

# Sindrom Hemolitik Uremia

## - laporan kasus

Dr M. Nuchsan Umar Lubis DSA  
*Belgian Anak Rumah Sakit Umum Langsa, Aceh Timur*

### PENDAHULUAN

Sindrom Hemolitik Uremia (SHU) adalah penyakit akut dengan ditandai gejala anemia hemolitik mikroangiopatik, trombositopeni dan gagal ginjal akut<sup>(1)</sup>. Timbul pada semua usia, tetapi lazimnya pada usia anak-anak, khususnya pada usia pra-sekolah<sup>(2)</sup>. Sindrom ini di negara barat merupakan penyebab utama kegagalan ginjal akut pada bayi dan anak<sup>(3)</sup>.

### TINJAUAN PUSTAKA

Secara epidemiologik terdapat 3 tipe SHU yang secara klinis berbeda meskipun secara patologi mempunyai karakteristik yang sama<sup>(4)</sup>.

#### 1) Purpura Thrombotik Trombositopenik

Dapat mengenai segala umur, terutama wanita 10–50 tahun, dan jarang terjadi.

Tanda karakteristik yang menonjol: demam, trombositopeni, gangguan neurologik, gagal ginjal akut dan anemia hemolitik mikroangiopatik.

#### 2) Sindrom Hemolitik Uremia pada anak (SHU anak)

Di negara maju, SHU anak merupakan penyebab terbanyak (40% dari Gagal Ginjal Akut internal pada usia 0–4 tahun. Sedang serangan dapat bersifat endemik maupun non endemik.

#### 3) Sindrom Hemolitik Uremia pada orang dewasa (SITU dewasa)

SHU dewasa merupakan tipe SHU yang tidak banyak dijumpai, biasanya tidak bersifat sporadik. Gambaran klinik mirip SHU anak.

### ETIOLOGI

Diduga penyebab SHU adalah infeksi bakteri spesifik, misalnya infeksi demam tifoid dan shigella (terutama pada daerah endemi).

Di samping itu dapat juga disebabkan virus, riketsia, imunologik; dan idiopatik<sup>(5)</sup>.

### GAMBARAN KLINIS DAN LABORATORIUM

#### 1) Fase prodromal

Penderita tampak sehat dengan gizi baik. Umumnya gejala

ringan demam, lesu, muntah, diare. Gejala yang paling menonjol dan hampir selalu terjadi adalah gastroenteritis<sup>(6)</sup>.

#### 2) Fase akut

Gejala penderita bertambah berat dengan adanya<sup>(3)</sup> :

- Oliguri, hipertensi, edema, hematuri.
- Anemia hemolitik.
- Trombositopeni.

### PENATALAKSANAAN SHU

Pemantauan berupa evaluasi gagal ginjal akut dan kelainan hematologi, serta elektrolit<sup>(4)</sup>.

#### 1) Terapi suportif terhadap anemia

Penyebab anemia dalam hal ini hemolisis dan perdarahan, *packed red cell* (PRC) dapat diberikan bila Hb kurang dari 20% atau apabila ada gejala klinis akibat anemia, PRC diberikan perlahan-lahan 10 ml KgBB atau 6 X BB X Hb yang diinginkan. Transfusi trombosit jarang diperlukan karena dapat menyebabkan sumbatan di dalam pembuluh darah ginjal.

#### 2) Terapi terhadap infeksi

Infeksi dapat terjadi mendahului SHU, dan penggunaan antibiotik harus tepat dan tidak nefrotoksik.

#### 3) Terapi terhadap hipertensi

Hipertensi terjadi terutama sebagai reaksi renin angiotensin sehingga obat hipertensi yang dipilih adalah golongan *ACE inhibitor*.

### LAPORAN KASUS

A, perempuan 12 tahun, dirawat untuk pertama kali di bagian Anak RSUD Langsa pada tanggal 25 April 1993 dengan keluhan utama pucat; 3 hari sebelum masuk rumah sakit, penderita menderita demam tinggi dan lemas, 2 hari kemudian muntah-muntah, pusing, buang air kecil dan buang air besar tidak ada keluhan, tidak ada riwayat perdarahan sebelumnya dan tidak ada keluarga yang menderita penyakit seperti pasien ini. Riwayat kehamilan ibu, persalinan ibu dan perkembangan pasien kesan normal.

Pada pemeriksaan fisis didapatkan seorang anak perempuan dengan kesadaran kompos mentis, pucat, tidak sesak, tidak

sianosis, tidak ikterus, Berat badan 25 kg, tinggi badan 135 cm, suhu 37°C. Frekuensi napas 22/menit teratur, frekuensi nadi = frekuensi jantung 120/menit, tekanan darah 120/80 mmHg, jantung dan paru tidak ada kelainan. Perut teraba lemas, tidak nyeri tekan, hati dan limpa tidak teraba; ekstremitas tidak ada kelainan.

Pemeriksaan laboratorium: Hb 6,2 gr/dl, leukosit 8.660/ul, trombosit 86000/ul, golongan darah A, eritrosit 2,52 juta/ul, dan hitung jenis: eosinofil 0%, basofil 0%, neutrofil batang 2%, neutrofil segmen 64%, limfosit 32%, monosit 2%, sedangkan pemeriksaan urine menunjukkan adanya proteinuri (2+) eritrosit 15–20/Ipb dan leukosit 1–3/1pb pada sedimen.

Diagnosis kerja saat itu: Anemia aplastik dan observasi hematuri.

Terapi diberikan transfusi PRC 250 ml.

Sehari kemudian didapati penderita demam tinggi 39,7°C, kelopak mata sedikit membengkak, warna urine air cucian daging. Tekanan darah 120/80 mmHg; pada jantung, paru dan abdomen tidak ada kelainan. Penderita ditangani sebagai glomerulonefritis akut, diberi pengobatan antibiotika dan diuretika serta diet rendah garam.

Tanggal 30 April 1993 dilakukan pemeriksaan laboratorium selanjutnya : Hb 5,2 gr/dl, leukosit 7600/ul, trombosit 76000/ul, ureum 425 mg/dl, kreatinin 16,7 mg/dl, ASTO 200S1/ml. Urine : protein (+), eritrosit 20–35/1pb dan leukosit 4–5/Ipb dalam sedimen.

Diagnosis kerja menjadi anemia hemolitik dan uremia, dengan kemungkinan Sindroma Uremik Hemolitik.

Diberi pengobatan infus cairan D109b/NaCl 0,9% sebanyak 25 ml/kgbb dan PRC 10 ml/kgbb dengan pengawasan atas tanda-

tanda kemungkinan kelebihan cairan. Diet nefritis I 2000 kal, protein 20 g dan rendah garam. Furosemid 5 mg. Keadaan pasien agak membaik, selanjutnya pasien dirujuk kebagian Nefrologi Anak Propinsi.

### ANALISIS KASUS

Penderita diduga menderita anemia aplastik; setelah dilakukan peninjakan selanjutnya terjadi hemolisis darah; ini terlihat setelah ditransfusi terjadi penurunan Hb dan adanya tendensi terjadinya gagal ginjal dilihat dengan meningkatnya kadar ureum. Pada pemeriksaan urine tampak proteinuri, eritrosit, silinder granuler dan pada darah tepi menunjukkan perubahan morfologi dan trombositopeni.

Penyakit SHU merupakan penyakit yang jarang yang membawa keterlambatan dalam diagnosis.

### KEPUSTAKAAN

1. Setiaty Ga TE. Sindroma Hemolitik Uremia. Simposium Nasional Nefrologi Anak V, dan Simposium Nasional Gawat Darurat II, Medan 1992. Hall-1.
2. Tune BM. Tice Heanolitic Uremic Syndrome. In: Lieberman. Clinical Pediatrics Nephrology. Toronto: J.B. Lippincott, 1976. p. 294-300.
3. Royer P, Habib R, Mathieu H, Broyer M. Hemolytic Uremic Syndrome. In Royer. Pediatric Nephrology. Major problem in clinical pediatric, Vol XL Philadelphia-Toronto: W.B. Saunders, 1974. pp. 291-301.
4. Setiaty Ga TE. Sindroma Hemolitik Uremia, Simposium Nasional Nefrologi Anak dan Simposium Nasional Gawat Darurat II, Medan 1992 Hall 5.
5. Bahrum D, Bahar A, Enggar S. Sindrom Uremik Hemolitik. Simposium Nasional Nefrologi Anak, Bandung 1986; Hal. 89-116.
6. Gianantano C. Hemolytic Uremic Syndrome. In: Edelmann. Pediatric Kidney Disease; 1st ed., Vol. 2. Boston: Little Brown 1978. pp. 724-736.

