

TERJEMAH

NYENT LEHER : SUATU KEJADIAN YANG JARANG TERJADI PADA
PERFORASI VESIKA URINARIA.

Oleh:

Dr. JAJANG EDI PRIYATNO

Laboratorium / UPF Ilmu Bedah
FK Undip / RS Dokter Kariadi
Semarang.

Kata Pengantar

Terjemahan ini dengan judul : Nyeri Leher : Suatu Kejadian Yang Jarang Terjadi Pada Perforasi Vesika Urinaria, diambil dari majalah ANESTHESIA ANALGESIA yang terbit Oktober 1980 ; volume 59 halaman 801 - 802 .

Laporan kasus ini ditulis oleh Leonard S Jacob MD , PhD dan Dennis C . Gray, MD, dari Department of Anesthesiology The Veterans Administration Medical Center ; Philadelphia .

Maksud dari terjemahan ini adalah guna memenuhi syarat dalam melaksanakan stase di bagian Anestesi FK Undip / RS Dr Kariadi .

Kami ucapkan terima kasih yang sebesar besarnya kepada yang terhormat :

- Dr Sunaryo , Kepala Laboratorium / UPF Anestesi FK Undip/ RSDK yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk stase di bagian Anestesi .
- Dr Marwoto , Ketua Program Studi yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan selama stase .
- Senior Anestesi , para Resident Anestesi yang banyak membantu selama stase .
- Staf lain dan Karyawan bagian Anestesi .

Semoga terjemahan ini bermanfaat bagi kita semua .

Semarang , Februari 1991

Dr. JAJANG EDI PRIYATNO

NYERI LEHER : SUATU KEJADIAN YANG JARANG TERJADI PADA PERFORASI VESIKA URINARIA.

Diagnosa dari ruptura vesika urinaria umumnya tidak sulit bila dilihat dari gejala maupun tandanya.

Tanda dan gejala dari intra dan extra peritoneal ruptur yang berupa nyeri abdomen selama anestesi menjadi tak jelas.

Urolog maupun anesthesiolog untuk mendiagnosa secara cepat bila tanda-tanda tersebut tak jelas maka harus mencari gejala dan tanda lain dari perforasi vesika urinaria.

Kami melaporkan satu kasus dengan nyeri pada leher yang merupakan manifestasi dari gejala perforasi vesika urinaria, yang dalam referensi lain jarang dilaporkan.

LAPORAN KASUS.

Laki-laki 64th, 77 kg dengan keluhan sering kencing terutama malam hari.

Direncanakan cystoscopy dan biopsi transuretral pada vesika urinaria. Pada riwayat penyakit sebelumnya penderita ini telah mengalami transuretral prostatektomi karena benigna prostat hipertrofi dan transuretral reseksi dari striktura leher vesika urinaria 2 tahun sebelumnya.

Pada kedua tindakan yang pernah dialami dilakukan spinal anestesi tanpa keluhan.

Riwayat medik lain dan laborat rutin tidak didapatkan kelainan yang menonjol. ECG tidak berubah sejak 2 tahun yang lalu.

Didapati block dari right bundle branch dan deviasi axis ke kiri. Premedikasi terdiri dari 10 mg diazepam peroral 1 jam sebelum operasi, lidokain 100 mg (5% dalam larutan), dengan 7,5% dextrose inj pada spasiun subarachnoid dari L4-5.

Pasien pada posisi left lateral decubitus. Setelah 5 menit level sensori dari anestesi spinal adalah T7 dan setelah 15 menit T3.

Pemeriksaan cystoscopy dengan biopsi vesika urinaria multiple tidak didapat banyak kelainan, sampai akhirnya pasien mengeluh rasa sakit hebat menyerupai pisau pada seluruh daerah dorso lateral kanan dari lehernya, didapati keluhan mual dan muntah.

Heart rate turun dari 80X/menit menjadi 42X/menit, tekanan darah turun dari 140/70 mmHg menjadi 80 palpasi.

Pemberian atropin 0,5 mg tidak bisa menaikkan heart rate, tapi penambahan 0,5 mg atropin dan 10 mg ephedrin iv menaikkan heart rate menjadi 60X/menit dan tekanan darah 120/60 mmHg. LII EKG tidak menampakkan perubahan ST-T segmen.

Mual dan muntah menurun tapi rasa sakit pada dorso lateral leher tetap. Diazepam 2,5 mg iv diberikan untuk mengatasi spasme otot, Level dari spinal anestesi tetap pada L3. Pada intra operatif, retrograde cystogram menggambarkan intra peritoneal dan extra peritoneal extra vasasi dari kontras. Untuk itu penanganannya meliputi pemberian antibiotik dan drainase dengan Folley kateter pada posisi pasien semi fowler. Sesudah 8 hari dengan terapi konservatif, retrograde cystogram tidak menunjukkan extra vasasi dari dinding VU, dan pasien dipulangkan pada hari berikutnya.

DISKUSI

Luka sekunder dari cystoscopy dan reseksi mungkin merupakan faktor trauma vesika urinaria yang paling sering terjadi. Dengan cystoscopy dan reseksi VU, gerakan yang tiba tiba dari penderita mungkin menyebabkan kontak secara kasar pada dinding VU dengan ujung alat cystoscopy yang menyebabkan kontusi, ruptur parsial, atau ruptur komplet vesika urinaria.

Untuk menghindari agar setiap gerakan penderita tidak terjadi ruptur, maka setiap operator harus hati hati dalam memasukkan alat, karena setiap saat perforasi dapat terjadi. Bila luka perforasi kecil maka akan memberikan gejala dan tanda yang mungkin tidak jelas. Pada kejadian ini gejala ditentukan pula oleh tempat perforasi, derajat perforasi juga oleh tehnik anestesi.

Aldrite dkk, Desmond, Mark dan Orkin telah melaporkan tanda dan gejala umum, termasuk disini meliputi :

- kegelisahan
- respon reflek parasimpatik :
 - bradikardi
 - hipertensi
 - mual dan muntah
- sakit perut dengan disertai ketegangan dan kekakuan
- sesak nafas
- bentuk pernafasan yang tak teratur
- nyeri pada leher

- retensi yang berlebihan dari VU karena irigasi cairan. Pada penderita ini didapati rasa nyeri pada daerah dorso lateral kanan yang merupakan gejala dari perforasi VU. Gejala-gejala umum yang lain dari ruptur VU seperti sakit perut mungkin tidak terlihat dengan spinal anestesi yang lebih tinggi.

Sebagaimana ruptur setiap organ organ intra peritoneal, cairan atau udara bebas dapat menyebabkan iritasi terhadap nervus phrenikus. Seperti dilaporkan perforasi VU intra peritoneal menimbulkan keluhan rasa nyeri pada leher.

Nervus phrenikus terdiri dari serabut motoris dan sensoris yang mensyarafi mediastinum, bagian atas dari pleura diafragma, perikardium, dan peritonium diafragmatika.

Setelah menerima beberapa serabut syaraf servikal ke empat nervus phrenikus juga menerima serabut dari C3 & C5.

Bagian dorso lateral dari leher disyarafi oleh C3, C4 dan bagian bawah C5. Dengan demikian nyeri leher dari keluhan penderita merupakan perwujudan dari segmen dermatom nervus phrenikus.

Perforasi VU extra dan intra peritoneal dapat menyebabkan simultansi.

Green, menyebutkan gejala-gejala awal dari extra peritoneal extra vasasi dari cairan irigasi adalah :

- mual, muntah
- hipotensi.

Pada penderita ini juga didapatkan gejala serupa.

Kasus ini sangat jarang terjadi, yaitu rasa sakit / nyeri pada leher setelah perforasi VU. Dimana rasa sakit ini bukan gejala yang umum dari iritasi nervus phrenikus.

Rasa sakit ini dikatakan benar merupakan gejala dari perforasi VU bila rasa nyeri di leher terlihat akut setelah kejadian perforasi dan sifatnya unilateral.

DAFTAR PUSTAKA

1. Montie J: Bladder injuries. Urol Clin North Am 4:59-67, 1977
2. Carswell JW: Intraperitoneal rupture of the bladder. Br J Urol 46:425-429, 1974
3. Aldrete JA, Clapp HW, Weber M : Transurethral resection with subarachnoid block : Complications of late hypotension. JAMA 208:1012-1013 , 1969
4. Desmond J: Complications of transurethral prostatic surgery. Can Anaesth Soc J 17:25-36, 1970
5. Marx GF, Orkin LR : Complications Associated with transurethral surgery. Anesthesiology 23:802-813, 1962
6. Bonica JJ: Phrenic nerve block, in The Management of Pain. Edited by JJ Bonica. Philadelphia, Lea and Febiger , 1953 , pp 296-298
7. Netter FH: Dermal segmentation, in CIBA Collection of Medical Illustrations. Edited by FH Netter. Vol 1, Nervous System. Summit, NJ, CIBA Pharmaceutical Co, 1975, p 55
8. Greene, LF: Transurethral prostatic resection operative complications, in Transurethral Surgery. Edited by LF Greene, JW Segura . Philadelphia, WB Saunders Co, 1977, pp 165-173