membantu terapi paresis wajah pada Sindrom *Ramsay Hunt*.⁶ Obat antivirus berupa asiklovir 5x800 mg, famsiklovir 3x500 mg, atau valasiklovir 3x1000 mg selama 7-21 hari. Antivirus paling efektif diberikan dalam waktu 72 jam dari timbul ruam atau nyeri radikuler.^{4,7} Pada pasien diberikan asiklovir dengan alasan ketersediaan obat.

Penggunaan steroid telah menjadi bahan perdebatan. Sejumlah penelitian berbagai desain pada orang dewasa telah menunjukkan hasil yang lebih baik pada pasien yang diobati dengan steroid, terutama ketika dimulai pada awal perjalanan penyakit. Gronseth dan Gronseth, dalam tinjauan komprehensif berbasis bukti, menyimpulkan bahwa terdapat efek positif penggunaan steroid dalam *Bell's palsy*. Ramsey dan rekan kerjanya melakukan meta-analisis dari 47 percobaan terapi steroid untuk *Bell's palsy*, menyimpulkan bahwa terdapat peningkatan pemulihan pada pasien yang diobati dengan steroid (49-97%) dibandingkan dengan kontrol yang tidak diobati (23-64%). Pasien menggunakan kortikosteroid prednison 60-80 mg/hari atau 1 mg/kgBB/hari selama 14 hari, kemudian *tapering off* selama 7 hari. Metilprednisolon memiliki afinitas yang lebih tinggi terhadap reseptor glukokortikoid dan anti inflamasi yang lebih tinggi dibandingkan prednison, prednisolon atau hidrokortison. Kortikosteroid tidak boleh diberikan tanpa terapi antivirus karena

kemungkinan terjadi peningkatan replikasi anti virus.^{3,6}

Kombinasi steroid dan antivirus mungkin lebih unggul daripada penggunaan tunggal. Sebuah penelitian multisenter, acak, terkontrol plasebo yang membandingkan pengobatan pasien SRH, steroid dan antivirus dengan pengobatan dengan steroid saja menyimpulkan bahwa penambahan asiklovir meningkatkan tingkat pemulihan dari 75% menjadi 90%. Banyak ulasan lain dari topik ini telah membuat kesimpulan yang sama. *Level of evidence* Sindrom *Ramsay Hunt* yang diterapi dengan asiklovir dan kortikosteroid adalah 2B.^{13,14}

Pada penelitian terbukti pemberian antivirus dengan gabapentin dapat mengurangi prevalensi Neuralgia Paska Herpetik. Pemberian gabapentin dimulai dengan 300 mg pada hari ke-1, 600 mg/hari ke-2 dan 900 mg/hari ke 3. Dapat ditingkatkan tiap minggu sampai 4 minggu secara bertahap (900, 1800, 2700, dan 3600 mg/hari) dibagi tiga kali sehari, sesuai dengan toleransi pasien dan efek samping, hingga dosis maksimal 3600 mg/hari. Pada pasien yang mengalami efek samping yang tidak dapat ditoleransi, dosis dikurangi satu tingkat dan berlanjut pada tingkat tersebut. Penelitian lain menyebutkan dosis diatas 1800 mg tidak menunjukkan efikasi yang bermakna. Bila skala nyeri pasien berkurang (VAS 4) pertahankan dosis sampai 4 minggu, lalu *tapering off* tiap minggu mencegah efek *withdrawal* (kejang).⁴ Terapi dini pasien herpes zoster risiko tinggi dengan antivirus dan analgesi diharuskan. Pemberian krim antibiotik (asam fusidat dan silversulfadiazin) mencegah infeksi sekunder.¹

Pasien mengalami gangguan fungsi ginjal (peningkatan ureum 45 mg/dl dan penurunan kreatinin 0,43 mg/dl). Menurut kepustakaan, pasien dengan gangguan fungsi ginjal terlebih dahulu dihitung klirens kreatininnya untuk penyesuaian dosis asiklovir. Pada pasien didapatkan hasil klirens kreatinin 98,82 (menggunakan formula *Cockcroft-Gault*). Berdasarkan hasil klirens kreatinin pasien, pemberian dosis asiklovir dapat sesuai kepustakaan (5x800 mg). Bila klirens kreatinin < 60 mL/menit maka perlu dilakukan penyesuaian dosis dengan mengurangi dosis atau memperpanjang interval minum obat. Penyesuaian ini bertujuan untuk memberikan efek terapi yang maksimal tanpa menimbulkan efek samping. Adapun penyesuaiannya berdasarkan kadar klirens; (a) 25-50 mL/menit direkomendasikan dosis diberikan tiap 12 jam; (b) 10-25 mL/menit direkomendasikan dosis tiap 24 jam; dan (c) 0-10 ml/menit direkomendasikan diberikan setengah dari dosis yang diberikan tiap 24 jam.¹⁴

Prognosis SRH dipengaruhi oleh umur, pemberian terapi yang cepat dan penyakit penyerta. Prognosis pada pasien ini adalah *qua ad vitam ad bonam*, sesuai kepustakaan pasien dengan Sindrom *Ramsay Hunt* tidak menyebabkan kematian, *self limiting disease*. *Quo ad*

sanam dubia ad malam, sesuai kepustakaan bahwa jika terapi antiviral dan kortikosteroid diberikan dalam waktu 3 hari, 4-7 hari, atau lebih dari 8 hari sesudah onset, paresis mengalami perbaikan 75%, 48% and 30%. *Quo ad cosmeticam dubia ad bonam*, sesuai kepustakaan, lesi pada beberapa pasien dengan imunokompromais dapat meninggalkan skar yang permanen.^{2,6,7}

SIMPULAN

Telah dilaporkan sebuah kasus Sindrom *Ramsay Hunt* pada pria usia 66 tahun dengan keluhan utama plenting-plingting pada telinga, pipi, dagu, leher dan dada sebelah kiri. Pada anamnesis didapatkan gejala prodromal. Penderita merasakan nyeri pada telinga, pendengaran berkurang, pusing seperti berputar, wajah bagian kiri sulit digerakkan dan sulit untuk berbicara. Terdapat riwayat penyakit cacar saat anak-anak. Hasil pemeriksaan fisik didapatkan vesikel dan bula berkelompok dengan dasar eritem dan edema, erosi, dan krusta, distribusi lokalisata, unilateral, segmental setinggi persarafan servikal 2-4. Hasil pemeriksaan *Tzank* sesuai dengan gambaran herpes zoster. Kombinasi steroid dan asiklovir mencapai tingkat pemulihan yang lebih baik daripada steroid dalam monoterapi. Hasil terapisetelah 14 hari didapatkan perbaikan klinis. Data klinis pada pasien herpes zoster seperti usia, kondisi imunokompromais (AIDS, keganasan), gangguan penyakit neurovaskular, lesi orofaring, mata kering, dan lagofthalmus harus dinilai pada awal pemeriksaan fisik, karena hal ini menunjukkan kemungkinan komplikasi *bell's palsy* dan prognosisnya menjadi lebih burukmengarang sindrom *Ramsay Hunt*. Prognosis pada pasien ini *qua ad vitam ad bonam*, *quo ad sanam dubia ad malam*, *quo ad cosmeticam dubia ad bonam*.

Pasien disarankan untuk konsul ulang ke Bagian THT bila keadaan umum membaik untuk mengetahui apakah ada keterlibatan nervus VIII (vestibulokoklear). Disarankan kontrol ke bagian neurologi untuk penatalaksanaan paresis fasialis lebih lanjut dan direkomendasikan untuk vaksinasi herpes zoster, *zostavax*.

DAFTAR PUSTAKA

1. Mendoza N, Madkan V, Sra K, Wilson B, Katie M, Tyring S. Human Herpes Virus. Dalam: Bologna J, Jprizzo J, Schaffer J. Dermatology. Edisi ke-3. Volume 1. British: Elsevier; 2016. 1321-44.
2. Kim D. Ramsay Hunt Syndrome. Journal of National Organization for Rare Disorders. November, 2011.
3. Sterling JC. Virus Infection. Dalam: Burns T, Breathnach S, Cox N, penyunting. Rook's Textbook of Dermatology. Edisi ke-8. Oxford: Blackwell Science; 2010. 33.22-28
4. Habif T. Warts, Herpes simplex, and Other Viral infection. Clinical Dermatology A Color Guide to Diagnosis and Therapy. Edisi ke-6. USA: Elsevier; 2016. 448-86.
5. Janniger KC, Elston DM, Eastern SJ. Herpes zoster, Treatment and Management. Last update June 16, 2016.
6. Wagner G, Klinge H, Saches M. Ramsay Hunt Syndrome. Journal of the German Society of Dermatology. Volume 10. April, 2012.
7. James W, Berger T, Elston D. Virus Infection. Andrew's Disease of the Skin Clinical Dermatology. Volume 12. USA: Elsevier; 2016. 359-418.
8. Koshy E, Mengting L, Kumar H, Jianbo W. Epidemiology, treatment and prevention of herpes zoster; A comprehensive review. Department of Dermatology, Zhongnan Hospital of Wuhan University. Volume 84. China; 2018. 251-62.
9. Puspongoro Erdina. Herpes Zoster. Penyakit Virus. Dalam: Linuwih Sri Menaldi. Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin edisi ke tujuh. Jakarta: Badan Penerbit FKUI; 2015. 121-4
10. Schmader KE, Oxman MN. Varicella and Herpes Zoster. Dalam: Wolf Klaus, Goldsmith LA, Katz SI. Fitzpatrick's Dermatology In General Medicine, edisi ke-8. New York: Mc Graw-Hill; 2012. 23283-401
11. Armado A, Sood A, Taylor JS. Irritant Contact Dermatitis. Dalam: Goldsmith LA, Ktz SI, Gilcrest BA, Paller AS, Lefeell DJ, Wolff K, penyunting. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. Edisi ke-8. New York: McGraw Hill; 2012. 152-64
12. Singh G, Subhalakshmi V, Balasubramanian S, Patidar M, Ealla K. Ramsay Hunt Syndrome: A Diagnostic Challenge for General Dental Practitioners. Journal of ncbi. Volume 8(2). April, 2017.
13. Coulson S, Croxson GR, Adams R, Oey V. Prognostic Factors in Herpes Zoster Oticus (Ramsay Hunt Syndrome). Pubmed. 2011.
14. Gantz BJ, Miriam I. Redleaf, Perry BP, Samuel P. Gubbels. Management of Bell's Palsy and Ramsay Hunt Syndrome. 2015.