

BEBERAPA SEGI KLINIK MENGENAI *BELL'S PALS* DI BAGIAN NEUROLOGI RUMAH SAKIT UNIVERSITAS GADJAH MADA

Oleh: Boedi Saroyo & Suharso

Bagian Neurologi Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

PENDAHULUAN

Paralisa facialis perifer, khususnya yang idiopatis atau *Bell's palsy*, merupakan penyakit neurologis yang relatif sering dijumpai. Sifatnya yang idiopatis tersebut menyebabkan banyaknya pandangan yang beraneka ragam, sehingga pengobatannya pun masih secara simptomatis saja, atau belum bisa kita berikan secara tepat.

Beberapa ahli mengajukan definisi-definisi antara lain Russell Brain (1960) adalah paralisa nervus facialis di dalam foramen stylomastoideum yang timbulnya secara akut dan disebabkan karena radang yang non-supuratif. Mahar Mardjono *et al.* (1971) adalah sebab nervus facialis antara foramen stylo-mastoideum dan percabangan chorda tympani atau n. stapedius yang dapat terjadi sebagai reaksi neuroalergis atau vasospasmus.

Beberapa sarjana lain sependapat bahwa *Bell's palsy* adalah kelumpuhan nervus facialis perifer yang idiopatis (Sir Charles Bell adalah seorang fisiolog bangsa Scott yang hidup di London tahun 1774 — 1842).

Etiologi dan patologi *Bell's paralysis*

Penjelasan yang paling bisa dipercaya untuk penyakit ini ialah radang akut n. VII dalam foramen stylomastoideum. Belum jelas apakah gangguan tersebut primer pada sarafnya, suatu neuritis interstitialis atau sekunder pada tulang, suatu periostitis (Chusid, 1973; Merritt, 1973) kedua jenis tersebut bisa karena "kena angin" pada daerah muka, tumor, fractura, meningitis, hemoragi, dll. Dalam hal lain edema yang terjadi menyebabkan kompresi pada serabut sarafnya yang akan menyebabkan kelumpuhan. Mula-mula serabut-serabut tersebut membengkak yang kemudian berkurang sampai terjadi jaringan fibreus (Brain, 1960).

Penyakit ini bisa terjadi pada semua umur dari bayi sampai orang tua. Lebih sering pada dewasa muda, dan laki-laki lebih sering terkena daripada wanita. Pada beberapa kasus tidak ada faktor predisposisi, tetapi tidak jarang ada faktor historis "kena masuk angin", umpamanya setelah bersepeda atau bermotor, tidur dekat jendela yang terbuka, dll. (Brain, 1960; Mahar *et al.*, 1971). Pada beberapa yang lain kelumpuhan tersebut akibat infeksi akut dari daerah nasopharynx seperti otitis media, mastoiditis, hematotympani akibat contusio cerebri, juga pernah karena infeksi virus herpes zoster (Brain, 1960).

Simptomatologi *Bell's Paralyse*

Secara anatomis dari arah perifer ke sentral bila mengalami gangguan bisa terjadi (Chusid, 1973):

- a. Di luar foramen stylomastoideum,
 - mulut perot, makanan terkumpul antara pipi dan gusi,
 - rasa pada muka menghilang,
 - tidak dapat bersiul, menutup mata maupun mengerutkan dahi,
 - air mata terus keluar bila mata tidak dilindungi,
 - adalah bentuk kelumpuhan *lower motor neuron*,
 - reaksi degenerasi terjadi pada hari ke 10 — 14.
- b. Di dalam canalis facialis dan mengenai n. chorda tympani:
 - akan terjadi seperti ad a,
 - terdapat kehilangan rasa pengecap pada 2/3 anterior lidah,
 - produksi saliva pada fihak yang lumpuh akan berkurang.
- c. Lebih tinggi lagi dalam canalis facialis dan mengenai n. stapedius:
 - seperti ad a dan b.,
 - terhadap hiperacusis.
- d. Lebih tinggi lagi dan mengenai ganglion geniculatum:
 - biasanya akut,
 - rasa nyeri di belakang dan di dalam telinga,
 - biasanya didahului dengan herpes di membrana tympani dan concha. *Ramsay Hunt syndrome* adalah *Bell's palsy* dengan herpes zoster di ganglion geniculatum, di mana proses herpesnya tampak pada membrana tympani, meatus acusticus externus dan pinna.
- e. Di dalam meatus acusticus internus:
 - terjadi gejala *Bell's palsy* dengan ada ketulian (n. VIII terkena).
- f. Di tempat n. VII keluar dari pons misalnya karena meningitis:
 - biasanya akan terjadi gejala-gejala *Bell's palsy* seperti di atas disertai gejala-gejala gangguan nervi cranialis yang lain (n. V — VIII — VI — XI — XII).

Marcus Gumm Phenomenon (jaw winking) terlihat pada ptosis kongenital, elevasi kelopak mata yang kena bisa terjadi bila ada gerakan-gerakan pihak yang sehat (Chusid, 1973; Brain, 1960).

Marin — Amat Syndrome terjadi setelah proses paralise facialis dengan gejala terbalik seperti *Marcus Gumm Phenomenon*, yaitu adanya penutupan mata yang terjadi apabila penderita membuka mulutnya secara paksa dan maksimal (Chusid, 1973; Brain, 1960).

Epiphora paradoxal; penderita mengeluh adanya epiphora (keluar air mata banyak), tetapi *Schirmer test* negatif. (= tanda bahwa produksi air mata menurun). Hal ini mungkin karena adanya keratitis punctata yang menstimulasi produksi air mata sementara diikuti dengan eversi kelopak bawah dan refleks kedip yang berkurang, sehingga air mata akan meluap membasahi pipinya (Adour *et al.*, 1974).

Menurut Weschler (1963) penyebab *Bell's palsy* (= prosoplegia) di samping faktor-faktor seperti masuk angin, infeksi ringan, periostitis, juga pernah

karena diphtheria, diabetes, campak, otitis media, caries os temporale, syphilis, neuroma akustik, leucemia lymphatic.

Dalam usaha penderita untuk menutup kelopak mata, bola mata sering nampak menggelinding ke atas (*Bell's phenomenon*).

Crocodile tears yaitu adanya lakrimasi pada saat makan atau mengunyah sangat jarang terjadi, yang menurut Ford karena adanya gangguan perifer pada daerah proximal ganglion geniculatum.

Adanya keluhan nyeri di wajah muka (*facial pain*), perlu differential diagnose dengan (Harishanu *et al.*) penyakit gigi, neuralgia trigeminal, *migraineus facial pain*, neuralgia postherpetik, beberapa neoplasma, *giant cell arteritis*, *cardiovascular facial pain*, dan faktor neurotis.

Neuralgia ischemik akibat insufisiensi arterial pada cabang-cabang arteria carotis externa bisa menyebabkan adanya *facial pain* lewat serabut-serabut sensorik periferinya. Biasanya apabila sebab-sebab di atas bisa dikesampingkan dan tetap kita belum jelas penyebabnya, maka nyeri tersebut dinamai "atypical atau idiopathic facial pain". Menurut Sead (1970) proses ischemik akibat penyumbatan atau penyempitan pembuluh darah tersebut yang langsung mengenai serat saraf sensorik perifer, seperti pada penderita dengan penyakit oklusi vaskuler (diabetes, hipertensi, atherosklerosis, dll.) akan kita dapatkan gejala *facial pain* tersebut. Dan ini sangat berguna dalam manajemen terapi selanjutnya.

Menurut Mahar Mardjono *et al.* (1971) walaupun serabut-serabut n. VII tidak mempunyai serabut somatosensoris, namun adanya hipestesia pada otot-otot yang lumpuh mungkin disebabkan oleh karena hilangnya tonus otot-otot wajah muka tersebut.

Menurut Wartenberg (Haymaker, 1956) adanya "eyelid vibration sign" adalah sangat penting, apabila kita mengalami keraguan adanya paresis facialis ini.

Bell's palsy sering terjadi secara unilateral dan sangat jarang yang bilateral. McGovern 1965 (Tanumihardjo, 1974) melaporkan sebuah kasus dengan *Bell's palsy* bilateral. Ia juga mengemukakan penulis-penulis pendahulunya seperti Merwant yang menemukan 8 kasus di antara 500 kasus kelumpuhan n. VII. Dalton, mendapatkan 2 kasus dengan bilateral *Bell's palsy* ini di antara 107 kasus *Bell's palsy* yang diselidikinya. Blatt menemukan 2 kasus dan akhirnya pada RS Ciptomangoenkoesoemo Jakarta pernah ditemukan satu kasus dengan *bilateral Bell's palsy* (Syarifuddin *et al.* 1974).

Penderita *Bell's palsy* datang pada kita dengan keluhan bahwa pada waktu bangun pagi mendadak otot wajah mukanya lumpuh sesisi, mulutnya perot, mengeluh-sukar berkumur, dan kadang-kadang ada keluhan nyeri di daerah mukanya. Saat penderita bercermin, dia akan mendapatkan bahwa alisnya jatuh ke bawah, gerakan mengerut dahi dan mengangkat alis terganggu, juga gerakan menutup mata, dan waktu penderita memoncongkan mulutnya atau berusaha untuk bersiul, ternyata juga terganggu. Keluhan inilah yang khas akan diutarakan oleh kebanyakan penderita *Bell's palsy*. Walaupun memang ditambah dengan adanya keluhan "gemrebeg" suatu hiperacusis dan kadang-

kadang keluhan kehilangan rasa pengecap lidah bagian depan. Dari data-data anamnesa ini secara kasar kita sudah hampir dapat mengira tentang lokalisasi gangguannya (lihat hal. 2).

Diagnose *Bell's palsy*

Bell's paralysis ini perlu dibedakan dengan gejala paralise *facialis* yang lain. *Nervus facialis* (n. VII) pada manusia mempunyai 3 fungsi (Mahar *et al.*, 1971):

- a. mengatur ekspresi muka/emosi (fungsi somatomotoris).
- b. mensarafi kelenjar pengecap lidah bagian 2/3 anterior (fungsi viserosensoris),
- c. mengatur sekresi air liur dan air mata (fungsi visceromotoris).

Pada *parase facialis* pemeriksaan ketiga fungsi ini amat penting.

Pemeriksaan fungsi somatomotorik ada 10 cara (Syarifuddin *et al.*, 1973):

1. penderita disuruh mengerutkan dahi dan mengangkat alis ke atas (m. frontalis).
2. penderita disuruh mengerutkan alis (m. *Sourcillier*).
3. penderita disuruh mengangkat dan mengerutkan hidung ke atas (m. *pyramidalis*).
4. penderita disuruh memejamkan mata kuat-kuat (m. *orbicularis oculi*).
5. penderita disuruh tertawa lebar sambil memperlihatkan gigi (m. *zygomaticus*).
6. penderita disuruh memoncongkan mulut ke depan sambil memperlihatkan gigi (m. *Lowlever communis*).
7. penderita disuruh mengembungkan kedua pipinya (m. *buccinator*).
8. penderita disuruh bersiul (m. *orbicularis oris*).
9. penderita disuruh menarik kedua bibirnya ke bawah (m. *triangularis*).
10. penderita disuruh memoncongkan mulutnya yang tertutup rapat ke depan (m. *mentalis*).

Pada setiap gerakan dari kesepuluh pasang otot tersebut yang kiri dan yang kanan kita bandingkan.

Pemeriksaan tonus wajah muka:

Dalam keadaan istirahat tonus otot wajah muka menentukan kesempurnaan mimik/ekspresi muka.

Pemeriksaan sinkinesis caranya:

- a. penderita disuruh memejamkan mata kuat-kuat, kemudian kita perhatikan gerak otot-otot di daerah sudut bibir atas,
- b. penderita disuruh tertawa lebar sambil memperlihatkan gigi, kemudian kita perhatikan gerak otot di sudut mata bawah.
- c. penderita pada waktu berbicara (gerakan emosi) kita perhatikan gerak otot di sekitar mulut apakah simetris.

Pemeriksaan fungsi viserosensoris n. VII:

Dengan alat yang dinamakan "Electrogustrometer". Hal ini dapat dipakai untuk mengetahui sistim pengecap pada 2/3 anterior lidah yang disarafi oleh n. *chorda tympani*, salah satu cabang dari n. VII.

Pemeriksaan fungsi visceromotoris n. VII:

Cara pemeriksaan ini dinamakan "Nasolacrimal reflex test" atau test Schirmer. Pemeriksaan ini dianggap penting untuk mengetahui fungsi serabut para-simpatikus n. VII yang disalurkan melalui n. *petrosus superficialis major* setinggi ganglion geniculatum.

Sebagai tambahan kita kemukakan cara pemeriksaan:

- a. Fungsi n. *stapedius*, yaitu dengan menggunakan "Electroacoustic impedance meter".
- b. N.E.T. — *Nerve Exitability Test*, suatu pemeriksaan untuk mengetahui exitabilitas saraf pada sisi yang lumpuh dengan menggunakan rangsang listrik.
- c. Pemeriksaan E.M.G. = *Elektromyographi*. Gunanya untuk memberikan prognosa suatu keadaan *paralyse*, yaitu adanya fibrilasi yang menandakan permulaan degenerasi saraf yang biasanya baru terjadi pada hari 10 — 14.

Paralyse facialis karena gangguan di pons dapat jelas kita ketahui dengan adanya gejala-gejala yang menyangkut *nuclei* lain padanya seperti n. V dan n. VI, juga kadang-kadang serabut piramidal ikut terkena, sehingga pada kelumpuhan *upper motor neuron* ini akan terdapat tanda-tanda gangguan piramidal seperti hemiplegi ipsilateral, yaitu hanya bagian bawah otot wajah muka yang lumpuh. Reaksi elektris tetap ada, misalnya masih adanya ekspresi wajah muka pada keadaan tertawa atau menangis (Wischler, 1963).

Gangguan di dalam *fossa posterior* biasanya akan terkena juga n. VIII. Adanya riwayat keluarnya cairan dari telinga dan pemeriksaan *membrana tympani* akan memudahkan diagnosa paralisa *fasialis* sekunder akibat otitis media (Brain, 1960). Paralisa *fasialis* unilateral kadang-kadang merupakan gejala dini *sclerosis diseminatus*, terutama pada dewasa muda dan kadang-kadang disebabkan oleh *syphilis* (Brain, 1960). Bentuk rekurensi yang berhubungan dengan sakit kepala disebut "facioplegic migrain".

Prognosa *Bell's Paralyse*

Pada beberapa penderita sering terjadi penyembuhan yang sempurna, meskipun akan memakan waktu beberapa minggu. Apabila pada akhir minggu ketiga dari timbulnya penyakit sudah tampak adanya beberapa pemulihan kekuatan volunter atau sudah ada responsi terhadap rangsang faradis, penyembuhan akan terjadi lebih cepat dan akan sempurna (Brain, 1960).

Arti "penyembuhan sempurna" adalah tidak adanya perbedaan rupa kedua sisi wajah muka baik pada waktu istirahat maupun pada waktu ada pergerakan dalam 10 cara pemeriksaan di atas (Merritt, 1973; Dept. of Air Force, 1965).

Apabila telah terjadi reaksi degenerasi yang lengkap, maka penyembuhan agak sukar. Di sini akan terjadi kontraktur otot-otot wajah muka yang lumpuh (Chusid, 1973; Brain, 1960). Spasmus *fasialis* yang kronis merupakan gejala sisa yang umum dari kesembuhan yang tidak sempurna, walaupun tidak begitu hebat. Rekurensi pada fihak yang sama atau fihak yang lain, walaupun jarang tetapi pernah dilaporkan kasusnya (Brain, 1960; Chusid, 1973).

Hubungan antara rasa nyeri yang khas pada *Bell's palsy*, yaitu di daerah retroaurikuler dengan prognosa penyakit ini, ada beberapa pendapat yang saling bertentangan (Adour *et al.*, 1971):

- Dalton menyatakan bahwa derajat rasa nyeri tersebut mempunyai arti atau indikator prognosa *Bell's palsy*.
- Park & Watkins menyatakan bahwa rasa nyeri tersebut dan kehilangan rasa lidah 2/3 anterior depan, tidak mempunyai arti prognosa.
- Greves menyatakan bahwa rasa nyeri sedikit tidak berarti, apa-apa, tetapi rasa nyeri yang hebat menunjukkan akan timbulnya gejala denervasi.
- Adour menyatakan bahwa rasa nyeri akan berkurang pada 12 — 24 jam setelah pemberian prednison, tetapi 15% dari jumlah penderita akan mengeluh lagi apabila dosis prednison dikurangi. Ia menyatakan bahwa yang 15% tersebut adalah suatu tanda ke arah timbulnya gejala denervasi di kelak kemudian hari, sehingga ia meneruskan pemberian prednison dengan dosis yang sama tadi untuk beberapa saat lamanya.

Terapi pada *Bell's palsy* (Adour *et al.*, 1974; Chusid, 1973; Ibrahim, 1971; Dept. of Air Force, 1965; Brain, 1960; Syarifuddin *et al.*, 1974; Tanumihardjo, 1974; Wischler, 1963).

Secara sistematis terapi pada penderita *Bell's palsy* adalah sebagai berikut:

- Lokal pada: — daerah mata,
— otot wajah muka.
- Obat-obatan: — antibiotika,
— preparat corticosteroid,
— vasodilatantia,
— roborantia saraf,
— preparat salycilat.
- Nasehat-nasehat atau psikoterapi.

Untuk keluhan pada matanya bisa diberikan tetesan larutan acid boric 3% yang diberikan 3 — 4 kali dalam sehari. Kemudian penderita disarankan untuk memakai kaca mata teduh bila akan keluar rumah guna menghindari angin dan debu.

Untuk daerah wajah muka ada beberapa cara dapat digunakan, salah satu di antaranya:

- wajah muka diusahakan agar tetap hangat, *massage* ringan pada dagu-bibir bawah ke atas selama 5 — 10 menit 2 — 3 kali/hari guna memelihara tonus otot. Pemanasan dengan lampu inframerah akan mempercepat proses penyembuhan.
- kadang-kadang ada yang menggunakan metode dengan menggunakan plester dengan pemasangan Y terbalik, yaitu titik-titik tangkapnya pada dahi, bibir atas dan bibir bawah, sehingga otot-otot tersebut tertarik ke atas. Atau cara penguatan otot tersebut yang dengan plester bisa dari mulut sampai telinga.
- pada stadium dini terapi diatermi pada daerah mastoid bisa dikerjakan, guna membantu mengurangi proses radang.

- segera setelah stadium akut lewat dan rasa nyeri telah hilang arus galvanik bisa digunakan untuk merangsang otot wajah muka dan untuk memelihara tonus otot-otot tersebut. Hal ini bisa diberikan tiap 2 hari sekali. Elektroda negatif ditempatkan di bawah mastoid dan elektroda positif digunakan untuk merangsang muka. Segera setelah kekuatan volunter menunjukkan kepulihan, penderita harus dilatih untuk menggerakkan gerakan-gerakan 10 macam di muka cermin.
- pengobatan secara bedah, yaitu suatu "dekompresi facialis" sudah banyak ditinggalkan mengingat efisiensi dan komplikasi yang terjadi nantinya.

Pengobatan secara medicamentosa, seperti pemberian preparat antibiotika untuk mengatasi proses radang: prednison bisa dimulai dengan dosis 60 mg/hari untuk 5 hari pertama, kemudian turun sampai 5 mg/hari pada 5 hari berikutnya (menurut Tavener hal ini adalah *drug of choice* untuk *Bell's palsy*). Kemudian preparat-preparat seperti vasodilatantia, roborantia saraf dan salycilat bisa ditambahkan.

Dalam kita menangani penderita-penderita ini jangan lupa adanya faktor psikologis mengingat bagian-bagian yang diserang mempunyai nilai kosmetik yang tinggi, sehingga kadang-kadang menimbulkan rasa ketakutan atau kegelisahan apabila hal ini berlangsung terlalu lama, apalagi bila sampai tidak sembuh atau sembuh dengan cacat untuk seumur hidupnya dan hal ini akan merupakan siksaan baginya.

TUJUAN PENULISAN

Tujuan penulisan ini adalah sebagai pengumpulan data pembandingan tentang paralisa facialis perifer yang terdapat di negara Barat dan negara kita dalam bidang diagnosa, prognosa, dan terapinya. Untuk maksud ini kiranya akan lebih sempurna lagi apabila di tiap-tiap Rumah Sakit Pusat diadakan semacam "unit riset" bagi paralisa fasialis yang menerima kasus-kasusnya dari para dokter umum (PUSKESMAS), para dokter ahli dari Bagian-bagian Kanak-kanak, HTT, Penyakit Dalam, Mata, Kulit, Bedah, Neurologi, Psikiatri dll.

BAHAN DAN CARA KERJA

Bahan terdiri dari penderita-penderita yang diobati di Bagian Neurologi Rumah Sakit Pugeran Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, dari bulan Januari sampai dengan bulan Desember 1975. Jumlah penderita adalah 39 orang (penderita baru) dengan paralisa facialis perifer dari sejumlah 747 kasus neurologi baru, terdiri dari 27 pria dan 12 wanita. Usia berkisar antara 1 tahun sampai 60 tahun (Tabel 1).

Sebagian besar penderita datang dengan keluhan khas *Bell's palsy*, yaitu 20 pria dan 5 wanita (jumlah 25 orang = 64,1%). Hal ini setelah kita singkirkan adanya penyebab seperti observasi tumor cerebri, otitis media acuta, herpes zoster, mastoiditis atau sakit gigi, observasi febris, dan trauma (Tabel 2).

Diperiksa bagian atau sisi wajah muka yang terkena, kanan atau di sebelah kiri (Tabel 3). Kemudian kami usahakan untuk menentukan lokalisasi gangguan yang ada dengan alat-alat yang sederhana, ditambah data obyektif dan subyektif yang ada. Dikelompokkan menjadi 3 grup, yaitu gangguan pada

daerah antara pons-meatus acusticus internus, daerah antara atau di dalam canalis facialis dan daerah setelah n. VII keluar dari foramen stylomastoideum (Tabel 4).

Pengobatan yang diberikan untuk para penderita *Bell's palsy* adalah antibiotika bila ada indikasinya, tablet prednison, roborantia saraf, vasodilantia, kemudian fisioterapi dengan *massage* ringan - solux - faradisasi/galvanisasi, nasehat-nasehat untuk latihan di rumah.

Kemudian dicatat lamanya penyakit karena pengobatan tersebut, berapa minggu, apakah sembuh sempurna, kurang sempurna atau penderita tidak muncul lagi dengan alasan yang tidak kita ketahui (Tabel 5).

TABEL 1.— Distribusi umur dan jenis kelamin penderita paralisa facialis perifer.

Umur (tahun)	Jumlah Penderita		Jumlah
	Laki-laki	Perempuan	
Kurang dari 10	2	3	5
11 — 20	7	2	9
21 — 30	7	3	10
31 — 40	3	1	4
41 — 50	6	2	8
51 — 60	2	1	3
Jumlah	27	12	39

TABEL 2.— Penyebab paralisa facialis perifer.

Penyebab	Jumlah Penderita		Jumlah
	Laki-laki	Perempuan	
<i>Bell's Palsy</i>	20	5	25
Tumor Cerebri	1	—	1
Otitis Media	1	1	2
Herpes Zoster	—	—	—
Mastoiditis	—	1	1
Meningitis	—	3	3
Trauma	2	—	2
Hipertensi	3	2	5

TABEL 3.— Sisi wajah muka yang terkena.

Sisi yang Terkena	Jumlah Penderita		Jumlah
	Laki-laki	Perempuan	
Sebelah kanan	16	8	24
Sebelah kiri	11	4	15
Jumlah	27	12	39

TABEL 4.— Lokalisasi lesi penyebab facialis paralisa perifer.

Lokalisasi	Jumlah Penderita		Jumlah
	Laki-laki	Perempuan	
Pons-Meatus acusticus internus	—	1	1
Canalis facialis	7	4	11
Foramen stylomastoideum distal	17	10	27
Jumlah	24	15	39

TABEL 5.— Lamanya penyembuhan karena diobati.

Lamanya	Jumlah Penderita	Sembuh	Kurang	?
Kurang 2 minggu	2	2	—	—
2 — 4 minggu	25	20	1	4
4 — 6 minggu	5	5	—	—
Lebih dari 6 minggu	7	5	1	1
Jumlah	39	32	2	5

HASIL KERJA

Dari Tabel 1 dapat dilihat distribusi umur dan jenis kelamin dari 39 penderita dengan paralisa facialis perifer. Ternyata dari 25 penderita dengan *Bell's palsy* terdapat 17 penderita dengan umur antara 21 tahun — 40 tahun.

Pada Tabel 2 nampak bahwa penyebab paralisa facialis perifer yang terbanyak adalah idiopatis (*Bell's palsy*), yaitu 25 kasus dari 39 penderita atau sebesar 64,1%. Dan dari 25 *Bell's palsy* ini yang 20 orang adalah pria atau sebesar 80%. Penyebab lain yang agak menonjol di sini adalah penderita kanak-kanak dengan observasi meningitis sebanyak 3 orang atau sebesar 7,7% dan hipertensi 5 orang atau 12,8%.

Sisi wajah muka yang terkena dapat dilihat pada Tabel 3, yaitu 24 orang terkena pada sisi sebelah kanan atau sebesar 61,5%.

Perincian tentang lokalisasi penyebab paralisa facialis bisa terlihat pada Tabel 4. Yang terletak antara pons - meatus acusticus internus ada 1 orang atau sebesar 2,3%. Dalam canalis facialis sebanyak 11 orang atau sebesar 28,2%, sedangkan dari foramen stylomastoideum ke arah distal sebanyak 27 orang atau 69,2%.

Lamanya penyakit karena diobati dapat dilihat pada Tabel 5. Yang sembuh dalam waktu kurang dari 2 minggu ada 2 orang (= 5,1%), antara 2 — 4 minggu 16 sembuh sempurna (= 41%) dan 5 orang kurang sempurna (= 13%) seharusnya mesti kembali, tetapi tidak kembali tanpa keterangan, sedangkan yang 4 orang belum bisa dinilai karena tidak muncul lagi. Yang

sembuh dalam waktu antara 4 — 6 minggu ada 5 orang (= 13%). Akhirnya seorang penderita untuk observasi tumor cerebri setelah berobat selama 3 bulan tidak muncul lagi tanpa kita bisa menilainya.

Di antara 39 kasus dengan paralisa fasialis perifer tersebut ada 2 orang pria menderita *Bell's palsy* untuk kedua kalinya, yang pertama 3 bulan yang lalu dan yang lain setelah 5 bulan kemudian. Keduanya terkena pada sisi yang bertentangan dengan yang terdahulu.

Pada observasi kami terhadap penderita yang relatif cepat sembuh, yaitu kurang dari 2 minggu, umumnya mereka datang lebih dini dan rajin datang untuk kontrol dan pengobatan selanjutnya.

Dari semua penderita yang ada tidak ada satu pun yang mengalami atau menunjukkan gejala kontraktur.

PEMBAHASAN

Penderita dengan paralisa fasialis perifer cukup banyak: di sini kami dapatkan 39 kasus dari sejumlah 747 kasus neurologis baru yang lain selama periode satu tahun (= 5,2%). Mengingat yang terserang adalah bagian tubuh yang mempunyai nilai kosmetika yang tinggi, yaitu wajah muka, maka umumnya penderita akan datang lebih dini tanpa menundanya lagi, sehingga proses penyembuhannya akan lebih cepat. Umumnya penderita wanita akan lebih cepat datang dan lebih rajin untuk berobat terus daripada pria. Hal ini sesuai dengan literatur Barat (Chusid, 1973; Merritt, 1973; Brain, 1960).

Dalam Tabel 1 tampak bahwa umur penderita *Bell's palsy* berkisar antara 11 — 40 tahun, yaitu sebanyak 17 orang, lebih banyak pria daripada wanita. Hal ini sesuai dengan kenyataan bahwa pada umur-umur tersebut kegiatan sosial berada pada puncaknya. Angka selaras dengan yang didapat pada RSU "SURAKARTA" (Ibrahim, 1971), pada RSU Ujung Pandang (Tanumihardjo, 1974) dan oleh penyelidik Barat (Adour *et al.*, 1974; Merritt, 1973; Brain, 1960).

Tabel 2 menunjukkan 25 penderita dari 39 kasus paralisa fasialis perifer adalah *Bell's palsy*, atau sebesar 64,1%. Di kedua Rumah Sakit Umum tersebut angka ini berkisar antara 70%, sedang penyelidik-penyelidik Barat menemukan angka sekitar 65% — 75% (Merritt, 1973; Dept. of Air Force, 1968; Brain, 1960; Wischler, 1963).

Tabel 3 menunjukkan sisi wajah muka yang terkena 61,5% pada sebelah kanan, sesuai dengan penulis yang lain (Ibrahim, 1971; Merritt, 1973; Mahar *et al.*, 1971; Brain, 1960; Tanumihardjo, 1974).

Tabel 4 menunjukkan prosentase lokalisasi gangguan pada n. VII, yaitu 2,3% pada daerah pons - meatus acusticus internus, 28,2% di dalam canalis fasialis dan 69,2% pada daerah foramen stylomastoideum ke arah distal.

Tabel 5 menunjukkan bahwa banyak penderita *Bell's palsy* bisa sembuh pada minggu ke 2 — 4 mengingat mereka datang pada kita justru pada saat dini di samping memang penyakitnya yang sifatnya akut, juga karena yang diserang ialah daerah wajah muka yang mempunyai nilai kosmetika tinggi. Makin cepat penyakit ini diobati, makin cepat proses penyembuhannya.

Para penyelidik mengatakan bahwa satu-satunya gejala sisa (sequele) penyakit *Bell's palsy* adalah kontraktur pada otot wajah muka yang bersangkutan. Pada periode pemeriksaan kami ini, kami tidak menemukannya.

Menurut Adour *et al.*, (1974) adanya tanda-tanda dini seperti: hiperemi, *Schirmer test* negatif, diikuti adanya gejala-gejala diabetes, hipertensi, neurosis dan umur lebih dari 60 tahun, akan memperberat prognosa penyakit ini.

RINGKASAN

Selama periode Januari 1975 sampai dengan Desember 1975 kami kumpulkan 39 penderita dengan paralisa fasialis perifer dari seluruh penderita baru 747 orang yang datang berobat ke Rumah Sakit Pugeran Bagian Neurologi Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada. Mereka terdiri dari 27 pria (69,2%) dan 12 wanita (30,8%). Umur penderita berkisar antara 1 tahun sampai 60 tahun, dengan rata-rata terbanyak sekitar umur 20 — 40 tahun (58,9%).

Dari 39 kasus paralisa fasialis perifer yang terkumpul atau terseleksi terdapat 25 *Bell's palsy* atau 64,1%. Penyebab lain seperti hipertensi 5 orang (= 12,8%), meningitis pada anak-anak sebanyak 3 orang (7,7%), otitis media 2 orang (5,1%), trauma 2 orang (5,1%), mastoiditis 1 orang (2,5%) dan tumor cerebri 1 orang (2,5%).

Sisi wajah muka yang terkena paling banyak adalah sebelah kanan, yaitu sebesar 61,5%. Tempat lesi yang paling banyak terletak di daerah distal foramen stylomastoideum, yaitu sebesar 69,2%.

Penderita *Bell's palsy* yang diobati akan sembuh pada minggu ke 2 — 4. Penderita paralisa fasialis perifer lain antara lain 3 orang untuk observasi hipertensi (kiriman dari Bagian Penyakit Dalam), 1 dengan postmeningitis (kiriman dari Bag. Kanak-kanak) dan 1 dengan tumor cerebri (kiriman dari Bagian Mata, dengan visus jelek tanpa bisa dikoreksi) tidak dapat kami ikuti mengingat mereka tidak kembali setelah minggu ke 4 tanpa alasan.

Semua penderita kami beri terapi antibiotika, prednison, nicotinamide, vitamin neurotropik, dan beberapa ada yang kami beri salicylat. Bagi yang ada faktor etiologisnya kami beri terapi kausal, kecuali untuk tumor cerebri kami tambahkan terapi simptomatis.

Lokal pada wajah muka kami beri penyinaran dengan inframerah, *massage* ringan - stimulasi dengan arus faradis/galvanis, ini diberikan tiap 2 hari sekali. Di rumah penderita melakukannya sendiri dengan mengompres air hangat dan *massage* ringan selama 5 — 10 menit 3 kali sehari, sedang untuk matanya diberi tetesan acid boric 3% dan memakai kacamata teduh apabila ingin keluar rumah.

Dari sejumlah 39 penderita ternyata 25 orang (64,1%) mengalami penyembuhan dalam 4 minggu pertama dan 32 orang (82,05%) mengalami sembuh sempurna. Kami tidak menjumpai kontraktur sebagai satu-satunya gejala sisa (sequele) penyakit ini.

Ditemukan 2 pria yang menderita *Bell's palsy* untuk kedua kalinya, pada sisi yang bertentangan dengan yang terdahulu.

SUMMARY

During the period of January 1975 through December 1975, thirty nine cases of peripheral facial paralysis were collected. There were 27 males (69,2%) and 12 females (30,8%). Their ages ranged from one year to 60 years with a peak incidence between 20 — 40 years (58,9%).

From 39 cases we found 25 Bell's palsy (64,1%), the other pathological processes that are responsible are hypertension 12,8%, meningitis 7,7%, otitis media 5,1%, trauma 5,1%, mastoiditis 2,5% and tumor cerebri 2,5%. The right side of the face is affected more frequently (61,5%) than the left side. Most of the lesions have their sites distal to the stylomastoid foramen (69,2%).

In 64,1% the recovery occurred within the first four weeks and 82,05% of all cases have complete recovery.

All patients were treated with antibiotics, prednison, nicotinic acid amide, neurotrophic vitamins, and some also with salicylate. Local treatments for the affected muscles are infrared radiation, light massage, electrical current, 3 times a week, and also the patients were instructed for heating and massaging themselves at home 3 times a day. The eyes must be protected against wind and dust by sun glasses.

Facial contracture as the only complication of Bell's palsy is nil here. From all of the patients in our study, we found 2 patients were affected for the second time and located at the contralateral side.

KEPUSTAKAAN

- Adour, Kedar Karim, *et al.* 1974 Idiopathic facial paralysis (Bell's Palsy): Factors affecting severity and outcome in 446 patients *Neurology* 24 : 1112 — 6.
- Brain, Russell Sir 1960 *Diseases of the Nervous System*, 5th ed. Oxford University Press, New York.
- Chusid, Joseph G. 1973 *Correlative Neuroanatomy and Functional Neurology*, 15th ed. Lange Medical Publication, Maruzen Company Limited, Tokyo.
- Department of Air Force 1968 *Physiology of Flight*, AFP 161 - 16, Washington, D.C.
- Harishanu, Y., *et al.* External carotid occlusive disease as a cause of facial pain. *J. Neurol, Neurosurg. & Psych.* 37 (8); 963-5.
- Haymaker, Webb 1956 *Bing's Local Diagnosis in Neurological Diseases*, 14th ed. C.V. Mosby Co., London.
- Ibrahim Nuhriawangsa 1971 Management Bell's palsy di RSU Sala. *Pertemuan Tahunan I PNPnCh*, Surabaya.
- Mahar Mardjono & Sidharta, P. 1971 *Neurologi Dasar*. PT Dian Rakyat, Jakarta.
- Merritt, H. Houston 1973 *Textbook of Neurology*, 5th ed. Press of Igaku Shoin, Tokyo.
- Sjarifudin, *et al.* 1973 Pemeriksaan diagnostik fungsi n.facialis & presentasi 1 kasus dengan *traumatic facialis palsy*. Konggres Nasional III PERHATI, Yogyakarta.
- _____, 1973 Dekompresi facialis. *Konggres Nasional III PERHATI*, Yogyakarta.
- _____, 1974 *Bilateral Bell's palsy*. *M. Ked. Indon.* 9 — 10 : 447-9.
- Tanumihardja 1974 Peripheral facial palsy in Ujung Pandang with specific reference to Bell's palsy. *M. Ked. Indon.* 9 — 10 : 437-43.
- Weschler, Israel S. 1963 *Clinical Neurology*, 9th ed. W.B. Saunders Company, Philadelphia.