

# BELL'S PALSY

---

No. ICD-10 : G51.0 *Bells' palsy*  
No. ICPC-2 : N91 *Facial paralysis/Bell's palsy*  
Tingkat Kemampuan : 4A

## PENDAHULUAN

Bell's palsy adalah paralisis fasialis perifer idiopatik yang merupakan penyebab tersering dari paralisis fasialis perifer unilateral. Bell's palsy muncul mendadak (akut), unilateral, berupa paralisis saraf fasialis perifer yang secara gradual dapat mengalami perbaikan pada 80-90% kasus. Bell's palsy merupakan salah satu dari penyakit neurologis tersering yang melibatkan saraf kranialis dan penyebab tersering (60-75%) dari kasus paralisis fasialis unilateral akut di dunia. Bell's palsy lebih sering ditemukan pada usia dewasa, orang dengan DM dan wanita hamil. Peningkatan kejadian berimplikasi pada kemungkinan infeksi HSV tipe I dan reaktivasi herpes zoster dari ganglia nervus fasialis. Penyebab Bell's palsy tidak diketahui (idiopatik), dan diduga penyakit ini merupakan bentuk polineuritis dengan kemungkinan penyebabnya virus, inflamasi, autoimun dan faktor iskemik.

## TUJUAN PEMBELAJARAN

### TUJUAN PEMBELAJARAN UMUM (TIU)

Setelah menyelesaikan modul ini, maka dokter mampu menguatkan kompetensinya pada penyakit *Bell's Palsy*

### TUJUAN PEMBELAJARAN KHUSUS (TIK)

Setelah menyelesaikan modul *Bell's Palsy* ini, maka dokter mampu:

1. Menganalisis data yang diperoleh dari anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang untuk menegakkan diagnosis masalah kesehatan pasien.
2. Mengembangkan strategi untuk menghentikan sumber penyakit, patogenesis dan patofisiologi, akibat yang ditimbulkan serta risiko spesifik secara selektif.
3. Menentukan penanganan penyakit baik klinik, epidemiologis, farmakologis, diet, olah raga, atau perubahan perilaku secara rasional dan ilmiah.
4. Memilih dan menerapkan strategi pengelolaan yang paling tepat berdasarkan prinsip kendali mutu, kendali biaya, manfaat, dan keadaan pasien serta sesuai pilihan pasien.
5. Mengidentifikasi, menerapkan dan melakukan monitor evaluasi kegiatan pencegahan yang tepat, berkaitan dengan pasien, anggota keluarga dan masyarakat.

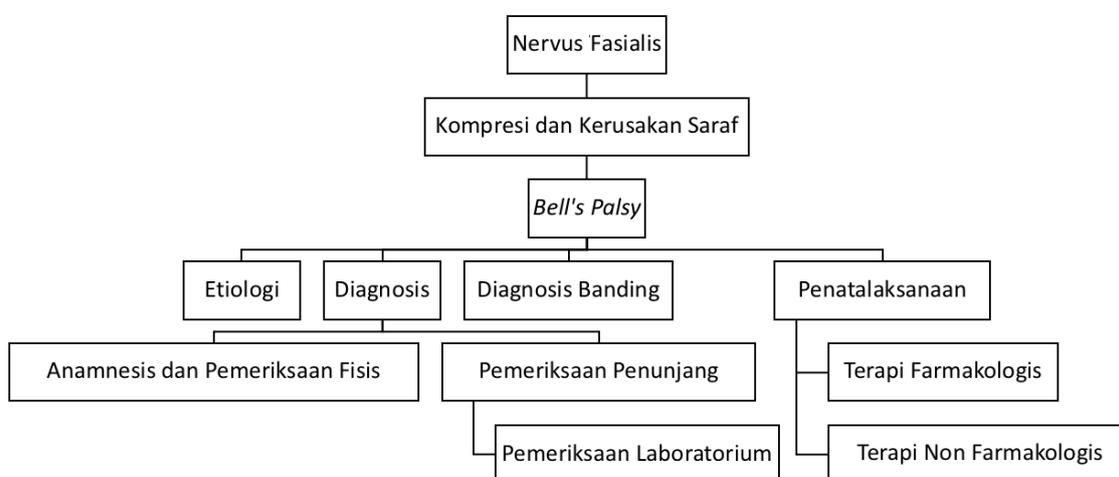
## DEFINISI

*Bell's Palsy* adalah paralisis nervus fasialis (N.VII) perifer yang bersifat akut, umumnya unilateral dan mempengaruhi *lower motor neuron* tanpa penyebab yang jelas. *Bell's Palsy* disebut juga paralisis fasial idiopatik (*Idiopathic Facial Paralysis*).

## ETIOLOGI

Penyebab pasti belum diketahui namun patofisiologinya diduga berhubungan dengan proses autoimun, inflamasi yang menyebabkan edema dan penekanan saraf serta iskemia yang dikaitkan dengan infeksi virus, terutama HSV tipe I, CMV atau reaktivasi herpes zoster.

## PETA KONSEP



## FAKTOR RISIKO

1. Paparan dingin (kehujanan, udara malam, AC)
2. Infeksi, terutama virus (HSV tipe I)
3. Penyakit autoimun
4. Diabetes mellitus
5. Hipertensi
6. Kehamilan

## PENEGAKAN DIAGNOSIS

### ANAMNESIS

#### 1. Keluhan

Pasien datang dengan keluhan:

- a. Paralisis otot fasialis atas dan bawah unilateral dengan onset akut (periode 48 jam)
- b. Nyeri *auricular posterior* atau otalgia, ipsilateral

- c. Peningkatan produksi air mata (epifora) yang diikuti penurunan produksi air mata yang dapat mengakibatkan mata kering (*dry eye*) ipsilateral
  - d. Hiperakusis ipsilateral
  - e. Penurunan rasa pengecapan pada lidah ipsilateral
2. Gejala awal
- a. Kelumpuhan otot-otot fasialis unilateral yang mengakibatkan hilangnya kerutan dahi ipsilateral, tidak mampu menutup mata ipsilateral, wajah merot/tertarik ke sisi kontra lateral, bocor saat berkumur, tidak bisa bersiul.
  - b. Nyeri tajam pada telinga dan mastoid (60%)
  - c. Penurunan rasa pengecapan pada lidah, ipsilateral (30-50%)
  - d. Hiperakusis ipsilateral (15-30%)
  - e. Gangguan lakrimasi ipsilateral (60%)
  - f. Gangguan sensorik wajah jarang ditemukan, kecuali jika inflamasi menyebar ke saraf trigeminal.

3. Awitan (onset)

Awitan Bell's palsy mendadak dan gejala mencapai puncaknya kurang dari 48 jam. Gejala yang mendadak ini membuat pasien khawatir dan mencemaskan pasien. Mereka sering berpikir terkena stroke atau tumor otak dapat yang mengakibatkan distorsi wajah permanen, karena kondisi ini terjadi secara mendadak dan cepat, pasien sering datang langsung ke IGD. Kebanyakan pasien menyatakan paresis terjadi pada pagi hari. Kebanyakan kasus paresis mulai terjadi selama pasien tidur.

#### PEMERIKSAAN FISIK

Pemeriksaan yang teliti pada kepala, telinga, mata, hidung dan mulut harus dilakukan pada semua pasien dengan paralisis fasial.

1. Kelemahan atau paralisis yang melibatkan saraf fasial (N.VII) mengakibatkan kelemahan wajah (atas dan bawah) satu sisi (unilateral). Pada lesi UMN (lesi supranuklear/di atas nukleus fasialis di pons), wajah bagian atas tidak mengalami kelumpuhan. Hal ini disebabkan muskuli orbikularis, frontalis dan korrugator, diinervasi bilateral oleh saraf kortikobulbaris. Inspeksi awal pasien memperlihatkan hilangnya lipatan (kerutan) dahi dan lipatan nasolabial unilateral.
2. Saat pasien diminta untuk tersenyum, akan tampak kelumpuhan otot orbikularis oris unilateral dan bibir akan tertarik ke sisi wajah yang normal (kontra lateral).
3. Pada saat pasien diminta untuk mengangkat alis, sisi dahi yang lumpuh terlihat datar.
4. Pada fase awal, pasien juga dapat melaporkan adanya peningkatan salivasi.

Jika paralisis hanya melibatkan wajah bagian bawah saja, maka harus dipikirkan penyebab sentral (supranuklear). Apalagi jika pasien mengeluh juga tentang adanya kelumpuhan anggota gerak (hemiparesis), gangguan keseimbangan (ataksia), nistagmus, diplopia atau paresis saraf kranialis lainnya, kemungkinan besar bukan Bell's palsy. Pada

keadaan seperti itu harus dicurigai adanya lesi serebral, serebelar atau batang otak, oleh karena berbagai sebab, antara lain vaskular (stroke), tumor, infeksi, trauma dan sebagainya.

Pada Bell's palsy, progresifitas paresis masih mungkin terjadi namun biasanya tidak memburuk setelah hari ke 7 sampai 10. Jika progresifitas masih berlanjut setelah hari ke 7-10, harus dicurigai diagnosis lain (bukan Bell's palsy).

Pasien dengan kelumpuhan fasial bilateral harus dievaluasi lebih lanjut, karena dapat disebabkan oleh Sindroma Guillain-Barre, penyakit Lyme, meningitis (terutama tuberkulosa), penyakit autoimun (multiple sclerosis, neurosarcoidosis) dan lain-lain.

### **Manifestasi Okular**

Komplikasi okular unilateral pada fase awal berupa:

1. Lagofthalmus (ketidakmampuan untuk menutup mata secara total)
2. Penurunan sekresi air mata
3. Kedua hal diatas dapat mengakibatkan paparan kornea (*corneal exposure*), erosi kornea, infeksi dan ulserasi kornea
4. Retraksi kelopak mata atas Manifestasi okular lanjut
  1. Ringan: kontraktur pada otot fasial, melebarnya celah palpebral.
  2. Regenerasi aberan saraf fasialis dengan sinkinesis motorik.
  3. Sinkinesis otonom (air mata buaya, berupa menetesnya air mata saat mengunyah).
  4. Dua pertiga pasien mengeluh masalah air mata. Hal ini terjadi karena penurunan fungsi orbicularis okuli dalam membantu ekskresi airmata.

### **Nyeri Auricular Posterior**

Sepuluh pasien dengan Bell's palsy mengeluh nyeri auricular posterior. Nyeri sering terjadi simultan dengan paresis, tetapi nyeri mendahului paresis 2-3 hari sekitar pada 25% pasien. Pasien perlu ditanya apakah ada riwayat trauma yang dapat diperhitungkan menjadi penyebab nyeri dan paralisis fasial. Sepertiga pasien mengalami hiperakusis pada telinga ipsilateral paralisis, sebagai akibat kelumpuhan sekunder otot stapedius.

### **Gangguan Pengecapan**

Walaupun hanya sepertiga pasien melaporkan gangguan pengecapan, sekitar 80% pasien menunjukkan penurunan rasa pengecapan. Kemungkinan pasien gagal mengenal penurunan rasa, karena sisi lidah yang lain tidak mengalami gangguan. Penyembuhan awal pengecapan mengindikasikan penyembuhan komplit.

## **PEMERIKSAAN PENUNJANG**

Laboratorium darah: Darah lengkap, gula darah sewaktu, tes faal ginjal (BUN/kreatinin serum)

## DIAGNOSIS KLINIS

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik umum dan neurologis (saraf kranialis, motorik, sensorik, serebelum). Bell's palsy adalah diagnosis eksklusif.

Gambaran klinis penyakit yang dapat membantu membedakan dengan penyebab lain dari paralisis fasialis:

1. Onset yang mendadak dari paralisis fasial unilateral
2. Tidak adanya gejala dan tanda pada susunan saraf pusat, telinga dan penyakit Cerebello Pontine Angle (CPA).

Jika terdapat kelumpuhan pada saraf kranial yang lain, kelumpuhan motorik dan gangguan sensorik, maka penyakit neurologis lain harus dipikirkan (misalnya: stroke, GBS, meningitis basilaris, tumor CPA).

Gejala tumor biasanya kronik progresif. Tumor CPA seringkali didahului gangguan pendengaran (saraf VIII), diikuti gangguan saraf VII, dan V, gangguan keseimbangan (serebelum). Pasien dengan paralisis progresif saraf VII lebih lama dari 3 minggu harus dievaluasi kemungkinan penyebab lain, misalnya neoplasma, penyakit autoimun dan sebagainya

### Klasifikasi

Sistem derajat/tingkatan ini dikembangkan oleh *House and Brackmann* dengan skala I sampai VI.

1. *Grade I* adalah fungsi fasial normal.
2. *Grade II* disfungsi ringan. Karakteristiknya adalah sebagai berikut:
  - a. Kelemahan ringan saat dilakukan inspeksi secara detil
  - b. Sinkinesis ringan dapat terjadi
  - c. Simetris normal saat istirahat
  - d. Gerakan dahi sedikit sampai baik
  - e. Menutup mata sempurna dapat dilakukan dengan sedikit usaha
  - f. Sedikit asimetri mulut dapat ditemukan
3. *Grade III* adalah disfungsi moderat, dengan karakteristik:
  - a. Asimetri kedua sisi terlihat jelas, kelemahan minimal
  - b. Adanya sinkinesis, kontraktur atau spasme hemifasial dapat ditemukan
  - c. Simetris normal saat istirahat
  - d. Gerakan dahi sedikit sampai moderat
  - e. Menutup mata sempurna dapat dilakukan dengan usaha
  - f. Sedikit lemah gerakan mulut dengan usaha maksimal
4. *Grade IV* adalah disfungsi moderat sampai berat, dengan tandanya sebagai berikut:
  - a. Kelemahan dan asimetri jelas terlihat
  - b. Simetris normal saat istirahat

- c. Tidak terdapat gerakan dahi
  - d. Mata tidak menutup sempurna
  - e. Asimetris mulut dilakukan dengan usaha maksimal.
5. *Grade V* adalah disfungsi berat. Karakteristiknya adalah sebagai berikut:
- a. Hanya sedikit gerakan yang dapat dilakukan
  - b. Asimetris juga terdapat pada saat istirahat
  - c. Tidak terdapat gerakan pada dahi
  - d. Mata menutup tidak sempurna
  - e. Gerakan mulut hanya sedikit
6. *Grade VI* adalah paralisis total. Kondisinya yaitu:
- a. Asimetris luas
  - b. Tidak ada gerakan otot-otot wajah

Dengan sistem ini, grade I dan II menunjukkan hasil yang baik, grade III dan IV terdapat disfungsi moderat dan grade V dan VI menunjukkan hasil yang buruk. Grade VI disebut dengan paralisis fasialis komplit. Grade yang lain disebut sebagai inkomplit. Paralisis fasialis inkomplit dinyatakan secara anatomis dan dapat disebut dengan saraf intak secara fungsional. Grade ini seharusnya dicatat pada rekam medik pasien saat pertama kali datang memeriksakan diri.

#### DIAGNOSIS BANDING

Penyakit-penyakit berikut dipertimbangkan sebagai diagnosis banding, yaitu:

1. Stroke vertebra-basilaris (hemiparesis alternans)
2. Acoustic neuroma dan lesi cerebellopontine angle
3. Otitis media akut atau kronik
4. Sindroma *Ramsay Hunt* (adanya lesi vesikular pada telinga atau bibir)
5. Amiloidosis
6. Aneurisma a.vertebralis, a.basilaris, atau a.Carotis
7. Sindroma autoimun
8. Botulismus
9. Karsinomatosis
10. *Cholesteatoma* telinga tengah
11. Malformasi kongenital
12. *Schwannoma n.Fasialis*

Penyebab lain, misalnya trauma kepala

#### SARANA DAN PRASARANA

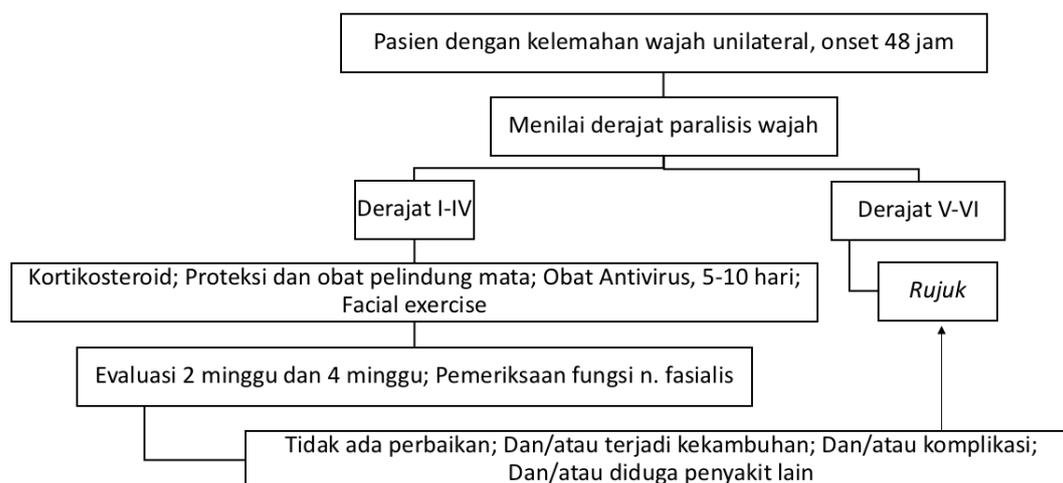
1. Stetoskop (loudness balance test) untuk mengetahui hiperakusis
2. Palu reflex
3. Tes pengecap
4. Tes lakrimasi (tes Schirmer)

5. Kapas
6. Obat steroid
7. Obat antiviral

## PENATALAKSANAAN KOMPREHENSIF

Prognosis pasien Bell's palsy umumnya baik, karena penyebabnya idiopatik, pengobatan Bell's palsy masih kontroversi. Tujuan pengobatan adalah memperbaiki fungsi saraf VII (saraf fasialis) dan mencegah kerusakan saraf lebih lanjut. Pengobatan dipertimbangkan untuk mulai diberikan pada pasien dalam fase awal 1-4 hari onset.

### Algoritme Tatalaksana *Bell's Palsy*



## TERAPI FARMAKOLOGIS

SUB KELAS TERAPI/NAMAKELAS GENERIK/SEDIAAN/KEKUALIFITAN DAN TERAPI RESTRIKSI PENGGUNAAN	DOSIS	KETERANGAN
<b>Kortikosteroid (Prednison)</b>	1 mg/kg atau 60 mg/hari selama 6 hari diikuti penurunan bertahap total selama 10 hari	Steroid kemungkinan kuat efektif dan meningkatkan perbaikan fungsi saraf kranial, jika diberikan pada onset awal (ANN, 2012).
<b>Asiklovir</b>	400 mg oral 5 kali sehari selama 7-10 hari Jika virus <i>varicella zoster</i> dicurigai, dosis tinggi 800 mg oral 5 kali/hari	Apabila tidak ada gangguan fungsi ginjal.

## KONSELING DAN EDUKASI

1. Lindungi mata
2. Perawatan mata: lubrikasi okular topikal dengan air mata artificial (tetes air mata buatan) dapat mencegah corneal exposure.
3. Fisioterapi atau akupunktur dapat dilakukan setelah melewati fase akut (+/- 2 minggu).

## MONITORING PENGOBATAN

Pemeriksaan kembali fungsi *nervus facialis* untuk memantau perbaikan setelah pengobatan.

## KRITERIA RUJUKAN

1. Bila dicurigai kelainan lain (lihat diagnosis banding)
2. Tidak menunjukkan perbaikan
3. Terjadi kekambuhan atau komplikasi

## KOMPLIKASI

1. Mata kering
2. Ulkus kornea
3. Ektropion
4. Sekuel kelemahan n.fasialis
5. Hiperlakrimasi

## PROGNOSIS

Prognosis pada umumnya baik, kondisi terkendali dengan pengobatan pemeliharaan. Kesembuhan terjadi dalam waktu 3 minggu pada 85% pasien.

Dapat meninggalkan gejala sisa (sekuele) berupa kelemahan fasial unilateral atau kontralateral, sinkinesis, spasme hemifasialis dan terkadang terjadi rekurensi, sehingga perlu evaluasi dan rujukan lebih lanjut.

## PENCEGAHAN

Meskipun masih belum terdapat bukti yang kuat, dianjurkan untuk:

1. Hindari paparan kipas angin atau AC pada wajah secara langsung dalam waktu lama
2. Hindari wajah terkena angin langsung saat mengendarai motor
3. Kontrol gula darah pada pasien DM

## DAFTAR PUSTAKA

1. Rucker JC. Cranial Neuropathy. In Darrof RB et al (Eds). Bradley's Neurology in Clinical Practice. Vol 1: Principles of Diagnosis and Management. 6th ed. Elsevier, Philadelphia, 2012:1754-1757. (Rucker, 2012)
2. Gooch C, Fatimi T. Peripheral Neuropathy. In Brust JCM (Ed). Current Diagnosis and Treatment in Neurology. McGraw Hill, NewYork, 2007:286-288. (Gooch & Fatimi, 2007)
3. Taylor, D.C. Keegan, M. Bell's Palsy Medication. Medscape.
4. Medscape: Empiric Therapy Regimens.