



Manajemen Pembedahan pada Cedera Medula Spinalis

Eka J Wahjoepramono

Team Bedah Saraf, RS Siloam Lippo Karawaci, Tangerang, Indonesia

PENDAHULUAN

Dalam banyak kasus, dengan pertolongan pertama yang adekuat, cedera medula spinalis tidak mematikan. Meskipun demikian pasien banyak menjadi cacat permanen, kecacatan harus ditekan seminimal mungkin atau pasien diusahakan berakhir dalam kondisi yang "fungsional", artinya masih dapat menjalankan fungsi fisiologisnya seoptimal mungkin (contoh : bisa berjalan walaupun pincang atau perlu alat bantu).

Sesuai dengan fisiologi sistem saraf yang tidak dapat bertahan lama dalam keadaan iskemi, sering diperlukan tindakan pembedahan segera. Tindakan yang sering diperlukan adalah dekompresi, sekaligus dilakukan stabilisasi. Di samping itu pada luka terbuka juga perlu segera dilakukan *debridement*.

DIAGNOSIS

Diagnosis cedera medula spinalis harus meliputi *level* cedera dan total / tidak nya cedera tersebut. Kedua data ini sangat berguna untuk menentukan rencana operasi.

Level cedera dapat ditentukan dari pemeriksaan klinis dan didukung oleh temuan radiologis.

Cedera medula spinalis dianggap tidak total bila masih ditemukan :

1. Adanya fungsi motorik atau sensorik sampai 3 *level* di bawah lesi
2. Adanya fungsi proprioseptik di ekstremitas inferior
3. *Sacral sparing* (refleks sakral), seperti fungsi sensorik sekitar anus, kontraksi sfingter anal dan gerakan ibujari kaki yang disadari.

Pada cedera total tindakan bedah hanya untuk memperbaiki stabilitas susunan tulang belakang.

STABILITAS

Secara sederhana, definisi stabilitas susunan tulang belakang adalah kemampuan tulang belakang untuk mempertahankan posisinya terhadap tekanan/beban fisiologis tanpa mengakibatkan iritasi atau cedera terhadap medula spinalis.

Pada pasien yang dicurigai mengalami cedera tulang belakang, kemungkinan ketidakstabilan tulang belakang perlu diperhatikan pada pemindahan pasien agar tidak menimbulkan beban/deformitas yang berlebihan terhadap tulang belakang yang berisiko mencederai medula spinalis.

KOMPRESI MEDULA SPINALIS

Tulang belakang yang sangat kuat berfungsi melindungi medula spinalis dari trauma langsung. Namun pada trauma hebat, dan kekuatan benturan tidak mampu ditahan maka tulang justru menekan medula spinalis. Tekanan ini dapat berasal dari depan, samping atau belakang.

Tekanan akibat tulang yang patah atau ketidakstabilan susunan tulang belakang ini bisa hanya menimbulkan cedera (kontusio) sampai kompresi menetap medula spinalis.

Sesuai arah cedera, medula spinalis dapat mengalami cedera dan menimbulkan gejala dengan sindrom-sindrom berikut ini :

1. **anterior cord syndrome**, dengan gejala :
 - a. para / tetraplegia
 - b. *dissociated sensory loss* : gangguan rasa nyeri dan raba namun sensasi kinestesi tetap ada
2. **central cord syndrome**, dengan gejala :
 - a. kelemahan anggota gerak atas lebih berat dari anggota gerak bawah

- b. gangguan sensorik bervariasi di bawah *level* lesi
 - c. gejala mielopati
3. **posterior cord syndrome**, dengan gejala : nyeri dan parestesi, jarang ada gangguan motorik
 4. **Brown-Sequard syndrome** : gangguan medula spinalis satu sisi, dengan gejala :
 - a. gangguan motorik pada sisi lesi
 - b. gangguan sensasi nyeri dan temperatur pada kontralateral lesi

Tindakan terapi pada kondisi kompresi ini juga disesuaikan dengan arah trauma. Operasi bisa dilakukan dari arah anterior maupun posterior. Yang paling penting diperhatikan adalah masalah waktu : medula spinalis harus secepatnya dibebaskan dari tekanan. Pada saat yang bersamaan harus pula dilakukan tindakan stabilisasi karena biasanya tindakan dekompresi akan mengganggu stabilitas.

Pada cedera servikal, bila tindakan stabilisasi definitif belum mungkin, traksi leher dapat merupakan pertolongan pertama untuk dekompresi medula spinalis.

PENUTUP

Dalam penanganan cedera medula spinalis, selain terapi medikamentosa, tindakan pembedahan harus dilaksanakan se-segera mungkin untuk menekan kecacatan.

Tindakan pembedahan dapat berupa dekompresi, sekaligus stabilisasi.

DAFTAR PUSTAKA

1. Guidelines for the management of acute cervical spine and spinal cord injuries, *Neurosurgery* 50(3) Suppl.: March 2002
2. Greenberg MS, *Handbook of Neurosurgery*, Fifth Ed., Thieme, New York, 2001.