

GANGGUAN LAPANGAN PENGLIHATAN PADA STROKE

Rahayu*

Abstract

Visual disorder was one of the stroke signs that its clinical manifestation can be disorder of visual acuity or defect of visual field. This case can be caused by disorder of anterior and posterior part of the cerebral circulation.

We reported two cases about disorder of visual field. The first case was a woman 42 years old complaining disorder of her right visual field shortly accompanied by left slight hemiparesis. Perimetric examination showed right quadrantanopia superior, head CT scan with in normal limit, and suspected as a ischemic stroke. The second case was a man 54 years old complaining lost of his right visual field shortly when he was waking up accompanied by headache. Perimetric examination showed a right hemianopia homonim and head CT scan reveal hyperdense appearance on the left occipitale lobe and suspected as a intracerebral haemorrhage.

Keyword: Stroke, Visual field, perimeter

Abstrak

Gangguan visus merupakan salah satu gejala stroke yang manifestasi klinisnya bisa merupakan gangguan tajam penglihatan atau defek lapangan penglihatan. Hal tersebut bisa disebabkan gangguan peredaran darah otak bagian anterior maupun posterior.

Kami laporkan dua kasus gangguan lapangan penglihatan. Kasus pertama seorang wanita 42 tahun mengalami gangguan penglihatan mata kanan secara tiba-tiba disertai hemiparesis ringan kiri, pemeriksaan perimetri menunjukkan kwadranopia superior kanan, pada CT scan kepala dalam batas normal, hal ini disimpulkan sebagai iskemik stroke. Kasus kedua dilaporkan seorang laki-laki 54 tahun dengan keluhan hilangnya lapangan penglihatan kanan secara tiba-tiba saat bangun tidur yang disertai sakit kepala bagian belakang, perimetri menunjukkan hemianopia homonim dekstra, CT scan menunjukkan perdarahan intra cerebral pada lobus occipital kiri.

Kata Kunci: Strok, lapangan pandang, perimeter

PENDAHULUAN

Gangguan lapangan penglihatan pada stroke terjadi bila lesi terdapat pada nervus optikus dan lintasan visualnya (kiasma optikus, traktus optikus, radiasi optikus, dan kortek visual). Manifestasi klinisnya bisa berupa kebutaan satu mata, hemianopia bitemporal, hemianopia binasal, hemianopia homonim dextra/ sinistra, kwadranopia homonim superior/ inferior, dan skotoma sentral (Aminof MJ. 1997, Berlit P. 1996). Gangguan tersebut bisa terjadi pada stroke iskemik maupun hemoragik akibat gangguan vaskuler otak anterior maupun posterior (Allen CMC. 1999, Newman NM. 1992). Dilaporkan bahwa perbandingan insiden defek lapangan penglihatan stroke iskemik pada sirkulasi anterior dan posterior 7:11 (Aminof MJ. 1997). Pada stroke hemoragik dilaporkan bahwa 5% insiden terjadi pada lobus occipital. Sedangkan

Ropper dan Davis melaporkan 26 kasus perdarahan lobus, 11 kasus terjadi pada lobus occipitalis. (Adam RD. 1993)

Faktor resiko terjadinya stroke adalah hipertensi, diabetes melitus, hiperkolesterolemia, kelainan darah, usia, merokok, obesitas, kelainan jantung, pemakaian estrogen, hiperurisemia dan polisitemia (Adam RD. 1993, Allen CMC. 1999, Bron MM. 1996). Pemeriksaan defek lapangan penglihatan bisa dilakukan dengan Test Konfrontasi, Perimeter, Kampimeter (Burde RM. 1985, Lindsay KW. 1985).

Untuk menentukan letak lesi gangguan lapangan penglihatan berdasarkan atas pemeriksaan klinis, pemeriksaan lapangan penglihatan dan CT Scan kepala.

LAPORAN KASUS

Kasus Pertama

Dilaporkan seorang wanita 42 tahun dengan gangguan penglihatan mata kanan secara tiba-tiba

* Staff Pengajar Pada Fakultas Kedokteran
Universitas Muhammadiyah Malang

saat istirahat yang disertai kelenihan badan sebelah kiri, tidak ada sakit kepala ataupun muntah, kesadaran tetap baik. Riwayat hipertensi, diabetes, trauma kapitis, dan infeksi disangkal. Penderita hampir setiap hari mengkonsumsi makanan berlemak dan tinggi asam urat (jeroan), tidak memakai pH kontrasepsi.

Pemeriksaan status interna didapatkan: keadaan umum tampak sakit ringan, gizi cukup, tensi 120/70 mm Hg, nadi 80 kali/menit (normal/reguler), suhu dan pernafasan normal, jantung, paru dan abdomen dalam batas normal.

Pada pemeriksaan neurologis didapatkan Glasgow Coma Scale E4 M6 V5, tidak didapatkan tanda rangsangan meningeal, nervus kranialis: pupil isokor \varnothing 3 mm, refleks cahaya langsung dan tidak langsung positif, funduscopi normal, visus normal, test konfrontasi: penyempitan lapangan pandang kanan, motorik: hemiparesis kiri ringan kekuatan 4-5), refleks fisiologis dan tonus otot normal, tidak didapatkan refleks patologis, sensibilitas hemihipestesi kiri, otonom normal.

Pemeriksaan laboratorium didapatkan hiperurisemi dan hiperkolesterolemia. EKG dan foto thorak dalam batas normal. CT Scan tidak terlihat gambaran infark. Pemeriksaan perimeter menunjukkan kwadranopia superior kanan.

Kasus pertama ini kami diagnosa sebagai suatu iskemik stroke. Selama perawatan diberikan antiagregasi trombotik, metabolik aktivator dan roborantia, dan dianjurkan diet rendah kolesterol dan asam urat.

Kasus Kedua

Dilaporkan seorang laki-laki 54 tahun dengan gangguan penglihatan mata kanan secara tiba-tiba saat bangun tidur disertai sakit kepala bagian belakang. Bila berjalan tidak bias melihat bagian samping kanan sehingga sering menabrak benda yang berada disamping kanan, membaca tak dapat melihat ujung kalimat, bila menulis kalimat, akhir kalimat tidak selesai. Penglihatan dobel tidak ada, memakai kaca mata ejak 2 tahun, penderita tetap kabur. Kelemahan anggota gerak, riwayat hipertensi, diabetes melitus. trauma kepala, sebelumnya disangkal. Kebiasaan merokok sejak 1 tahun yang lalu (\pm 20 batang sehari), minum alkohol (bir) 1 botol perhari sejak tiga tahun yang lalu.

Pemeriksaan internis tensi 160/100 mm Hg, nadi 80 kali/menit, suhu normal, jantung dan paru normal. Pemeriksaan status neurologis Glasgow Coma Scale E4 M6 V5 tidak ada tanda rangsangan meningeal, nervus kranialis pupil isokor \varnothing 3 mm bulat refleks cahaya langsung dan tidak langsung positif bilateral, funduscopis normal, visus normal memakai kaca mata. Penglihatan warna normal. Motorik, sensorik, dan autonom normal. Fungsi luhur dan serebelum normal.

Pemeriksaan laboratorium ditemukan hiperkolesterolemia pemeriksaan perimetri menunjukkan hemianopia homonym kanan. CT scan kepala ditandai area hiperdust lobus occipitalis kanan kasus kedua ini kami simpulkan sebagai stroke perdarahan.

Selama perawatan diterapi secara konservatif daya anti perdarahan corticosteroid, metabolik activator dan roborantia.

PEMBAHASAN

Kwadranopia homonim superior disebabkan karena lesi pada daerah radiasio optika pada lobus temporalis, sedangkan kwadranopia homonim inferior disebabkan lesi yang terdapat pada radiasio optika lobus temporalis (De Jong RN. 1990, Glasser JS. 1990). Pada kasus pertama terjadinya kwadranopia superior kanan (tidak homonim) yang tidak sesuai dengan lesi pada radiasio optika lobus temporalis. Hal ini kemungkinan terdapat lesi yang tidak komplis (parsial) pada radiasio temporalis kiri. CT scan pada kasus ini tidak mendukung letak lesi karena tidak didapatkan tanda-tanda iskemik pada lobus temporalis kiri, keadaan ini mungkin disebabkan adanya infark lacunar yang tidak terdeteksi pada pemeriksaan CT scan. Infark lacunar terjadi pada 20 % kasus stroke iskemik, yang berukuran sampai beberapa millimeter, yang biasanya dialami oleh penderita stroke ringan (Allen CMC. 1999). Daerah radiasio optika mendapat suplai dari cabang-cabang arteri cerebri media (Allen CMC. 1999, Burde RM. 1985). Pada kasus ini kemungkinan terjadi gangguan pada cabang arteri serebri media kiri. Faktor resiko penderita ini adalah hiperkolesterolemia dan hiperurisemia.

Hemianopia homonim bisa disebabkan karena lesi pada traktus optikus dan juga lesi pada radiasi optika pada lobus osipitalis (Gilroy J. 1992, Glasser J.S. 1990). Pada kasus kedua gambaran klinis yang terjadi sesuai dengan lesi pada lobus occipitalis kiri (sebagian kortek kalkarina) karena:

- 1) Gambaran hemianopia homonim kanan inkongruen. Gambaran ini sebenarnya tidak cocok untuk suatu lesi dioccipital karena biasanya gambaran hemianopia oleh karena lesi di occipital (kortek visual adalah kongruen, namun data lain tidak mendukung lesi di luar kortek visual. Hal ini kernungkinan terjadi karena kesalahan perhitungan atau kesalahan metode pemeriksaan.
- 2) Penglihatan makula utuh. Ini menandakan bahwa lesi tidak mengenai kutub lobus occipital. Daerah kutub occipital ini mendapat suplai darah dari cabang arteri cerebri media dan cabang arteri cerebri posterior.
- 3) Reflek cahaya, tajam penglihatan dan fundus normal.
- 4) Gambaran CT scan PIS lobus occipital kiri. Tidak adanya aleksia, utuhnya penglihatan warna menunjukkan bahwa lesi tidak mengenai substantia alba atau splenium corpus calosum (Adam R.D. 1993). Lesi pada lobus occipital ini paling sering karena gangguan vaskuler (De Jong. 1990). Beberapa penyebab perdarahan serebri adalah: hipertensi 35%, angioma 15%, aneurisma 10% dan tumor 5% (Berlit P. 1996).

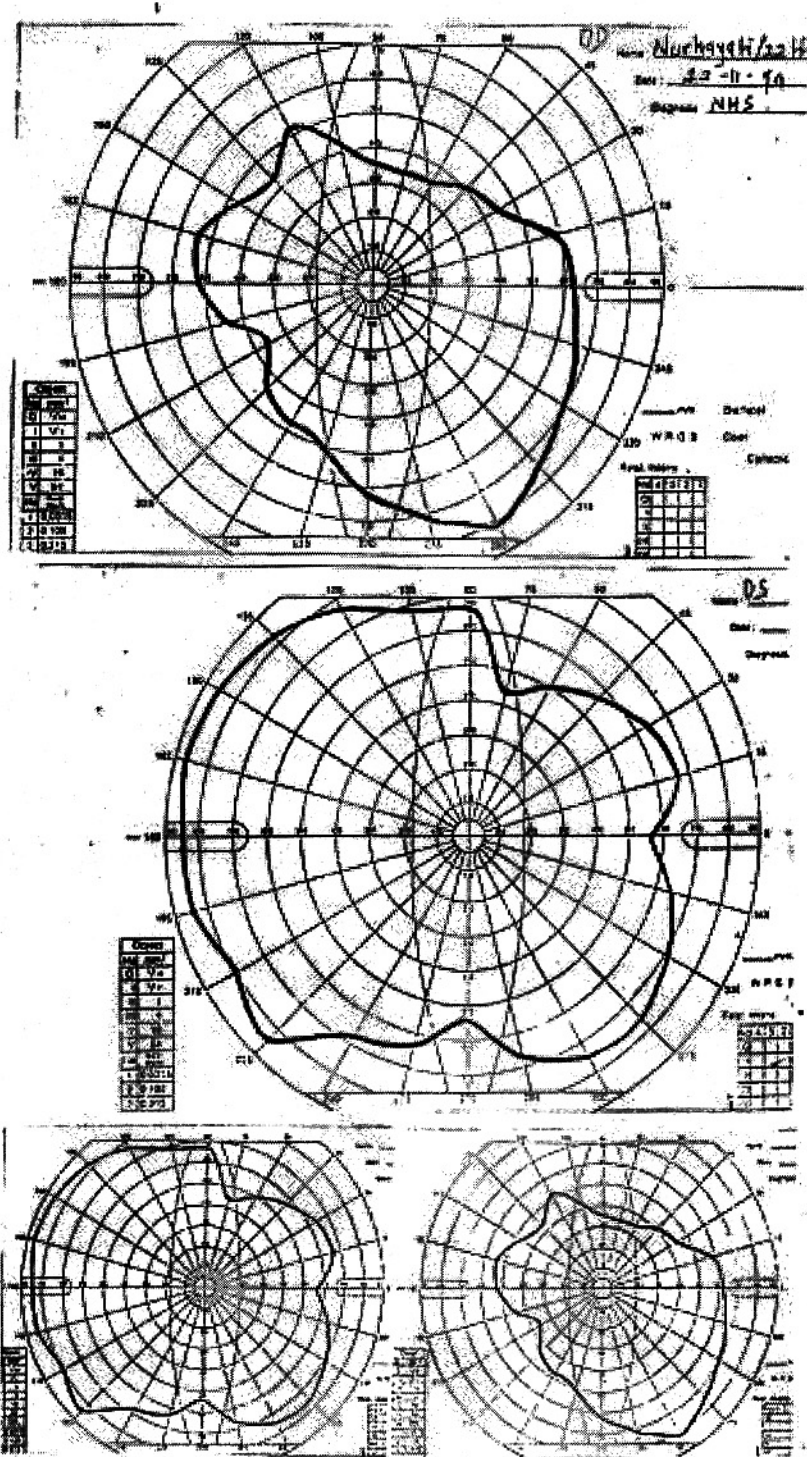
DAFTAR PUSTAKA

- Adam R.D. 1993. *Principles of Neurology*, Mc Graw Hill Inc., New York. 220-221, 399.
- Allen CMC. 1999. *The Management of Acute Stroke*. Castle House Publication Ltd .
- Aminof MJ. 1997. *Clinical Neurology*, Appleton & Lange, 3 rd, Connecticut, , 122-135.
- Berlit P. 1996. *Memorix Neurology*, Chapman & Hall Medical, English, Language Edition. 193-194.
- Brown M.M. 1996. *Cerebrovascular Disease, Epidemiology, History, Examination and Differential Diagnosis* in *Medicine International*, No. 34. Vol. 10, 35.
- Burde R.M, Savino P.J, Trobe J.D. 1985. *Clinical Decisions in Neuro Ophthalmology*, Mosby Company, USA, 80-89.
- De Jong R.N. 1990. *The Neurologic Examination, Medical Department*, Harper & Row Publishers, USA. 98 - 107.
- Gilroy J. 1992. *Basic Neurology*, Mc Graw Hill International, 2 nd, Singapore. 169.
- Glasser J.S. 1990. *Neuro Ophthalmology*, 2 nd, J. B. Lippincott Company Philadelphia. 214, 217, 220, 221.

Lindsay K.W. 1986. *Bone I, Callander R, Neurology and Neurosurgery Illustrated*, Churchill Livingstone, New York. 110.

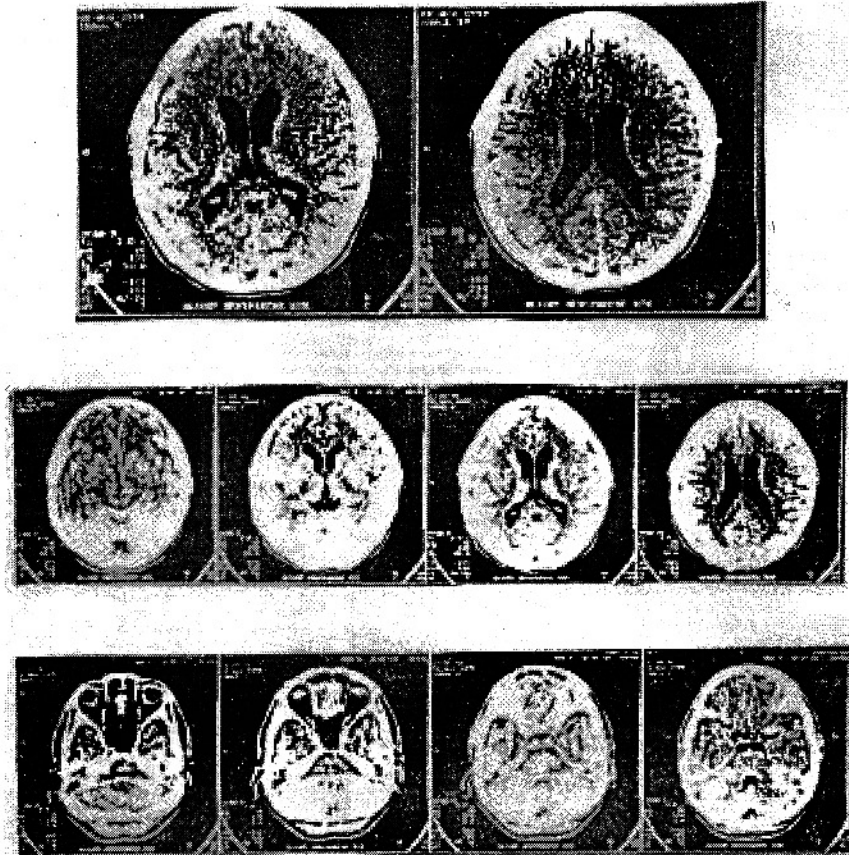
Newrnan N.M. 1992. *Neuro Ophthalmology a Practical test*, Appleton & Lance USA. 40-41. 147- 149.

Lampiran 1. Kwadranopia Superior Kanan (Kasus 1)



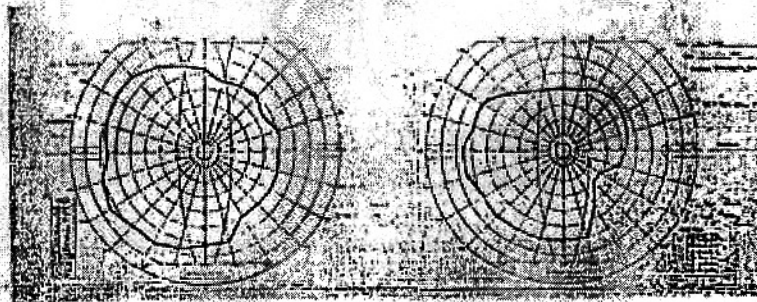
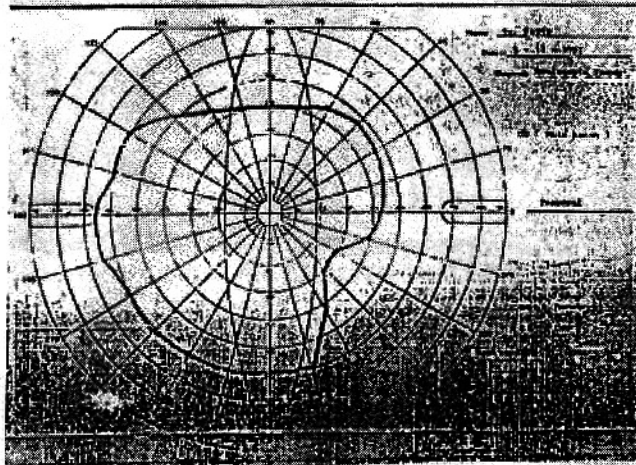
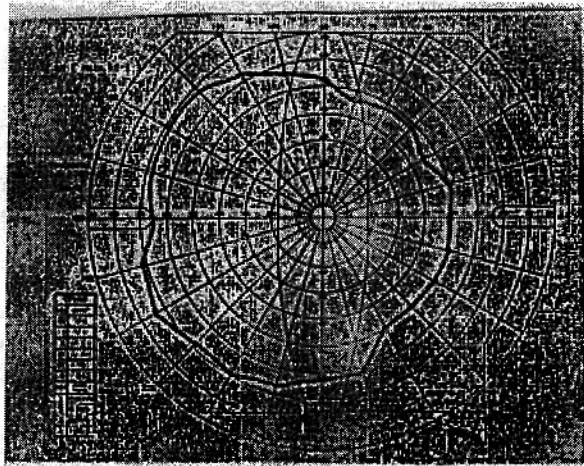
PEMERIKSAAN PERIMETER

Lampiran 2. (Kasus 1)



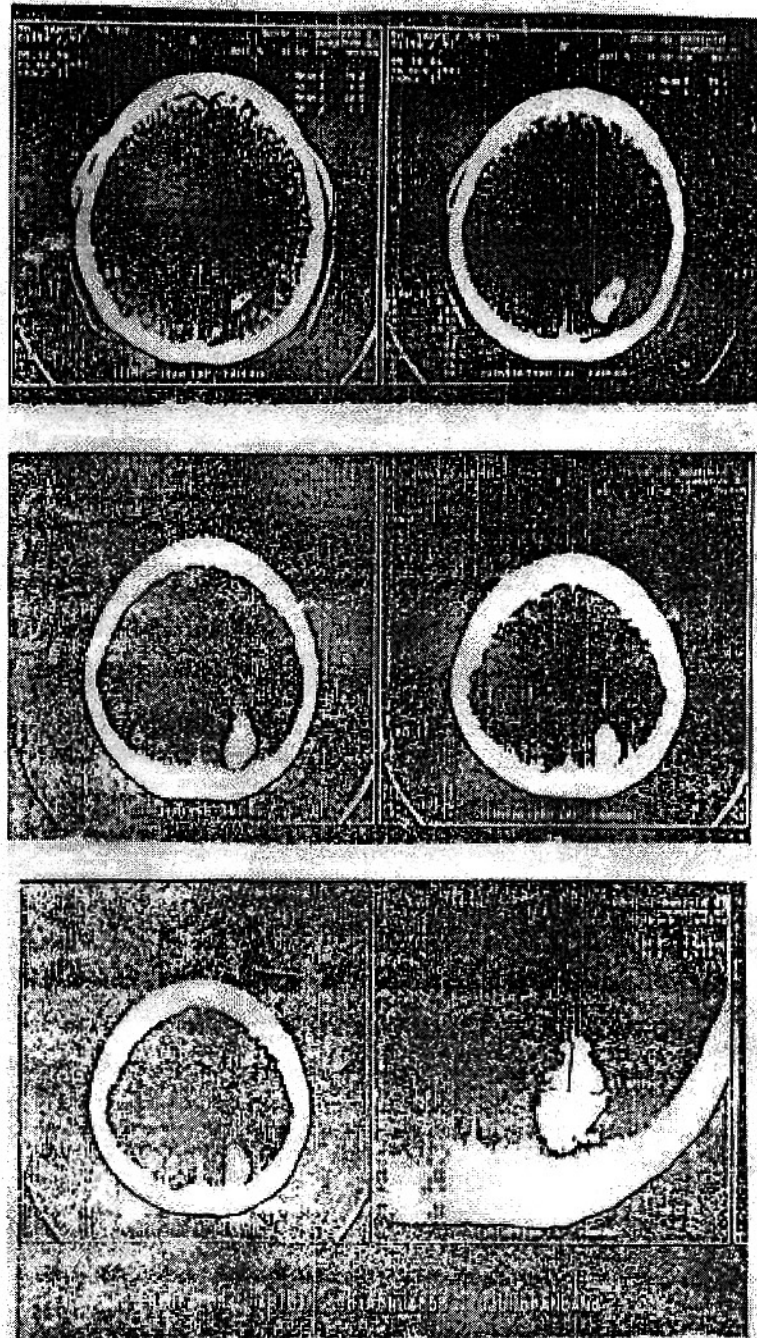
CT scan-kepala : Dalam batas normal

Lampiran 3 (Kasus 2)



PEMERIKSAAN PERIMETRI

Lampiran 4 (K2) Kasus 2



Hasil CT scan kepala : Perdarahan intra serebral occipitalis kiri