



## EDITORIAL

### Prognosis Epilepsi Lobus Temporalis pada Kanak-kanak

Bagaimana masa depan kanak-kanak dengan epilepsi lobus temporalis? Faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi prognosisnya? Pertanyaan-pertanyaan tsb. telah dijawab dalam suatu seri penyelidikan, penyelidikan yang hebat bukan hanya karena analisisnya yang tajam, tetapi juga karena lama dan lengkapnya follow-up. Tak satu pun dari 100 anak-anak, yang kini telah dewasa, lepas dari follow-up. Mereka yang masih hidup, yang merupakan mayoritas, diselidiki dengan seksama 13 tahun kemudian.

Ke seratus anak dalam penyelidikan di Oxford ini telah diteliti oleh dua dokter dan dipastikan mereka menderita epilepsi lobus temporalis; pada EEG ditemukan "spikes" pada daerah temporal satu sisi atau kedua sisi. Beberapa kasus apa yang disebut "epilepsi fokal benigna masa kanak-kanak", yang waktu itu belum dianggap sebagai penyakit tersendiri, mungkin masuk juga dalam sampel tsb., namun kelompok Oxford ini yakin bahwa populasi itu tidak termasuk kasus-kasus sinkop konvulsif atau serangan reflex anoksia.

Kalau kita anggap populasi anak tsb. cukup representatif untuk epilepsi lobus temporalis, beberapa faktor prognostik muncul dengan nyata, dan dari sini timbul petunjuk untuk pengelolaan yang optimum. Dari 100 anak tsb. lima meninggal sebelum usia 15 tahun. Sekitar sepertiga sisanya menjadi dewasa bebas dari serangan dan tidak-tergantung; sepertiga lainnya secara sosial tidak-tergantung tapi terus memakan obat anti-konvulsan ("epileptik"); dan sisanya hidup tergantung, bersama orang tua mereka atau tinggal dalam institusi-institusi. Prognosis sosial dapat diramalkan dari faktor-faktor pada masa kanak-kanak. Ada delapan faktor pemburuk: IQ di bawah 90, mula serangan sebelum usia 2 tahun 4 bulan, lima atau lebih serangan grand-mal (di samping serangan epilepsi lobus temporalis), frekuensi serangan satu kali per hari atau lebih sering, fokus di sebelah kiri pada EEG, sindroma hiperkinetik, episode-episode marah merusak, dan kebutuhan akan sekolah khusus. Semua, kecuali satu, anak yang bebas serangan pada masa dewasanya bersekolah pada sekolah biasa.

Rumah tangga yang retak (termasuk keretakan yang ekstrim) tidak mempengaruhi outcome, namun faktor genetik mempengaruhi. Adanya sanak keluarga yang menderita febrile convulsion menetralkan pengaruh buruk ke delapan faktor di atas. Kalau dalam riwayat keluarga tidak ditemukan febrile convulsion, prognosis sosial masa dewasa berkaitan dengan jumlah faktor pemburuk di atas. Bila ada lebih dari tiga faktor semasa kanak-kanak, pada masa dewasa ia akan tergantung dan menderita epilepsi secara kontinu.

Aspek lain dalam prognosis ialah jenis kelamin. Tiadanya sifat jantan pada lelaki — suatu sikap acuh-tak acuh atau tiadanya sama sekali bentuk dorongan seksual — berkaitan dengan satu faktor saja: yaitu apakah epilepsi telah sembuh sebelum usia 12 tahun. Epilepsi lobus temporalis yang menetap sampai masa remaja berhubungan dengan tiadanya perkembangan nafsu seksual pada anak laki-laki.

Analisa mengenai prognosis psikiatrik lebih menggembirakan. Meskipun 85% anak-anak dengan epilepsi lobus temporalis mempunyai masalah psikiatrik, setelah dewasa 70% dari mereka yang tidak amat terbelakang, secara psikiatrik sehat. Sepuluh persen yang terkena psikosis-menyerupai-skizofrenia semua mempunyai fokus pada sebelah kiri lobus temporalis. Perilaku antisosial etiologinya lebih kompleks — seks laki-laki, suatu fokus yang kontralateral terhadap tangan yang dominan, epilepsi yang tidak remiten, inteligensi yang rendah, dan kemarahan-kemarahan masa anak-anak ternyata merupakan kombinasi yang membahayakan.

Apa arti penemuan-penemuan tsb. untuk dokter-dokter yang berpraktek? Ini berarti prognosis masa dewasa dapat ditentukan pada masa anak-anak, dan di samping itu juga menunjukkan cara memperbaiki prognosis itu. Pertama, pencegahan amat penting. Konvulsi akibat meningitis adalah penyebab banyak dari kasus epilepsi lobus temporalis: serangan-serangan yang terjadi selama meningitis telah lama diketahui memperburuk prognosis, tapi pencegahan dengan pengobatan antikonvulsan yang adekuat sebelum serangan pertama semestinya dilakukan di seluruh dunia. Febrile convulsion-satu-sisi yang berlangsung lama belum dapat dicegah, karena sebagian besar merupakan yang pertama kali dalam kehidupan anak itu, tapi pelayanan darurat harus diusahakan agar dalam setengah jam konvulsi dapat diakhiri.

Setelah anak lebih besar, masalah diagnosis penting sekali. Pasien dengan sinkop konvulsif, yang dapat dikonfirmasi dengan penyelidikan kompresi mata, tidak mengherankan kalau tidak mempan dengan obat anti-epilepsi; dan epilepsi fokal benigna pada anak-anak (dengan serangan malam hari di mana anak mengeluarkan bunyi berceguk-ceguk, mengeluarkan saliva, satu sisi muka berkerut-kerut, merasa lidahnya terlalu besar untuk mulutnya, dan tak dapat berbicara) selalu hilang pada masa remaja, meskipun pada EEG ditemukan banyak sekali "spikes". Spikes ini muncul dari strip Rolandik, dan sering salah dianggap midtemporal. Setelah serangan berhenti, spikes ini juga hilang.

Selama masa kanak-kanak obat terpilih untuk epilepsi lobus temporalis ialah carbamazepin, tapi valproat, fenitoin, atau diit ketogenik boleh dicoba, dan seringnya kombinasi obat-obat akhirnya digunakan. Pengobatan berlebihan dengan obat antiepilepsi mungkin bahkan menyebabkan serangan

terus menetap. Berapa pun frekuensi serangan, anak harus bersekolah di sekolah biasa kalau para pengajar bersedia menerimanya.

Ketika mendekati masa remaja, keputusan pengelolaan dapat dibuat berdasarkan hasil penyelidikan Oxford ini. Kalau seorang remaja telah lima tahun tak pernah menderita serangan, atau hanya mempunyai tak lebih dari 3 faktor pemburuk yang disebut di atas, atau mempunyai keluarga tingkat I dengan febrile convulsion, maka perlahan-lahan obat antikonvulsannya harus dikurangi dan distop, dianjurkan di bawah pengawasan rumah sakit. Kalau serangan tetap ada, apalagi kalau anak itu laki-laki dengan 3 atau lebih faktor pemburuk, dan tidak ada keluarga tingkat I yang menderita febrile convulsion, maka lobektomi temporal pada rumah sakit yang berpengalaman patut sekali dipertimbangkan. Anak-anak tsb. tampaknya tak mungkin sembuh spontan. Bila operasi itu dimaksudkan agar mereka secara sosial dan seksual dapat kembali normal tanpa serangan lebih lanjut dan obat-obatan, penentuan waktu yang tepat sangat penting: operasi tak boleh ditunda sampai saat permulaan masa remaja/adolesensi.

Br Med J 1980; 280 : 812

## Keadaan Sadar selama Anestesi Umum.

Sementara konsentrasi obat anestesi dalam otak meningkat pasien mula-mula kehilangan beberapa rasa, termasuk nyeri; kemudian tak sadar, tidak dapat mengingat apa yang terjadi. Pada konsentrasi yang lebih tinggi relaksasi otot terjadi dan pembedahan menjadi mudah. Jadi, bila hanya obat anestesi yang dipakai dan kondisi-kondisi telah sesuai untuk operasi, pasien tidak mungkin sadar apa yang sedang terjadi. Obat-obat penghambat neuromuskuler telah mengubah ini, karena pasien dapat mengalami paralisis dan pembedahan berlangsung sementara konsentrasi zat anestesi tidak mencukupi untuk menghasilkan ketidaksadaran atau bahkan analgesia. Kombinasi penghambatan neuromuskuler dan anestesi ringan terkenal karena menyebabkan beberapa pasien sadar apa yang sedang terjadi — dan beberapa pasien menderita rasa nyeri. Waters telah membicarakan berbagai faktor dalam teknik anestesi yang dapat menyebabkan hal tsb.

Keadaan sadar paling sering dilaporkan terjadi sementara anestesi umum pada kasus-kasus obstetri. Di sini ahli anestesi menghadapi dua masalah. Pertama, dia harus menganestesi si ibu dan, kedua, ia harus menghasilkan depresi yang paling minim pada bayi, yang mungkin telah dalam keadaan gawat. Tambahan anestesi dan obat-obat opiat yang melintasi plasenta akan mendepresi pernafasan dan sirkulasi lebih jauh lagi. Pada

operasi caesar dengan anestesi umum, keadaan sadar dilaporkan terjadi pada 1 dari 12 kasus bila hanya nitrogen oksida yang dipakai untuk mempertahankan anestesi; insidensi menjadi satu dalam 50 atau lebih sedikit bila nitrogen oksida ditambah dengan halotan, metoksifluran, trikhloretilen, atau enfluran. Suplementasi itu tampaknya tidak menambah risiko pada bayi, dan meskipun terjadi depresi pernafasan, ini dapat diatasi dengan cara-cara resusitasi bayi yang lazim; depresi hanya sebentar saja. Namun ahli anestesi harus menimbang kedua risiko tsb.

Dua makalah (paper) menggambarkan tehnik yang memungkinkan ahli anestesi menentukan apakah seseorang masih sadar selama anestesi atau apakah tehnik tertentu cenderung menyebabkan anestesi terlalu dangkal. Tunstall telah menggambarkan tehnik isolasi-lengan untuk menentukan kesadaran selama pembedahan. Setelah induksi anestesi, namun sebelum suxametonium diberikan, bebat sfigmomanometer dipompa sampai 250 mm Hg pada satu lengan dan dipertahankan pada tekanan tsb. Tangan pasien itu digenggam oleh ahli anestesi dan pasien diminta mempererat genggamannya kemudian mengendorkannya. Kalau pasien mengikuti perintah itu pasien dianggap masih sadar. Dengan memakai suxametonium sebagai obat penghambat neuromuskuler, dia menemukan beberapa pasien yang sadar selama operasi meskipun tak ada yang ingat akan pengalamannya setelah operasi. Sistem yang hampir sama, gerakan tangan terhadap perintah, dengan mengisolasi lengan, dipakai oleh Campbell dkk. dalam penyelidikan tubokurarin.

Kalau obat penghambat neuromuskuler yang dipakai bersifat long-acting, bebat sfigmomanometer harus tetap dikembangkan, karena sirkulasi obat yang sedikit saja dapat mempengaruhi gerakan otot lengan.

Cormack telah mengembangkan tehnik penyaringan yang memungkinkan ahli anestesi menentukan pada akhir operasi apakah pasien dalam risiko sadar. Setelah ahli anestesi mengantagonisasi obat penghambat neuromuskuler, dia menutup aliran nitrogen oksida dan setiap 15 detik menyuruh pasien membuka mulutnya. Bila pasien menuruti perintah itu dalam 15 detik, Cormack menganggap bahwa konsentrasi nitrogen oksida dalam otak tidak mencukupi dan ada risiko untuk sadar. Bagaimana manfaat metoda ini dalam prakteknya masih harus dilihat.

Kesadaran adalah komplikasi yang tidak dikehendaki pada anestesi umum, namun pengenalannya pada pasien yang telah paralisis sulit. Ahli anestesi harus berhati-hati untuk memastikan pasiennya tidak sadar dengan tehnik yang benar dalam memberikan obat; bila anestesi harus seminim mungkin, metoda Tunstall seperti tersebut di atas pantas digunakan.

Br Med J 1980 ; 280 : 811

# Polip-polip Kolon: perkembangan & penanganannya

Familial polyposis yang telah lama serta kolitis ulseratif kronik kedua-duanya mempredisposisi kanker usus besar; namun kebanyakan kasus kanker muncul dari berbagai polip pada kolon dan rektum sehingga dikenal urutan polip + kanker. Ahli bedah perlu mampu membedakan berbagai macam polip tersebut dan mengenal serta menangani polip yang cenderung berkembang menjadi kanker.

Polip-anak-muda (juvenile polyps) terutama didapatkan pada anak-anak dan tidak ada bukti bahwa ini dapat menjadi ganas. Polip metaplastik atau hiperplastik sering dijumpai, khususnya di rektum, didapatkan makin sering dengan meningkatnya umur, ditemukan pada 95% rektum yang dibuang karena karsinoma; namun demikian, polip ini diperkirakan juga tidak bersifat prekanker. Polip kolon yang ditemukan pada pasien-pasien dengan sindroma Peutz-Jeghers sedikit atau tidak mempunyai kecenderungan menjadi karsinoma. Semua polip itu bersifat inflamatori, hamartomatik atau alergik dan bukan benar-benar neoplastik.

Adenoma kolon adalah jenis polip yang paling sering diketemukan (setelah polip metaplastik rektum) dan diklasifikasikan sebagai tubular, villous, atau tubulovillous. Tipe tubular jauh lebih sering ditemukan (75%) daripada tumor vinous. Polip ini mungkin tampak licin, berlobulasi, kasar, sessile (melekat pada dasar), atau berpedunkulasi. Kebanyakan adenoma villous terjadi pada rektum, dan 85% menyebabkan gejala — perdarahan, pengeluaran lendir, dan diare cair — dan sering juga intusupsi. Beberapa tumor vinous mengekskresi kalium dan natrium klorida dalam jumlah besar dalam lendir yang dikeluarkannya, menyebabkan hipokalemia, hipokloremia, dan kegagalan sirkulasi darah perifer. Insidensi karsinoma invasif pada tumor ini dikatakan berkisar antara 20% dan 40%, terutama pada tumor yang besar; tapi dalam penyelidikan baru-baru ini di Rumah Sakit Umum Birmingham, insidensinya hanya 11%. Pengobatan adenoma villous sebaiknya ialah eksisi lokal dengan pengobatan lanjutan direncanakan setelah pemeriksaan histologi konvensional — bukan dengan potong beku (frozen section).

Sekitar sepertiga dari semua kolon yang direseksi karena karsinoma mempunyai adenoma juga. Adenoma ini cenderung lebih sering diketemukan dekat karsinoma, dan pasien dengan adenoma mempunyai risiko mempunyai lebih dari satu karsinoma — yang muncul pada waktu berlainan. Pasien yang ditemukan mempunyai adenoma dengan suatu fokus karsinoma mempunyai risiko tinggi, sampai 20%, mengidap kanker baru pada waktu yang bersamaan atau kemudian. Sebagian besar adenoma yang mengandung karsinoma fokal ditemukan pada pasien tua, dan kebanyakan pada kolon sigmoid dan rektum. Risiko kanker berubah sesuai dengan ukuran polip, tipe histologinya, dan tingkat displasia. Risiko kanker rendah untuk tumor dengan diameter 1 cm, namun meningkat sampai 50% bila ukurannya 2 cm atau lebih.

Bilamana polip adenomatik dapat terlihat melalui sigmoidoskopi mereka harus dibuang dengan eksisi diatermi. Pengguna

an kolonoskop lentur (fleksibel) memungkinkan pembuangan polip yang tidak tercapai oleh sigmoidoskopi tanpa perlu melakukan laparotomi. Tumor yang lebih kecil dari 5 cm dan letaknya tinggi di kolon boleh ditinggalkan dengan cukup aman bila pasien di-follow-up dengan cermat.

Laporan dari New York baru-baru ini menyajikan pengalaman dengan 7000 polip yang dibuang dengan endoskopi dari rektum dan kolon. Setelah menganalisis hasil dengan 5786 polip neoplastik atau adenomatik, penulis-penulis menganjurkan eksisi endoskopi dilakukan secara rutin pada semua polip kolon-rektum. Adanya lebih dari 100 adenoma dalam kolon dipandang sebagai kasus poliposis multiple; penyakit ini diturunkan secara Mendelian dominant dan harus ditangani dengan kolektomi total dan ileorektal anastomosis. Pemeriksaan follow-up teratur terhadap rektum diperlukan pada setiap polip yang dibuang dengan fulgurasi.

Meskipun tidak semua polip adenomatik menjadi ganas, setiap kesempatan harus diambil untuk membuang mereka, khususnya bila lebih besar dari 2 cm. Karena lebih besar, dan displasia epitel lebih sering, adenoma vinous mempunyai potensi lebih besar menjadi ganas daripada yang tubular. Hampir dapat dipastikan semua karsinoma kolon-rektum berkembang dari polip adenoma yang telah ada. Rata-rata urutan polip + kanker memakan waktu 10 - 15 tahun, namun interval ini boleh jadi secepat 5 tahun atau selama 25 tahun.

Br Med J 1980; 280: 257-8

## **ANDA MEMBUTUHKAN CDK NOMOR-NOMOR LAMA ?**

Dalam gudang kami ternyata masih terdapat persediaan majalah CDK nomor-nomor lalu, yaitu :

CDK No.5 masalah Psikosomatik  
CDK No.7 masalah Gastrointestinal Traktus  
CDK No.10 masalah Pengendalian Kesuburan  
CDK No.12 masalah Kedokteran Olah Raga  
CDK No.13 masalah Penyakit Mata  
CDK No.15 masalah Penyakit Hati  
CDK No.16 masalah Penyakit Saraf  
CDK No.17 masalah Penyakit Saraf  
(sambungan)

Para dokter serta instansi kesehatan yang belum memiliki dan berminat memilikinya dapat langsung menulis surat pada kami. Perlu kami beritahukan bahwa **kami hanya melayani permintaan lewat surat**, selama persediaan masih ada. Harap disebutkan nomor yang diminta.

**Redaksi**