

Pengenalan Gejala Klinis Tumor Otak

Dr. A. Chalim Ms

Departemen Neurologi RSPAD Gatot Soebroto, Jakarta

PENDAHULUAN

Selama tahun 1988–1990 tereatat sejumlah 112 penderita tumor otak berbagai jenis yang dirawat di RSPAD Gatot Soebroto Jakarta. Sebagian dari penderita tumor otak tersebut memang path mulanya ditemukan di klinik Neurologi karena umumnya menunjukkan gejala-gejala yang sifatnya neurologis.

Di kalangan medis pada umumnya sudah dikenal trias gejala tumor otak yaitu nyeri kepala, muntah dan ditemukannya edema papil pada pemeriksaan fundus. Tetapi sebenarnya gejala klinis tumor otak sering tidak sejelas itu, apalagi pada fase dini. Tumor otak bisa memberikan gejala klinis beragam tergantung kepada lokasi dan ukurannya. Gejala itu bisa khas, tapi bisa pula kabur, sehingga bila kita tidak waspada bisa terkecoh dengan dugaan yang keliru.

Tulisan ini dimaksudkan agar kita bisa mengenali gejala tumor otak secara lebih dini dengan penekanan pada gejala spesifiknya, khususnya berkaitan dengan lokasi tumornya.

GEJALA TUMOR OTAK

Tumor otak bisa mengenai segala usia, tapi umumnya pada usia dewasa muda atau pertengahan, jarang di bawah usia 10 tahun atau di atas 70 tahun. Sebagian ahli menyatakan insidens pada laki-laki lebih banyak dibanding wanita, tapi sebagian lagi menyatakan tak ada perbedaan insidens antara pria dan wanita.

Gejala umum yang terjadi disebabkan karena gangguan fungsi serebral akibat edema otak dan tekanan intrakranial yang meningkat. Gejala spesifik terjadi akibat destruksi dan kompresi jaringan saraf, bisa berupa nyeri kepala, muntah, kejang, penurunan kesadaran, gangguan mental, gangguan visual dan sebagainya. Edema papil dan defisit neurologis lain biasanya ditemukan pada stadium yang lebih lanjut.

Nyeri Kepala (Headache)

Nyeri kepala biasanya terlokalisir, tapi bisa juga menyeluruh. Biasanya muncul pada pagi hari setelah bangun tidur dan berlangsung beberapa waktu, datang pergi (rekuren) dengan interval tak teratur beberapa menit sampai beberapa jam. Serangan semakin lama semakin sering dengan interval semakin pendek. Nyeri kepala ini bertambah hebat pada waktu penderita batuk, bersin atau mengejan (misalnya waktu buang air besar atau koitus). Nyeri kepala juga bertambah berat waktu posisi berbaring, dan berkurang bila duduk.

Penyebab nyeri kepala ini diduga akibat tarikan (traksi) pada *pain sensitive structure* seperti dura, pembuluh darah atau serabut saraf.

Nyeri kepala merupakan gejala permulaan dari tumor otak yang berlokasi di daerah lobus oksipitalis.

Muntah

Lebih jarang dibanding dengan nyeri kepala. Muntah biasanya proyektil (menyemprot) tanpa didahului rasa mual, dan jarang terjadi tanpa disertai nyeri kepala.

Edema Papil

Keadaan ini bisa terlihat dengan pemeriksaan funduskopi menggunakan oftalmoskop. Gambarnya berupa kaburnya batas papil, warna papil berubah menjadi lebih kemerahan dan pucat, pembuluh darah melebar atau kadang-kadang tampak terputus-putus. Untuk mengetahui gambaran edema papil seharusnya kita sudah mengetahui gambaran papil normal terlebih dahulu. Penyebab edema papil ini masih diperdebatkan, tapi diduga akibat penekanan terhadap vena sentralis retinae. Biasanya terjadi bila tumor yang lokasi atau pembesarannya menekan jalan aliran likuor sehingga mengakibatkan bendungan dan terjadi hidro-

sefalus interim.

Kejang

Ini terjadi bila tumor berada di hemisfer serebri serta merangsang korteks motorik. Kejang yang sifatnya lokal sukar dibedakan dengan kejang akibat lesi otak lainnya, sedang kejang yang sifatnya umum/general sukar dibedakan dengan kejang karna epilepsi. Tapi bila kejang terjadi pertama kali pada usia dekade III dari kehidupan harus diwaspadai kemungkinan adanya tumor otak.

GEJALA TUMOR OTAK BERDASAR LOKASI

Tumor di lobus frontalis daerah prefrontal bisa memberikan gejala gangguan mental sebelum munculnya gejala lainnya, berupa perubahan perasaan, kepribadian dan tingkah laku serta penderita merasakan perasaan selalu senang (euforia); jadi menyerupai gejala psikiatris. Makin besar tumornya, gejala gangguan mental ini semakin nyata dan kompleks. Afasia motorik (gangguan bicara bahasa berupa hilangnya kemampuan mengutarakan maksud) bisa terjadi bila tumor mengenai daerah area Broca yang terletak di belahan kiri belakang. Reflek memegang (*grasp reflex*) juga khas untuk tumor di lobus frontalis ini. Pada stadium yang lebih lanjut bisa terjadi gangguan pembauan (anosmia), gangguan visual, gangguan keseimbangan dalam berjalan, gangguan bola mata karena kelumpuhan sarafnya serta edema papil.

Tumor di daerah presentral bisa menimbulkan gejala kejang fokal pada sisi kontralateral. Kelumpuhan motorik timbul bila terjadi destruksi atau penekanan oleh tumor terhadap jalur kortikospinal.

Tumor di kelenjar hipofisis akan memberikan gejala sesuai dengan sel kelenjar endokrin yang terkena. Adenoma eosinofil pada anak akan menyebabkan pertumbuhan raksasa, sehingga lebih besar dan tinggi dibanding anak seumurnya. Sedang pada orang dewasa akan menyebabkan pembesaran tangan, kaki, jari-jari, mandibula, penebalan kulit dan lidah (akromegali). Adenoma basofil menyebabkan penimbunan lemak di daerah wajah, bahu, abdomen disertai pengecilan alat genital (distrofia adiposogenitalis). Adenoma khromofob menyebabkan bertambahnya berat badan dan menurunnya libido.

Tumor lobus temporalis bila berada di daerah unkus akan menimbulkan gejala halusinasi pembauan dan pengecap (*uncinate fits*) disertai gerakan-gerakan bibir dan lidah (mengecap-gecap). Bila lesinya destruktif akan menimbulkan gangguan pembauan dan pengecap walau tidak sampai total. Tumor di lobus temporal bagian media bisa menimbulkan gejala "seperti pernah mengalami kejadian semacam ini sebelumnya" (*deja vu*). Bisa juga terjadi gangguan kesadaran sesaat (misalnya selagi penderita berjalan kaki) tapi tidak sampai terjatuh. Gangguan emosi berupa rasa takut/panik bisa juga muncul. Berkurangnya pendengaran bisa terjadi pada tumor yang mengenai korteks di bagian belakang lobus temporal. Tumor di hemisfer dominan bagian belakang (area Wernicke) menimbulkan gejala afasia sensoris, yaitu kehilangan kemampuan memahami maksud pembicaraan orang lain. Tumor yang berkembang lebih lanjut

akan melibatkan jalur kortikospinal sehingga menyebabkan kelumpuhan anggota badan sisi kontralateral. Bisa juga terjadi herniasi dan menekan batang otak sehingga menyebabkan gangguan pada beberapa saraf kranial, misalnya terjadi dilatasi pupil sisi yang menetap atau menghilangkan reflek kornea.

Tumor di lobus parietalis pada umumnya akan memberikan gejala pelbagai bentuk gangguan sensoris. Lesi iritatif bisa menimbulkan gejala parestesi (rasa tebal, kesemutan atau seperti terkena aliran listrik) di satu lokasi, yang kemudian bisa menyebar ke lokasi lainnya. Lesi destruktif akan menyebabkan hilangnya berbagai bentuk sensasi, tapi jarang anestesi total. Gangguan diskriminasi terhadap rangsang taktil, astereognosis (tak bisa mengenali bentuk benda yang ditaruh di tangan) merupakan bentuk-bentuk gejala yang sering timbul. Tumor yang tumbuh ke arah lebih dalam bisa menimbulkan gejala hiperestesi, seperti merasakan rangsang yang berlebih padahal rangsang yang sebenarnya terjadi hanya ringan. Atau bisa juga mengenai jalur optik (*radiatio optica*) sehingga timbul gangguan penglihatan sebagian.

Tumor pada girus angularis kiri bisa menimbulkan gejala yang disebut aleksia (kehilangan kemampuan memahami kata-kata tertulis). Sedang pada yang kanan menyebabkan gejala berupa gangguan dalam menyadari adanya sisi sebelah dari tubuh.

Tumor di lobus oksipitalis memberikan gejala awal terutama nyeri kepala. Gejala khas yang muncul yaitu defek lapangan penglihatan sebagian. Lesi di hemisfer dominan bisa menimbulkan gejala tidak mengenal benda yang dilihat (*visual object agnosia*) dan kadang-kadang tidak mengenal warna (agnosia warna), juga tidak mengenal wajah orang lain (prosopagnosia).

Tumor di daerah mesensefalon sering menekan jalur supra nuklear dari nukleus n. III & IV sehingga menimbulkan gangguan konyugasi bola mata. Juga terjadi dilatasi pupil sebelah mata (anisokori) yang bereaksi negatif terhadap rangsang cahaya. Tremor, nistagmus dan ataksia bisa terjadi bila jalur ke serebelum ikut terlibat, demikian juga spastisitas anggota badan karena terlibatnya jalur kortikospinal. Penekanan terhadap jalur aliran likuor menimbulkan hidrosefalus sehingga nyeri kepala kemudian edema papil timbul.

Tumor di daerah pons dan medula oblongata biasanya menimbulkan gejala fokal permulaan berupa paresis n. VI unilateral sehingga bola mata tidak bisa melirik ke sisi lesi, disertai diplopia (melihat double). Nyeri kepala dan pusing (vertigo) yang diperberat oleh rotasi kepala juga merupakan gejala yang umum terjadi. Mengingat daerah ini merupakan tempat beradanya Beberapa inti saraf kranial, maka akan timbul pula beberapa gejala akibat disfungsi saraf kranial tersebut. Hemiparesis alternans merupakan salah satu ciri lesi di daerah ini.

Tumor di serebellum biasanya menyerang anak-anak. Gejala yang menonjol pada fase awal berupa kenaikan tekanan intrakranial akibat penekanan jalan likuor sehingga terjadi hidrosefalus. Biasanya terjadi pula gangguan keseimbangan

dalam berdiri dan berjalan. Ini bisa diperiksa dengan menyuruh penderita berdiri sambil menutup mata, penderita akan goyang (test Romberg). Tumor serebelum di daerah lateral (hemisfer) lebih menonjolkan gejala nistagmus yang nyata ke arah sisi lesi, sedang bila tumor di daerah median tidak menunjukkan nistagmus yang jelas. Juga ataksia lebih menonjol pada anggota badan sebelah sisi lesi.

PENUTUP

Dengan dikemukakannya berbagai gejala tumor otak diharapkan setidaknya-tidaknya kita menjadi lebih waspada akan kemungkinan adanya tumor di dalam otak. Untuk konfirmasi diagnostik lebih lanjut tentu dibutuhkan berbagai alat bantu diagnostik seperti EEG, CT Scan atau MRI.

Masih banyak gejala klinis tumor otak lain yang sangat kompleks, yang secara keseluruhan belum mungkin untuk dibicarakan satu persatu dalam kesempatan ini. Beberapa bagian

lokasi otak di mana tumor otak bisa bersarang belum dibicarakan gejala-gejalanya. Untuk lebih memperdalam gejala-gejala tumor otak yang kompleks tersebut, dianjurkan untuk menelaah kembali sumber-sumber kepustakaan yang ada.

KEPUSTAKAAN

1. Chusid JG. Correlative Neuroanatomy and Functional Neurology 17th.ed. California : Lange Med Publ, 1979.
2. De Jong RN. Neurologic Examination. 4th.cd. Hagerstown : I larper & Row Publ, 1979.
3. Kennard C, Clifford RF. Physiological Aspects of Clinical Neuro-Ophthalmology, Year Book Medical Publisher, Inc., 1988.
4. Markam S. Neurologi Praktis. Jakarta : Kalman Book Service, 1975.
5. Merrit IIII. A Textbook of Neurology. 6th.ed. Philadelphia : Lca & Febigr, 1979.
6. Walton SJ. Brain's Diseases of the Nervous System. 9th.ed. Oxford University Press, 1985.
7. Referat co-assisten Dep. Neurologi RSPAD Gatot Soebroto.

