

Stroke Hemoragik : Perdarahan Intracerebral

Darulkutni Nasution

Bagian Neurologi

Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara, Medan

ABSTRACTS

Stroke, especially intracerebral hemorrhage, is one of the neurologic emergencies cases, but in the management still controversial. Strict indications for the surgical removal of intracerebral hemorrhage by craniotomy are not available. However, there are two indications for acute surgery : 1) a patient with an intracerebral hemorrhage that is located in a superficial location and 2) a hemorrhage into the cerebellum. The role of surgery in intracerebral hemorrhage may be revived by the recent advent of stereotactic techniques to remove intracranial blood.

PENDAHULUAN

Sebenarnya semua jenis *stroke*, baik hemoragik maupun non-hemoragik termasuk gawat darurat neurologi pada fase akut. Memang sebagian penderita dapat dirawat dengan perawatan biasa yaitu istirahat, pemeriksaan laboratorium rutin dan ECG, observasi dan perawatan beberapa hari, fisioterapi dan rehabilitasi, kemudian dipulangkan atau dirawat di rumah. Tetapi untuk sebagian besar memerlukan perawatan intensif pada fase akut, oleh karena sebenarnya *stroke* bukanlah suatu *untreatable disease* seperti disangkakan beberapa dokter, tetapi harus dipahami benar-benar proses penyakit ini, agar dapat dihindari kerusakan jaringan otak yang lebih luas.

Harus diingat bahwa : 1) kerusakan jaringan otak akibat *stroke*, tidaklah langsung menyebabkan kematian neuron, tetapi sering progressivitasnya berlangsung dalam beberapa jam pertama setelah kejadian, sehingga kemungkinan untuk pencegahan dengan pengobatan progressif bisa didapati pada beberapa kasus. 2) jaringan otak sekitar neuron yang mati mengalami gangguan fungsional dapat dipertahankan sehingga dapat berfungsi kembali setelah terjadi penyembuhan. 3) edema serebri dan vasospasme kadang-kadang dapat diatasi dan diobati.

Walaupun belum ada pengobatan yang secara sempurna dapat memperbaiki kerusakan jaringan otak akibat *stroke*, namun pengobatan intensif sedini mungkin, akan memberikan harapan hidup dan penyembuhan yang lebih baik.

Pada kesempatan ini dipilih *stroke* hemoragik, khususnya perdarahan intracerebral (PIS) sebagai topik untuk gawat darurat neurologi, oleh karena belakangan ini sering dipertanyakan oleh para dokter, bahkan keluarga penderita mengenai kemungkinan tindakan operatif pada penderita PIS ini.

PERDARAHAN INTRASEREBRAL

Perdarahan intracerebral umumnya diartikan sebagai perdarahan dalam parenkim otak dengan pembentukan hematoma fokal.

Etiologi

Kebanyakan PIS disebabkan oleh hipertensi, sehingga teori aneurisma Charcot-Bouchard (1868) masih dianut untuk patofisiologi sebagian PIS. Akan tetapi, kira-kira 50% penderita PIS akut tidak mempunyai riwayat hipertensi dan hasil pengobatan yang baik terhadap hipertensi menyebabkan menurunnya prevalensi pada penderita PIS dengan mantap dari

tahun ke tahun, antara 1945 - 1976 dari 98% menjadi 81%, kemudian terus menurun sampai 1987 dari 80% menjadi kira-kira 46%. Oleh karena itu, belakangan ini etiologi PIS dibagi dua yaitu *Hypertensive Intracerebral Hemorrhage* dan *Non-hypertensive Intracerebral Hemorrhage*. Yang termasuk *Non-hypertensive Intracerebral Hemorrhage* adalah *Cerebral amyloid angiopathy* (CAA), pemakaian anti koagulasi/thrombolitik, neoplasma, *drug abuse*, aneurisma/AVM, idiopatik dan lain-lain.

DIAGNOSIS

Diagnosis PIS harus dipertimbangkan jika seorang dengan faktor risiko perdarahan seperti hipertensi, *bleeding diathesis*, pengobatan dengan antikoagulasi atau pemakaian kokain, tiba-tiba mendapat serangan gangguan neurologik fokal selama beberapa menit tanpa didahului tanda-tanda peringatan. Adanya tanda peninggian tekanan intra-kranial seperti sakit kepala, muntah dan penurunan kesadaran akan mendukung diagnosis PIS.

PIS harus dikonfirmasi dengan *neuroimaging* yaitu *head CT Scan*, yang tidak hanya menunjukkan ukuran, lokasi dan tempat hematoma, tetapi juga memberikan informasi tentang perluasan hematoma ke sistem ventrikel, adanya edema sekitar hematoma dan adanya *shift* atauendorongan. Jika tidak ada CT Scan, harus dilakukan pungsi lumbal atau arteriografi serebral untuk alat bantu diagnostik, atau ditunggu sampai keadaan penderita stabil lalu dikirim ke tempat fasilitas *CT Scan*.

PENGOBATAN

Pengobatan pada prinsipnya konservatif, belum ada persesuaian atau indikasi yang tegas mengenai pembedahan pada *stroke* hemoragik.

Tindakan pertama adalah mempertahankan jalan nafas yang baik dan pengobatan terhadap hipertensi jika sangat tinggi, tetapi harus dihindari penurunan yang berlebihan sehingga mengganggu autoregulasi dan perfusi jaringan otak.

Edema otak harus diatasi jika mengakibatkan penurunan kesadaran atau mengancam herniasasi, dianjurkan *forced hyperventilation*, pemberian manitol atau glikserol, sedangkan kortikosteroid tidak dianjurkan oleh karena banyak menimbulkan komplikasi.

Gangguan koagulasi harus dikoreksi, *fresh frozen plasma*, vitamin K, protamine dan transfusi *platelet* dapat diberikan tergantung defisit koagulasinya. Untuk PIS akibat pemakaian streptokinase, urokinase dengan atau tanpa heparin, dapat diberikan protamine dan epsilon-amino-caproic acid, sedangkan untuk warfarin dapat diberikan vitamin K atau *fresh frozen plasma*.

Penggunaan antikonvulsan rutin nampaknya tidak diperlukan, tetapi banyak pasien dengan perdarahan kortikal atau subkortikal diberikan antikonvulsan walaupun tidak kejang.

Belum ada suatu penelitian yang memastikan kelebihan tindakan operatif pada PIS dibandingkan dengan pengobatan konservatif. Dari suatu penelitian yang melibatkan 52 orang penderita PIS yang tidak sadar atau dengan defisit neurologik

yang berat dibagi atas kelompok operatif dan konservatif, ternyata hanya penderita dengan skala koma Glasgow 7 - 10 yang mendapat perbaikan dengan tindakan operatif, tetapi perbaikan fungsi neurologik jelek. Juga terlihat perluasan hematoma ke ventrikel dan penurunan skala koma Glasgow pada kelompok bedah. F. Gotoh dan N. Tanahashi dari Jepang melaporkan dari 500 penderita PIS yang dirawat secara konservatif dibandingkan dengan kasus yang lama dengan tindakan operatif, ternyata tidak ada perbedaan antara kedua kelompok tersebut dan disimpulkan bahwa indikasi tindakan operatif terutama pada kasus yang berat untuk *life saving*. Sampai saat ini secara umum hanya ada 2 indikasi untuk tindakan operatif : 1) PIS dengan lokasi superfisial seperti lobus frontalis, temporalis dan occipitalis jika kondisi klinisnya membahayakan kehidupan untuk *life saving*, 2) perdarahan serebellum dengan ukuran lebih dari 3 cm; karena perjalanan klinisnya sukar diramalkan, harus segera dioperasi sebelum ada tanda-tanda kompresi batang otak yang berat.

Peranan tindakan operatif diharapkan akan lebih baik lagi dengan dikembangkannya belakangan ini teknik stereotaktik dengan tujuan dasar memperkecil invasi bedah.

PROGNOSIS

Secara umum mortalitas 26 - 50%, bertambah jelek pada perdarahan dithalamus dan serebellum dengan diameter lebih dari 3 cm dan perdarahan pontine yang lebih dari 1 cm. Prognosis lebih baik pada perdarahan lobar dengan mortalitas kira-kira 6 - 30%. Jika diukur dengan volume mortalitas kurang dari 10% pada perdarahan yang kurang dari 20 mm³ dan 90% pada perdarahan yang lebih dari 60 mm³.

Gejala neurologis permulaan serangan juga merupakan tanda prognostik penting, mortalitas bertambah jelek pada pasien yang tidak sadar pada *onset* penyakit, perdarahan yang luas dan dalam serta dengan perluasan ke ventrikel. Dilaporkan pula bahwa penderita PIS dengan SKG lebih dari 9, perdarahan kecil dan *pulse pressure* kurang dari 40 mm Hg, kemungkinan *survival* dalam waktu 30 hari adalah 98%, tetapi pasien dengan koma dan perdarahan luas serta *pulse pressure* lebih dari 65 mmHg, kemungkinan *survival* dalam 30 hari adalah 8%.

KEPUSTAKAAN

1. Caplan LR. Intracerebral haemorrhage Lancet 1992; 339 : 656-58.
2. Earnest MP. Emergency Diagnosis and Management of Brain Infarctions and Hemorrhages. in : Earnest MP. Neurologic Emergencies, Churchill Livingstone, 1983.
3. Feldmann E. Intracerebral hemorrhage. Stroke 1991; 22 : 684-91.
4. Gotoh F, Tanahashi N. Emergency Management of Stroke : The Problem Of Acute Cerebral Hemorrhage, World Congress Of Neurology, India, 1989.
5. Kase CS, Mohr JP. General features of intracerebral hemorrhage, in : Bamett HJM, Mohr JP, Stein BM, Yatsu FM (eds) : Stroke, New York : Churchill Livingstone, Inc, 1986, pp 497-523.
6. Marshall J. Should spontaneous cerebral haematomas be evacuated and if so when?. In : Warlow C, Garfield J (eds). Dilemmas in the management of the neurological patient, Churchill Livingstone, London, 1984.