



ARTIKEL RISET

URL artikel: <http://jurnal.fk.umi.ac.id/index.php/umimedicaljournal>

Laporan Kasus Rumah Sakit Ibnu Sina

Mochammad Erwin Rachman^{1*}, Cahyono Kaelan²

^{1,2}Bagian Neurologi Rumah Sakit Ibnu Sina

Email Penulis Korespondensi (*): erwin.rachamn@umi.ac.id

ABSTRAK

Pasien mengeluh kejang berupa sentakan pada tungkai kanan lalu diikuti lengan kanan serta mulut mencong ke kanan, disertai pingsan setiap kali kejang. Pasien juga mengalami kelemahan pada tubuh bagian kanan bersamaan dengan keluhan kejang tersebut. Pemeriksaan fisis neurologi di dapatkan pasien somnolen, fungsi kortikal luhur sulit dinilai, tidak ditemukan tanda rangsang meninges, tonus dan refles fisiologis meningkat pada lengan dan tungkai kanan, serta didapatkan reflex Hoffman-Trommer dan Babinsky pada tubuh sebelah kanan. Hasil pemeriksaan foto polos toraks didapatkan kesan normal. Hasil pemeriksaan CT-Scan tanpa kontras Suspek meningioma 71x49x61 mm di convexitas kiri dengan edem foka l+ Midline struktur shift line ke kanan sekitar 8,7 mm + herniasi cerebri + tanda-tanda peningkatan TIK. Hasil pemeriksaan CT-Scan dengan kontras Meningioma Falx sinistra ukuran 73x71x64 mm dengan edem fokal disekitarnya menyebabkan Midline struktur shift line ke kanan sekitar 11,5 mm + herniasi cerebri + tanda-tanda peningkatan TIK. Sehingga mendukung diagnosa pasien tersebut kearah *Meningioma Falx Cerebri sinistra*. Dengan demikian, kami konsul ke Bedah Saraf untuk dilakukan tindakan removal tumor. Diagnosa meningioma ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisis dan Radiologi. Berdasarkan hasil anamnesis pasien masuk rumah sakit dengan kejang berupa sentakan pada tubuh sebelah kanan yang disertai dengan hemiparese sejak 5 tahun lalu, yang semakin lama semakin memberat, disertai pula dengan perubahan mental berupa apati. Gejala tersebut sesuai dengan gejala klinik pada meningioma seperti halnya pada tumor intrakranial lainnya seperti :muntah hebat, nyeri kepala, perubahan mental atau gejala-gejala fokal seperti kejang-kejang, kelumpuhan atau hemiplegia.

Kata kunci : Neurologi; kejang; CT-Scan

PUBLISHED BY :

Fakultas Kedokteran

Universitas Muslim Indonesia

Address :

Jl. Urip Sumoharjo Km. 5 (Kampus II UMI)

Makassar, Sulawesi Selatan.

Email :

medicaljournal@umi.ac.id

Phone :

+628152332466

Article history :

Received Tanggal Bulan Tahun

Received in revised form Tanggal Bulan Tahun

Accepted Tanggal Bulan Tahun

Available online Tanggal Bulan Tahun

licensed by [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/).



ABSTRACT

The patient complained of convulsions in the form of a jolt on the right leg then followed by the right arm and mouth inclined to the right, accompanied by fainting every time the seizure. Patients also experience weakness in the right part of the body along with complaints of the seizure. Neurological examination found somnolence patients, sublime cortical function is difficult to assess, found no signs of excitatory meninges, increased physiological tone and reflexes in the right arm and leg, and obtained Hoffman-Trommer and Babinsky reflexes on the right body. Plain chest X-ray examination results obtained a normal impression. CT-scan results without contrast Suspended meningioma 71x49x61 mm in left convexity with edema of F + l + Midline shift line structure to the right around 8.7 mm + cerebral herniation + signs of increased ICP. CT-scan results with contrasting Falx Meningioma sinistra size 73x71x64 mm with surrounding focal edema causes Midline to the right shift line structure about 11.5 mm + cerebral herniation + signs of increased ICP. So that supports the diagnosis of these patients towards Meningioma Falx Cerebri sinistra. Thus, we consult the Neurosurgery for tumor removal. The diagnosis of meningioma is based on history, physical examination and radiology. Based on the results of history taking, the patient was hospitalized with convulsions in the form of jerks on the right side accompanied by hemiparesis since 5 years ago, which became increasingly heavy, accompanied by mental changes in the form of apathy. These symptoms are consistent with clinical symptoms in meningiomas as well as in other intracranial tumors such as: severe vomiting, headache, mental changes or focal symptoms such as convulsions, paralysis or hemiplegia.

Keywords : Neurologi; convulsions; CT-Scan

PENDAHULUAN

I. IDENTITAS PASIEN

Nama	: Ny. M	Tanggal Masuk	: 7 Desember 2011
Umur	: 46 Tahun	Nomor Registrasi	: 054859

II. ANAMNESIS (Alloanamnesis)

Keluhan Utama : kejang pada lengan dan tungkai kanan .

Dialami sejak lima tahun sebelum MRS. Kejang berupa sentakan diawali pada tungkai kanan tanpa disertai penurunan kesadaran. Pada satu minggu terakhir kondisi pasien memberat dengan kejang pada tungkai kanan lalu diikuti lengan kanan serta mulut mencong ke kanan ,disertai pingsan setiap kali kejang . Kejang berlangsung sekitar 5 menit, frekuensi satu kali dalam sehari dengan pola yang sama. Pasien juga mengalami kelemahan pada tubuh bagian kanan bersamaan dengan keluhan kejang tersebut dan juga bicara cadel. Sakit kepala tidak ada , demam tidak ada, mual tidak ada, muntah tidak ada. Riwayat kejang sebelumnya tidak ada.

Riwayat trauma disangkal, riwayat hipertensi ada, riwayat DM tidak ada, riwayat penyakit jantung tidak ada.

BAB : dalam batas normal

BAK : dalam batas normal

III. PEMERIKSAAN FISIK

A. Status Interna :

Tekanan Darah : 140/80 mmHg

Nadi : 86x/menit, regular

Pernapasan : 20x/menit, tipe Torakoabdominal

Suhu Tubuh : 37,4 °C

Kepala : Anemia (-),ikterus (-)

Jantung : bunyi jantung I dan II normal regular, bising tidak ada

Paru : Vesikuler, ronki dan wheezing tidak ada

Hati dan limpa : tidak teraba

Status Neurologi :

GCS

Fungsi kortikal luhur

Rangsang menings

Nervus kranialis

Reflex cahaya langsung

Nervus kranialis lain

Fungsi Motorik :

Pergerakan	↓ N,	Kekuatan 2-5, Tonus ↑N			
Reflex Fisiologis	BPR ↑N	Reflex Patologis	HT	+	-
	TPR ↑N		B	+	-
	KPR ↑N				
	APR ↑N				

Sensibilitas : Hemihipestesia dextra

Sistim saraf autonom :

BAK : dalam batas normal

BAB : dalam batas normal

IV. Diagnosis Kerja :

Klinik : kejang parsial kompleks dextra +
Hemiparese UMN dextra +Hemihipestesia dextra +
Disartria.

Topis : Cortex Cerebri Hemisphere Sinistra

Etiologi : Suspek SOL Intrakranial

DD :

- Non-Hemorragik strok 2nd attack
- Hemorragik strok

V. TERAPI

Head up 20 °- 30°

IVFD NaCl 0,9% 16 tts/ mnt

Anti kejang : Phenytoin 2x100 mg

Neuroprotektor : Piracetam 3 gr/6 jam IV

Neuroboransia : B1B6B12 1 amp / 24 jam IV Bed Positioning

VI. Anjuran

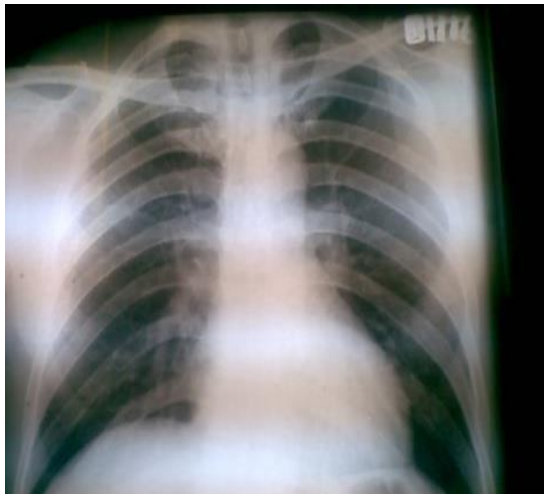
- Laboratorium : darah rutin, kimia darah , elektrolit.
- Thorax foto

- CT-Scan
- EKG
- EEG

PEMERIKSAAN LABORATORIUM (8-02-2011)

- WBC	8.5 x10 ³ mm ³	Hb	10,7 g/dl
- RBC	4,0 x 10 ⁶ mm ³	MCV	89.3 pg
- Hct	36.6 %	MCH	26.1 µm ³
- MCHC	29.2 g/dl	PLT	518 x10 ³ /mm ³
- GDS	130 mg/dl	Ureum	17 mg/dl
- SGOT	26 µl	Creatinine	0,4 mg/dl
- SGPT	14 µl	Natrium	136.2 mmol/l
- Kalium	3.7 mmol/l	Chlorida	100.2 mmol/l

Foto Thorax AP



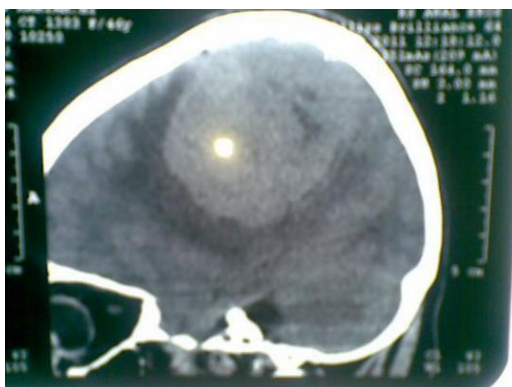
Hasil :

- Corakan bronkovaskuler masih dalam batas normal.
- Tak ada proses spesifik.
- COR : dalam batas normal
- Kedua sinus dan diaphragm baik.
- Tulang-tulang intak.

Kesan :

- COR dan pulmo dalam batas normal.

Pemeriksaan CT-Scan tanpa kontras



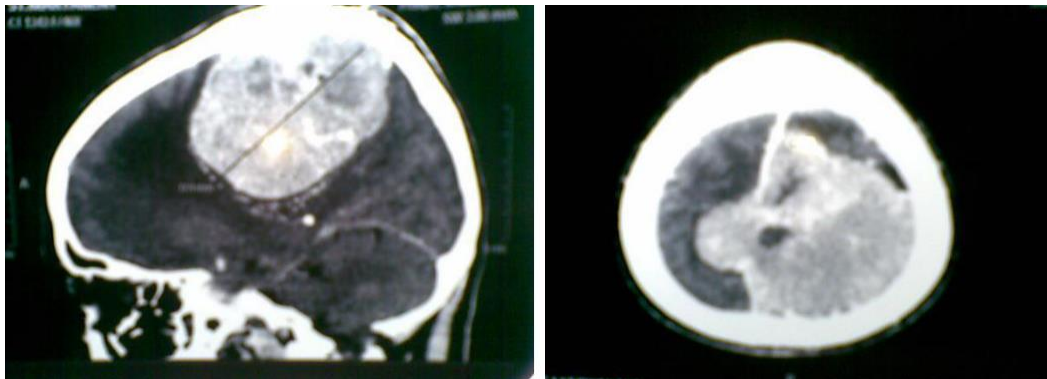
Hasil :

- Lesi isodens besar ukuran sekitar 71x49x61 mm di convexitas kiri dengan sekitarnya lesi hipodens finger-like mencurigakan edem fokal.
- Midline struktur shift line ke kanan sekitar 8,7 mm.
- Sulci cerebri sempit, ventrikel lateralis kiri sempit, kanan melebar, basal cisterna sempit.
- Sella turcica tidak melebar, hipophyse tidak tampak kelainan.
- Batang otak : bentuk, densitas normal, tak tampak lesi fokal.

Kesan :

Suspek meningioma 71x49x61 mm di convexitas kiri dengan edem foka l+ Midline struktur shift line ke kanan sekitar 8,7 mm + Herniasi Cerebri + tanda-tanda peningkatan TIK.

Pemeriksaan CT-Scan Kontras



Hasil :

- Lesi besar isodens, post kontras enhanced homogen kuat dengan ukuran sekitar 73x71x64 mm falx cerebri kiri sesuai meningioma dan edem fokal disekitar lesi hipodens .
- Midline struktur shift line ke kanan sekitar 11,5 mm.
- Sulci cerebri terobliterasi, ventrikel lateralis kiri sempit, kanan melebar, basal cisterna sempit.
- Sella turcica tidak melebar, hipophyse tidak tampak kelainan.
- Batang otak : bentuk, densitas normal, tak tampak lesi fokal.

Kesan :

Meningioma Falx kiri ukuran 73x71x64 mm dengan edem fokal disekitarnya menyebabkan Midline struktur shift line ke kanan sekitar 11,5 mm + Herniasi Cerebri + tanda-tanda peningkatan TIK.

VII. TERAPI

Head up 20 °- 30°

IVFD NaCl 0,9% 16 tts/ mnt

Antiedema : Dexametason 2 amp bolus selanjutnya 1 amp /8 jam / IV

Anti kejang : Phenytoin 2x100 mg

Neuroprotektor : Piracetam 3 gr/6 jam IV

H2 Reseptor Antagonis : Ranitidin 1 amp / 12 jam IV

Neuroboransia : B1B6B12 1 amp / 24 jam IV

Bed Positioning

Anjuran : Konsul Bedah saraf

Jawaban Konsul Bedah Saraf :

Kesan : Meningioma Falx Cerebri kiri dengan edem fokal dengan Midline struktur shift line ke kanan

Usul : Persiapan operasi

VIII. FOLLOW UP

8 Desember 2011 (Hari 2)

Keluhan Utama : kesadaran menurun, kejang (-)

TD : 150/100 mmHg RR : 24/menit, type thoracoabdominal

Suhu : 36,5⁰ C HR : 88/menit, regular

GCS : E2M4V1

Fungsi kortikal luhur : sulit dinilai .

Rangsang meninges : Kaku kuduk (-), Kernig's Sign -/-

Nervus kranialis : Pupil bundar Anisokor, 2.0 mm/3.0 mm

Reflex cahaya langsung +/- dan reflex cahaya tak langsung +/- FOD/FOS: udem/atrophy

Nervus kranialis lain : Sulit dinilai

Fungsi motorik :

Pergerakan dan kekuatan : Lateralisasi ke kanan

Tonus ↑N

Reflex fisiologis	BPR ↑N	Refelex patologis	HT	+	-
-------------------	--------	-------------------	----	---	---

	TPR ↑N		BR	+	-
--	--------	--	----	---	---

	KPR ↑N				
--	--------	--	--	--	--

APR ↑N

Sensibilitas : Hemihipestesia dextra

Sistim saraf autonom :

BAK : ini

BAB :

U

n

h

i

b

i

t

t

e

d

B

l

a

d

d

e

r

B

e

l

u

m

h

a

r

i

TERAPI

Head up 20 °- 30°

O2 3 ltr / menit

IVFD NaCl 0,9% 16 tts/ mnt

Antiedema : Dexametason 2 amp bolus selanjutnya 1 amp / 6 jam / IV
Mannitol 20 % 200 cc habis dalam 20 menit , dilanjut 6 x 100 cc

Neuroprotektor : Piracetam 3 gr/6 jam IV

Anti kejang : Phenytoin 2x100 mg (via NGT)

H2 Reseptor Antagonis : Ranitidin 1 amp / 12 jam IV

Neuroboransia : B1B6B12 1 amp / 24 jam IV

Bed Positioning

Pasang Kateter dan NGT

Rawat ICU

10 Desember 2011 (Hari ke-4)

Keluhan Utama : kejang (-), Nyeri kepala (VAS 2-3) , disartria.

TD : 160/90 mmHg RR : 24/menit, type thoracoabdominal

Suhu : 36,5⁰ C HR : 68/menit, regular

GCS : E4M6V5

Fungsi kortikal luhur : dbn .

Rangsang menings : Kaku kuduk (-), Kernig's Sign -/-

Nervus kranialis : Pupil bundar isokor, O 2.5 mm/2.5 mm

Reflex cahaya langsung + / + dan Reflex cahaya tak langsung + / +

Nervus kranialis lain : Parese N.VII,XII Dextra tipe sentral .

Fungsi motorik :

Pergerakan ↓ N, Kekuatan 2 5, Tonus ↑N

Reflex Fisiologis	BPR ↑N	Reflex Patologis	HT	+	-
	TPR ↑N		B	+	-
	KPR ↑N				
	APR ↑N				

Sensibilitas : Hemihipestes dextra

Sistem saraf autonom : ↑N

BAK : Unhibited Bladder (via kateter)

BAB : Belum hari ini

TERAPI

Head up 20 °- 30°

IVFD Rl 20 tts/ mnt

Antiedema : Dexametason 1 amp bolus /6 jam / IV

: Mannitol 20 % 3x100 cc

Anti kejang : Phenytoin 2x100 mg

Neuroprotektor : Piracetam 3 gr/6 jam IV

H2 Reseptor Antagonis: Ranitidin 1 amp / 12 jam IV

Neuroboransia : B1B6B12 1 amp / 24 jam IV

Bed Positioning

Bladder Training

Fisioterapi.

keluarga pasien menolak tindakan operasi .

VIII. DIAGNOSA AKHIR

Klinik : Kejang Parsial Kompleks +Hemiparese Dextra UMN +

Dextra UMN hemispestesia Dextra + Disartria

Topis : Falx Cerebri Sinistra

Etiologi : Meningioma.

DD :

- Perdarahan Intracerebral

- Astrocytoma

IX. DISKUSI

Pada kasus ini pasien mengeluh kejang berupa sentakan pada tungkai kanan lalu diikuti lengan kanan serta mulut mencong ke kanan ,disertai pingsan setiap kali kejang . Pasien juga mengalami kelemahan pada tubuh bagian kanan bersamaan dengan keluhan kejang tersebut. Pemeriksaan fisis neurologi di dapatkan pasien somnolen , fungsi kortikal luhur sulit dinilai, tidak ditemukan tanda rangsang menings , tonus dan refles fisiologis meningkat pada lengan dan tungkai kanan, serta didapatkan reflex Hoffman-Trommer dan Babinsky pada tubuh sebelah kanan. Hasil pemeriksaan foto polos toraks didapatkan kesan normal . Hasil pemeriksaan CT-Scan tanpa kontras Suspek meningioma 71x49x61 mm di convexitas kiri dengan edem foka l+ Midline struktur shift line ke kanan sekitar 8,7 mm + herniasi cerebri + tanda-tanda peningkatan TIK. Hasil pemeriksaan CT-Scan dengan kontras Meningioma Falx sinistra ukuran 73x71x64 mm dengan edem fokal disekitarnya menyebabkan Midline struktur shift line ke kanan sekitar 11,5 mm + herniasi cerebri + tanda-tanda peningkatan TIK. Sehingga mendukung diagnosa pasien tersebut kearah *Meningioma Falx Cerebri sinistra*. Dengan demikian, kami konsul ke Bedah Saraf untuk dilakukan tindakan removal tumor.

Awalnya pasien didiagnosa dengan stroke like syndrome oleh karena pasien masuk dengan keluhan hemiparese dextra disertai dengan disartria, kejang sentakan pada tubuh sebelah kanan yang gejalanya mengarah pada sebuah post stroke NHS oleh karena prosesnya terjadi secara perlahan-lahan selama lima tahun.

Diagnosa meningioma ditegakkan berdasarkan anamnensis, pemeriksaan fisis dan Radiologi. Berdasarkan hasil anamnesis pasien masuk rumah sakit dengan kejang berupa sentakan pada tubuh sebelah kanan yang disertai dengan hemiparese sejak 5 tahun lalu, yang semakin lama semakin memberat, disertai pula dengan perubahan mental berupa apati . Gejala tersebut sesuai dengan gejala klinik pada meningioma seperti halnya pada tumor intrakranial lainnya seperti :muntah hebat, nyeri kepala, perubahan mental atau gejala-gejala fokal seperti kejang-kejang , kelumpuhan atau hemiplegia.^{1,2,3}. Kejang fokal seringkali merupakan tanda awal dari meningioma yang mengenai serebrum terutama bila terletak dekat dan mengiritasi area motorik. Hal ini didukung pula dengan pemeriksaan fisik dan neurologi didapatkan parese N.VII dan XII dextra tipe sentral, hemiparese dextra, tonus. extremitas kanan meningkat , refleks fisiologis extermitas kanan meningkat, serta refleks patologis extermitas kanan didapatkan.

Meningioma merupakan neoplasma intracranial nomor dua dalam urutan frekuensinya yaitu mencapai angka 15-20 persen, yang berasal dari durameter atau arakhnoid. Ia lebih sering dijumpai pada wanita daripada pria dengan perbandingan yaitu 2:1, terutama pada golongan umur antara 50-60 tahun dan memperlihatkan kecenderungan untuk ditemukan pada beberapa anggota di satu keluarga.

Pada umumnya meningioma dianggap sebagai neoplasma yang berasal dari glioblas di sekitar vili arachnoid. Sel di medulla spinalis yang sebanding dengan sel tersebut ialah sel yang terletak pada tempat pertemuan antara arachnoid dengan dura yang menutupi radiks.^{1,2}

Untuk mendukung diagnosis dilakukan pemeriksaan CT-Scan kepala tanpa kontras maupun dengan kontras dengan kesan *Meningioma Falx cerebri sinistra*. Meningioma sembilan puluh persen ditemukan supratentorial (parasagital, sphenoid ridge, plexus olfactorius/planum sphenoid dan juxtaseellar), 8%-10% ditemukan pada infratentorial (paling sering pada cerebellopontine angle) dan ditempat lain 1%-2% (intraventrikel, sinus paranasal) . Hal ini juga sesuai dengan klasifikasi meningioma berdasarkan lokasi dari tumor. *Meningioma falx dan parasagital (25% dari kasus meningioma)*. Falx adalah selaput yang terletak antara dua sisi otak yang memisahkan hemisfer kiri dan kanan. Falx cerebri mengandung pembuluh darah besar. Parasagital meningioma terdapat di sekitar falx Meningioma Convexitas (20%). Tipe meningioma ini terdapat pada permukaan atas otak. Meningioma Sphenoid (20%), daerah Sphenoidalis berlokasi pada daerah belakang mata. Banyak terjadi pada wanita. Meningioma Olfactorius (10%). Tipe ini terjadi di sepanjang nervus yang menghubungkan otak dengan hidung. Meningioma fossa posterior (10%). Tipe ini berkembang di permukaan bawah bagian belakang otak. Meningioma suprasellar (10%). Terjadi di bagian atas sella tursica, sebuah kotak pada dasar tengkorak dimana terdapat kelenjar pituitary. Spinal meningioma (kurang dari 10%). Banyak terjadi pada wanita yang berumur antara 40 dan 70 tahun. Akan selalu terjadi pda medulla spinalis setingkat thorax dan dapat menekan spinal cord. Meningioma spinalis dapat menyebabkan gejala seperti nyeri radikuler di sekeliling dinding dada, gangguan kencing, dan nyeri tungkai. Meningioma Intraorbital (kurang dari 10%). Tipe ini berkembang pada atau di sekitar mata cavum orbita. Meningioma intraventrikuler (2%) terjadi pada ruangan yang berisi cairan di seluruh bagian otak.^{2,3,4,5}

Penatalaksanaan meningioma tergantung dari lokasi, ukuran, dan derajat tumor itu sendiri. Terapi meningioma masih menempatkan reseksi operatif sebagai pilihan pertama. Tindakan operasi tidak hanya mengangkat seluruh tumor tetapi juga termasuk dura, jaringan lunak, dan tulang untuk menurunkan kejadian rekurensi.⁶ Pada pasien ini tidak sempat dilakukan biopsi dan operasi oleh karena alasan terbentur oleh masalah biaya.

Prognosa meningioma umumnya baik, karena pengangkatan tumor yang sempurna akan memberikan penyembuhan yang permanen. Meningioma dipandang sebagai tumor jinak dan bila letaknya mudah dapat diangkat seluruhnya. Degenerasi keganasan keganasan tampak bila ada : invasi dan kerusakan tulang, tumor, tumor tidak berkapsul pada saat operasi dan invasi pada jaringan otak ⁶. Akan tetapi pasien kami prognosa menjadi jelek oleh karena menolak operasi jika tumor dibiarkan terus berkembang.

DAFTAR PUSTAKA

1. Mardjono M, Sidharta P. Meningioma dalam Neurologi klinis dasar. Fakultas Kedokteran Universtas Indonesia; 2003. Hal 393-4.
2. Challa VR, Markesbery WR. Meningiomas in Neurosurgery. McGraw-Hill.1985. p.613-54.
3. Haddad G, Hatoum C. Meningioma. 2002. Available at: <http://eMedicine.com>
Sheporaitis L, Osborn A, Smirniotopoulos JG, Clunie DA, Howieson J, D'Agostino AN. Radiologic-Pathologic correlation intracranial meningioma. ANJR 1992; 13:29-37.
4. Berger MS, Prados MD. Meningiomas in Text book of Neuro-oncology. Elsevier Saunders. 2005. p.335-45.
5. Black PM. Benign brain tumors in Neurologic Clinics Brain Tumors in Adults. Vol 13. Number 4. 1995. p.927-33.
6. Lindsay KW, Bone I. Neurology and Neurosurgery Illustrated. Fourth Edition. Churchill Livingstone.London. 2003. Page : 323.