

Bell's Palsy: Diagnosis dan Tatalaksana Lengkap

Sistem Saraf • SKDI 4A

Course komprehensif tentang Bell's Palsy meliputi epidemiologi, etiologi, patofisiologi, diagnosis diferensial, pemeriksaan penunjang, tatalaksana farmakologis dan non-farmakologis, serta rehabilitasi pada pasien kelumpuhan saraf fasial idiopatik.

Modul 1: Modul 1: Pendahuluan, Etiologi, dan Patofisiologi Bell's Palsy

1.1 Lesson 1: Definisi, Epidemiologi, dan Etiologi Bell's Palsy

Bell's palsy adalah kelumpuhan saraf fasialis (N. VII) perifer idiopatik, akut, unilateral, mengenai seluruh sisi wajah termasuk dahi. Insidensi 15–40/100.000/tahun, prevalensi pada usia 40–70 tahun. Insidensi sedikit lebih tinggi pada wanita dan populasi dengan riwayat kehamilan. Data berdasarkan ras masih terbatas, namun beberapa studi menunjukkan variasi geografis. Faktor risiko: kehamilan, diabetes mellitus, hipertensi. Etiologi utama: reaktivasi virus Herpes Simpleks Tipe 1 (HSV-1) pada ganglion geniculatum, didukung oleh deteksi DNA HSV-1 melalui PCR. Virus Varicella-Zoster (VZV) berkontribusi pada kasus sindrom Ramsay Hunt. Pemicu reaktivasi: stres, infeksi saluran pernapasan atas, immunosupresi. Mekanisme: edema dan kompresi saraf dalam kanalis falopii sempit. > Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini. Konsultasikan dengan dokter untuk diagnosis dan tatalaksana individual.

1.2 Lesson 2: Patofisiologi dan Aspek Anatomi Bell's Palsy

Anatomi N. VII: nukleus motorik di protuberans, akson menyeberang membentuk genu internum, berjalan dalam kanalis falopii (segmen internalus, timpanik, mastoid, parotid). Ganglion geniculatum tempat reaktivasi HSV-1. Cabang wajah: temporal, zigomatik, bukal, mandibular, servikal. Patofisiologi: reaktivasi virus menyebabkan neuritis dan edema, kompresi iskemik dalam kanalis falopii sempit, degenerasi aksonal. Klasifikasi cedera: neurapraksia (prognosis baik), aksonotmesis, neurotmesis. Derajat kelumpuhan dinilai dengan House-Brackmann scale (I–VI). Prognosis berdasarkan grade awal: grade II–III memiliki prognosis baik dengan pemulihan hampir sempurna; grade IV–VI memerlukan evaluasi lebih lanjut dan risiko sinkinesi lebih tinggi. Lesi di atas ganglion mengganggu produksi air mata dan hiperakusis. > Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini. Konsultasikan dengan dokter untuk diagnosis dan tatalaksana individual.

Modul 2: Modul 2: Diagnosis dan Diagnosis Banding Bell's Palsy

2.1 Lesson 1: Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik pada Bell's Palsy

Anamnesis: tanyakan onset akut (jam–hari), penyebaran kelemahan termasuk dahi, gejala prodromal nyeri retroaurikular, gangguan pengecap, epifora, hiperakusis, riwayat diabetes atau kehamilan. Pemeriksaan fisik: inspeksi simetri wajah saat istirahat, tes kerutan dahi (tidak ada pada lesi perifer), lagophthalmos dengan fenomena Bell, asimetri saat tersenyum atau meniup pipi. Palpasi parotis dan leher. Evaluasi N. kranialis lain. Tes Schirmer untuk produksi air mata. Diagnosis berdasarkan paresis perifer unilateral akut tanpa penyebab lain. Red flags memerlukan evaluasi lebih lanjut: paresis bilateral, onset progresif, atau gejala fokal neurologis. > Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini. Konsultasikan dengan dokter untuk diagnosis dan tatalaksana individual.

2.2 Lesson 2: Pemeriksaan Penunjang dan Diagnosis Banding

Pemeriksaan penunjang: ENoG untuk prognosis (denervasi >90% mempertimbangkan dekompresi bedah). MRI dengan gadolinium diindikasikan secara spesifik pada: onset progresif >3 minggu, paresis bilateral, gejala neurologis fokal lain (kelemahan ekstremitas, gangguan bicara), atau kecurigaan lesi massa (schwannoma, neurofibroma). CT temporal untuk trauma. Blink reflex menilai integritas saraf. Diagnosis banding: lesi sentral (stroke, dahi masih berkerut), Ramsay Hunt (vesikel telinga), tumor parotis, otitis media, trauma, lesi intrakranial, sarcoidosis, penyakit Lyme, Guillain-Barré, myasthenia gravis. Rujuk jika curiga diagnosis banding. > Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini. Konsultasikan dengan dokter untuk diagnosis dan tatalaksana individual.

Modul 3: Modul 3: Tatalaksana, Komplikasi, dan Prognosis Bell's Palsy

3.1 Lesson 1: Tatalaksana Farmakologis Bell's Palsy

Terapi utama: kortikosteroid dalam 72 jam pertama. Prednison: 1 mg/kgBB/hari (maks 60 mg) selama 5 hari, lalu ditapering turun 10 mg tiap 2 hari hingga dosis nol. Contoh: 60 mg hari 1–5, 50 mg hari 6–7, 40 mg hari 8–9, dst. Kontraindikasi absolut: infeksi sistemik berat, herpes okular aktif, hipersensitivitas kortikosteroid. Berhati-hati pada DM (pantau gula darah). Efek samping: hiperglikemia, peningkatan tekanan darah, gangguan GI. Antivirus: valacyclovir 1.000 mg 3x/hari selama 7 hari pada paresis berat. Penyesuaian dosis gangguan ginjal: CrCl <30 mL/min berikan 500 mg 2x/hari selama 7 hari. Analgesik: parasetamol atau NSAID. Antibiotik tidak terindikasi kecuali infeksi sekunder. > Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini. Konsultasikan dengan dokter untuk diagnosis dan tatalaksana individual.

3.2 Lesson 2: Tatalaksana Non-Farmakologis dan Rehabilitasi

Proteksi mata: tetes mata artifisial 1–2 jam, salep malam hari, penutup mata oklusif saat tidur, kacamata pelindung. Durasi minimal proteksi mata: hingga lagophthalmos membaik dan refleks kelopak mata pulih. Rujuk ke oftalmologi jika terdapat ulkus kornea, tanda abrasi kornea, atau tidak ada perbaikan dalam 2 minggu. Fisioterapi: latihan wajah aktif di depan cermin 2–3x/hari selama 10–15 menit. Hindari latihan berlebihan untuk mencegah sinkinesi. Pijat lembut dan termoterapi. Dukungan psikologis. Komplikasi: ulkus kornea, sinkinesi, kontraktur, crocodile tears. Prognosis berdasarkan grade House-Brackmann awal: grade II–III prognosis baik, pemulihan hampir sempurna dalam 3–6 bulan; grade IV–VI perlu evaluasi ketat. Risiko rekurensi 8%. > Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini. Konsultasikan dengan dokter untuk diagnosis dan tatalaksana individual.

Disclaimer / Pernyataan Penting

Materi dalam dokumen ini disusun untuk tujuan pendidikan kedokteran berdasarkan kurikulum SKDI 2012. Informasi klinis harus selalu diverifikasi dengan sumber terkini (pedoman nasional, jurnal terindeks, konsultasi supervisor klinis). Penulis dan Malayan Saintifika tidak bertanggung jawab atas keputusan klinis yang diambil berdasarkan materi ini semata.