Eko Arisetijono
Div Neurovaskular/Div Neuroemergensi&Neurointensive
Dept Neurologi
FKUB/RS Saiful Anwar

Pendekatan Kasus Paralisis Akut di IGD

Pendahuluan

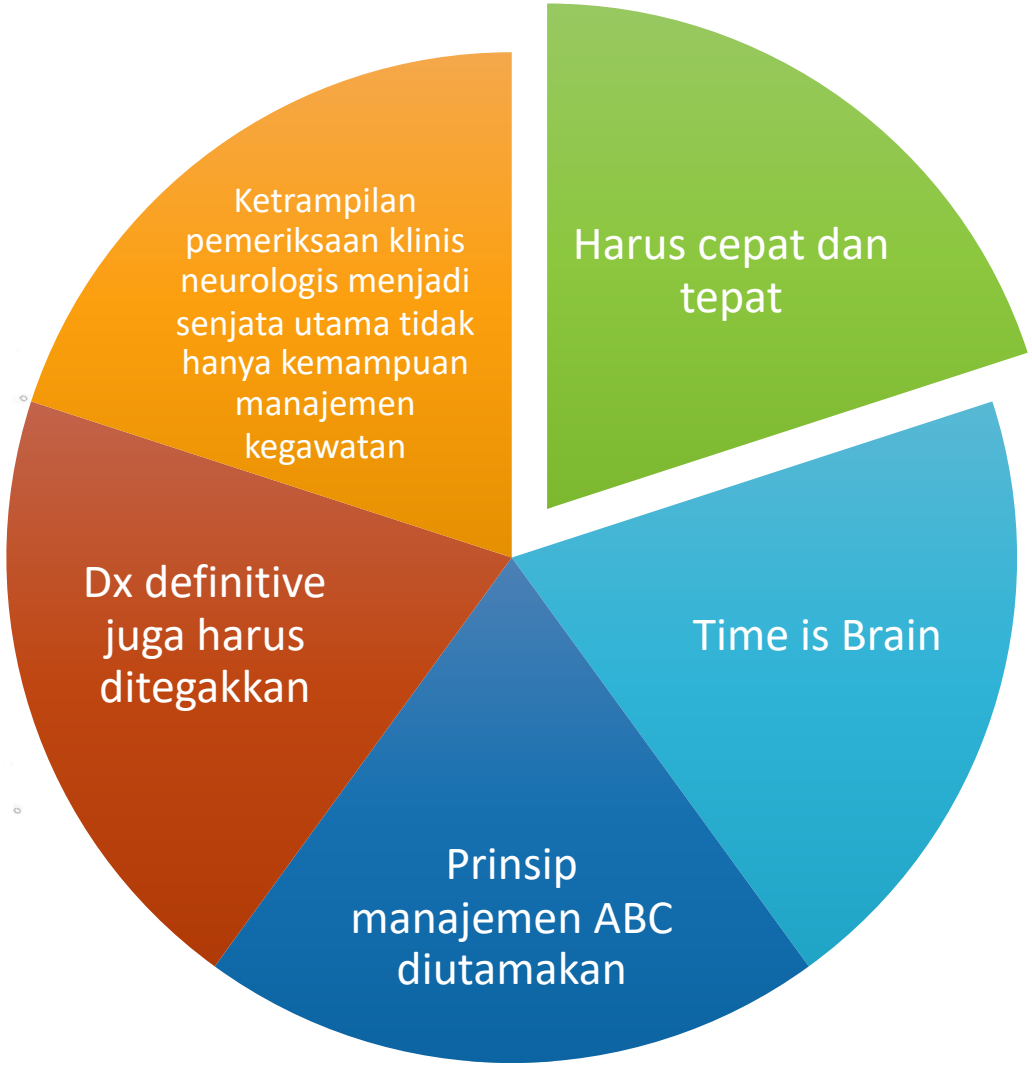
Kasus neurologi merupakan salah satu kasus yang banyak di UGD

Selain penurunan kesadaran kasus yang banyak adalah paralisa

Diagnosa hanya bisa didapat dengan pemeriksaan klinis neurologis yang baik

Di bidang neurologi kegawatan tdk hanya berarti kematian tetapi juga kecacatan

Penanganan kegawatan pada pasien dengan gangguan neurologi di UGD



Proses Diagnosa klinis yang baik

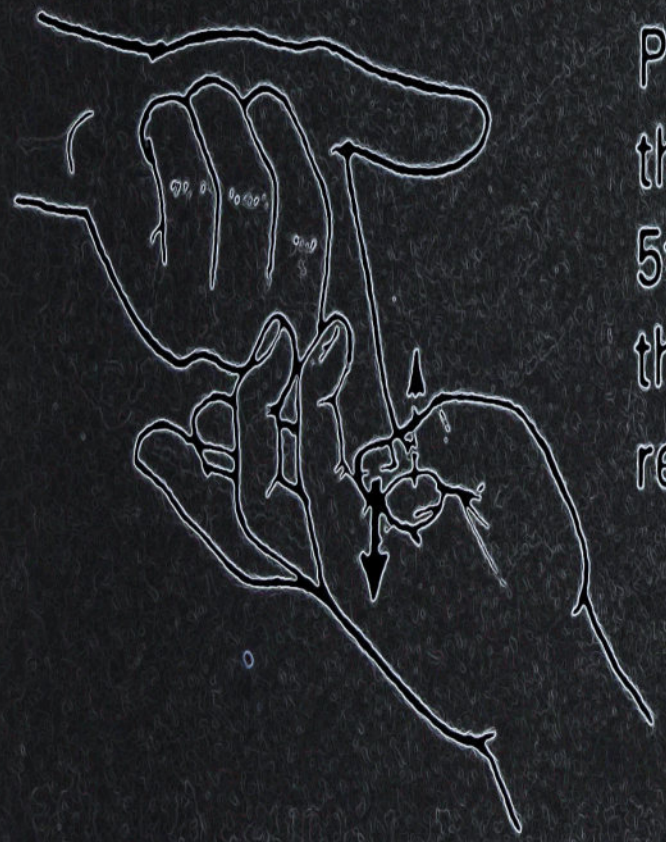
- Fisiologis
- Patofisiologi
- Pemeriksaan klinis yang baik
- Pemeriksaan penunjang yang baik

Pemeriksaan Klinis neurologis yang baik

- Anamnesa
- Pemeriksaan general
- Pemeriksaan neurologis
- Working Diagnosa
- Pemeriksaan penunjang

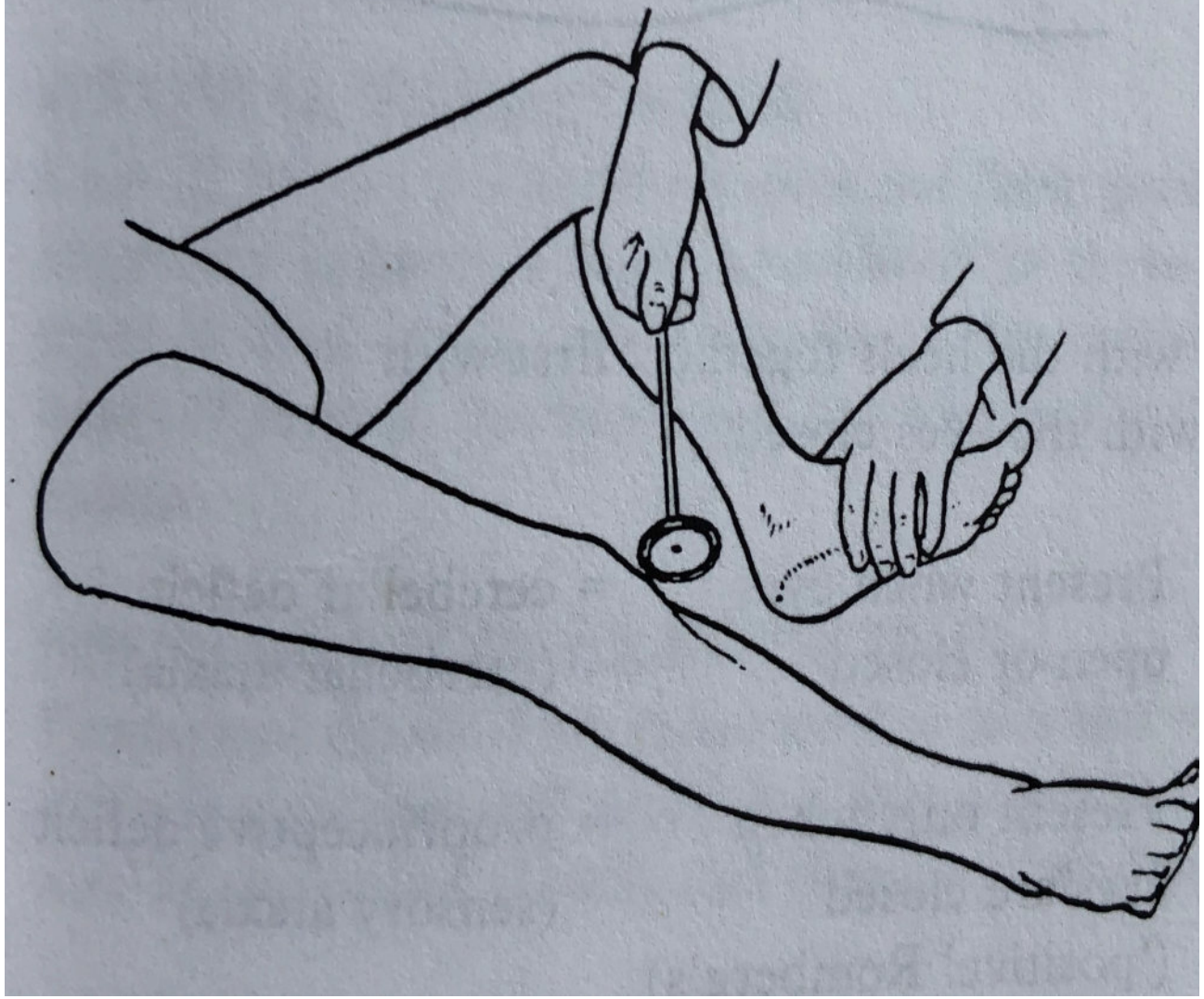
Thumb opposition

Opponens pollicis: C8, T1 roots. Median nerve



Patient tries to touch the base of the 5th finger with thumb against resistance

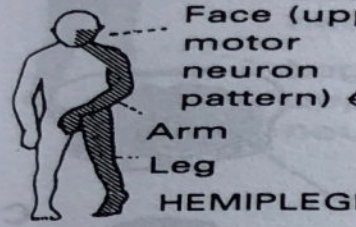
Ankle jerk: S1, S2 roots.



UPPER MOTOR NEURON LIMB WEAKNESS – UNILATERAL

Useful localising features (not always present)

Lesion site



HEMIPLEGIA

- Impairment of conscious level.
- Visual field deficit.
- Dysphasia (if dominant hemisphere).

→ CONTRALATERAL HEMISPHERE LESION

- Alert.
- No dysphasia (if dominant hemisphere).
- Visual field deficit rare.

→ CONTRA-LATERAL INTERNAL CAPSULE LESION

Contralateral III nerve palsy.

→ CONTRALATERAL MIDBRAIN LESION

HEMIPLEGIA

Conjugate gaze deviation towards the weak limbs (impaired movement towards the 'normal' limb).
Lower motor neuron facial weakness on side opposite the weak limbs.

→ CONTRALATERAL PONTINE LESION

HEMIPLEGIA

- Visual field deficit.
- Discriminatory sensory deficit.

→ CONTRA-LATERAL CORTEX LESION

Pain and temperature loss on the same side as the weakness and a Horner's syndrome and weak palate and tongue on the opposite side.

→ CONTRALATERAL MEDULLARY LESION

C1 – C4

Pain and temperature loss on the opposite side to the limb weakness and a Horner's syndrome and proprioception loss on the same side.

→ IPSILATERAL SPINAL LESION

MONOPLEGIA

- Visual field deficit.
- Dysphasia (if dominant hemisphere).
- Discriminatory sensory deficit.

→ CONTRALATERAL CORTEX LESION

- Discriminatory sensory deficit.
- Pain and temperature loss in the opposite leg, proprioception loss on the same side.

→ IPSILATERAL SPINAL LESION

T1 – L1

Working Dx

Apakah gejala yang muncul pada pasien karena proses fokal atau general di system saraf

Lokasi lesi

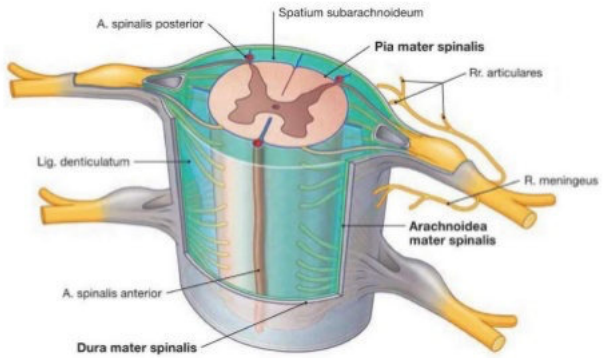
Penyebab lesi

Yang Harus Disimpulkan

- Gambaran klinis yang sesuai dengan keluhan pasien
- Identifikasi gejala klinis lain yang tidak diungkap oleh pasien
- Dasar anatomi dari gejala neurologi yang muncul

Paralisis

UMN

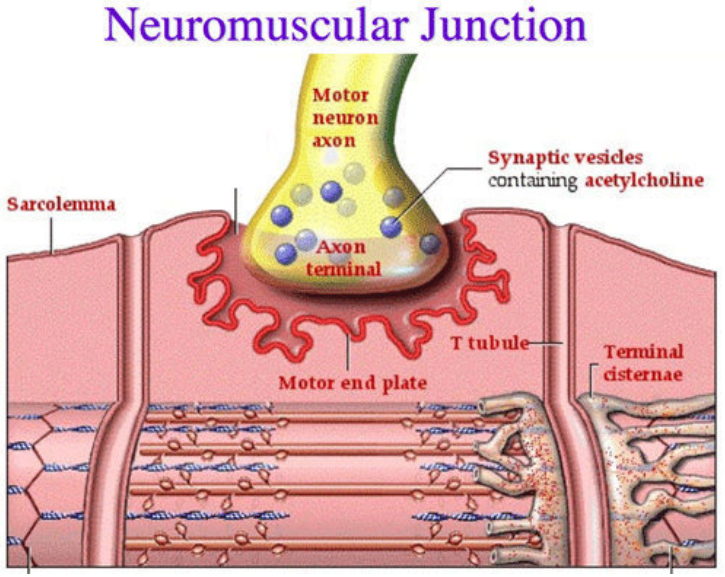


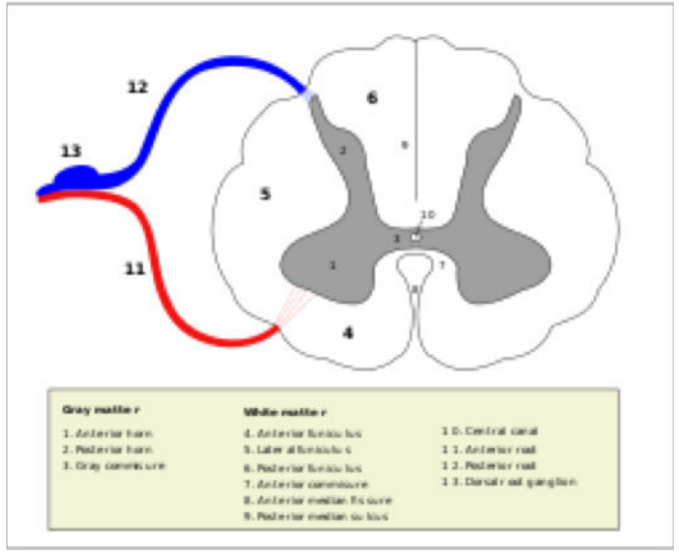
MENINGENS

Medulla spinalis dibungkus oleh lapisan yang disebut dengan **"Meningens".** Terdiri atas 3 lapis yaitu dura mater, arachnoidea mater, dan pia mater.

Antara arachnoid mater dan pia mater terdapat suatu ruangan **(celah)** yang disebut **spatium subarachnoidea.** didalam ruang tersebut terdapat LCS (Liquor Cerebro Spinalis).

LMN





Pemeriksaan awal pada setiap pasien dengan kelemahan harus dipastikan :

1. Pasien mempunyai jalan nafas yang aman dan fungsi nafas yang adequate
2. Pastikan penyebab dari kelemahan yang terjadi
3. Tentukan tindakan kegawat daruratan yang diperlukan oleh pasien baik untuk kelainan primer maupun kelainan sekunder akibat kelainan primer yang terjadi
4. Mulailah tatalaksana yang tepat berdasarkan pemeriksaan klinis neurologis yang baik dan bekerja sama dengan bidang ilmu yang dibutuhkan.

Klasifikasi kekuatan motorik

0 = no trace of movement

1 = a trace of motion,but insufficient to move an extremity

2 = movement of the extremity in the horizontal plane,but not against gravity

3 = movement of an extremity against graivity,but not against additional resistance

4 = movement of an extremity against resistance,but with lesws than full strength

5 = normal strange

Lesi otak :

- Gangguan berbahasa
- Agnosia dan aprhaksia
- Gangguan lapangan pandang
- Defisit motoris,sensoris
- Gangguan kesadaran,persepsi dan perilaku
- Astereognosis,grapesthesia

Lesi batang otak

- Disfungsi saraf kranial
- Hemiplegia alternating

Lesi medulla spinalis

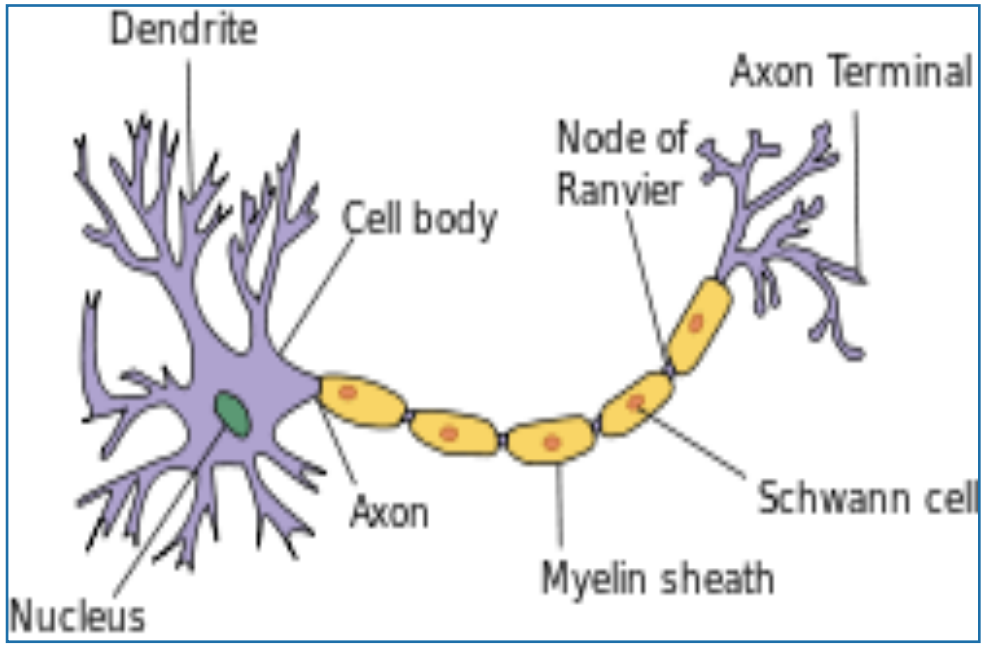
- Gangguan sensoris atau motoris yang segmental
- Kombinasi gambaran klinis kelumpuhan UMN dan LMN
- Disosiasi sensoris
- Disosiasi sensori-motoris

Lesi pada saraf tepi

- Gangguan motoris atau sensoris yang sesuai dengan distribusi saraf tunggal dan memberikan gambaran klinis berupa kelumpuhan motorik LMN
- Nyeri yang sesuai dengan distribusi saraf tunggal

Akut

1. GBS
2. Diphteric polyneuropathy
3. Porphric polyneuropathy
4. Tick paralysis
5. Critical illness polyneuropathy



Akut atau subkronik

1. Defisiensi vitamin
2. Toxic polyneuropathy

Tanda klinis	Neuropati	N-M junction	Myopati
Pola Kelemahan	Distal> proximal	Bervariasi	Proximal>distal
Derajat kelemahan	Progresif,konstan	Bervariasi	Progresif,konstan
Gangguan sensoris	Distal>proximal	Tidak ada	Tidak ada
Nyeri	Distal,bervariasi	Tidak ada	Biasanya tidak ada
Atrofi otot	Bervariasi,biasanya timbul secara dini	Tidak ada	Bervarisi,biasanya muncul belakangan
Refleks	Menurun atau malah tidak ada	Normal	Normal atau sedikit menurun
Fasikulasi	Kadang-kadang ada	Tidak ada	Tidak ada
Kadar Protein dalam CSF	Normal atau meningkat	Normal	Normal
Kadar CK	Normal	Normal	Meningkat
Tes edrophonium	Tidak berespon	Mungkin ada respon	Tidak ada respon

Kesimpulan

Kelemahan dapat terjadi sebagai akibat beberapa gangguan atau penyakit lain yang mendasari atau menyebabkan

Terapi yang tepat memerlukan diagnosis yang akurat

Berdasarkan pemeriksaan klinis neurologis yang baik

Pemeriksaan penunjang yang tepat

Terapi berdasarkan diagnosis dan etiologis