

ILEUS PARALITIK

Ali Djumhana

Sub Bagian Gastroentero-Hepatologi, Bagian Ilmu Penyakit Dalam
Fakultas Kedokteran UNPAD / RS dr.Hasan Sadikin
B a n d u n g

Ileus paralitik atau *adynamic ileus* adalah keadaan di mana usus gagal / tidak mampu melakukan kontraksi peristaltik untuk menyalurkan isinya. Ileus paralitik ini bukan suatu penyakit primer usus melainkan akibat dari berbagai penyakit primer, tindakan (operasi) yang berhubungan dengan rongga perut, toksin dan obat-obatan yang dapat mempengaruhi kontraksi otot polos usus.

Gerakan peristaltik merupakan suatu aktivitas otot polos usus yang terkoordinasi dengan baik diatur oleh *neuron inhibitory* dan *neuron excitatory* dari sistim *enteric motor neuron*. Kontraksi otot polos usus ini dipengaruhi dan dimodulasi oleh berbagai faktor seperti sistim saraf simpatik – parasimpatik, neurotransmitter (adrenergik, kolinergik, serotonergik, dopaminergik, hormon intestinal, keseimbangan elektrolit dan sebagainya.

Ileus paralitik hampir selalu dijumpai pada pasien pasca operasi abdomen. Keadaan ini biasanya hanya berlangsung antara 24-72 jam. Beratnya ileus paralitik pasca operasi bergantung pada lamanya operasi/narkosis, seringnya manipulasi usus dan lamanya usus berkontak dengan udara luar. Pencemaran peritoneum oleh asam lambung, isi kolon, enzim pankreas, darah, dan urin akan menimbulkan paralisis usus. Kelainan retroperitoneal seperti hematoma retroperitoneal, terlebih lagi bila disertai fraktur vertebra sering menimbulkan ileus paralitik yang berat. Demikian pula kelainan pada rongga dada seperti pneumonia paru bagian bawah, empiema, dan infark miokard dapat disertai paralisis usus. Gangguan elektrolit terutama hipokalemia, hiponatremia, hipomagnesemia atau hipermagnesemia memberikan gejala paralisis usus.

Penyakit / keadaan yang menimbulkan ileus paralitik dapat diklasifikasikan seperti yang tercantum di bawah ini :

Kausa Ileus Paralitik :

1. Neurologik

- Pasca operasi
- Kerusakan medula spinalis
- Keracunan timbal kolik ureter
- Iritasi persarafan splanknikus
- Pankreatitis

2. Metabolik

- Gangguan keseimbangan elektrolit (terutama hipokalemia)
- Uremia
- Komplikasi DM
- Penyakit sistemik seperti SLE, sklerosis multipel

3. Obat-obatan

- Narkotik
- Antikolinergik
- Katekolamin
- Fenotiasin
- Antihistamin

4. Infeksi

- Pneumonia
- Empiema
- Urosepsis
- Peritonitis
- Infeksi sistemik berat lainnya

5. Iskemia usus

MANIFESTASI KLINIS

Pasien ileus paralitik akan mengeluh perutnya kembung (*abdominal distention*), anoreksia, mual dan obstipasi. Muntah mungkin ada mungkin pula tidak ada. Keluhan perut kembung pada ileus paralitik ini perlu dibedakan dengan keluhan perut kembung pada ileus obstruksi. Pasien ileus paralitik mempunyai keluhan perut kembung, tidak disertai nyeri kolik abdomen yang paroksismal.

Pada pemeriksaan fisik keadaan umum pasien bervariasi dari ringan sampai berat bergantung pada penyakit yang mendasarinya, didapatkan adanya distensi abdomen, perkusi timpani dengan bising usus yang lemah dan jarang bahkan dapat tidak terdengar sama sekali. Pada palpasi, pasien hanya menyatakan perasaan tidak enak pada perutnya. Tidak ditemukan adanya reaksi peritoneal (nyeri tekan dan nyeri lepas negatif). Apabila penyakit primernya peritonitis, manifestasi klinis yang ditemukan adalah gambaran peritonitis.

PEMERIKSAAN PENUNJANG

Pemeriksaan laboratorium mungkin dapat membantu mencari kausa penyakit. Pemeriksaan yang penting untuk dimintakan yaitu leukosit darah, kadar elektrolit, ureum, glukosa darah, dan amilase. Foto polos abdomen sangat membantu menegakkan diagnosis. Pada ileus paralitik akan ditemukan distensi lambung usus halus dan usus besar memberikan gambaran *herring bone*, selain itu bila ditemukan *air fluid level* biasanya berupa suatu gambaran *line up* (segaris). Hal ini berbeda dengan *air fluid level* pada ileus obstruktif yang memberikan gambaran *stepladder* (seperti anak tangga). Apabila dengan pemeriksaan foto polos abdomen masih meragukan adanya suatu obstruksi, dapat dilakukan pemeriksaan foto abdomen dengan mempergunakan kontras kontras yang larut air. Pemeriksaan penunjang lainnya yang harus dilakukan adalah pemeriksaan darah rutin (Hb, leukosit, hitung jenis dan trombosit), elektrolit, BUN dan kreatinin, sakar darah, foto dada, EKG, bila dianggap perlu dapat dilakukan pemeriksaan lainnya atas indikasi seperti amilase, lipase, analisa gas darah, ultrasonografi abdomen bahkan CT scan.

PENGELOLAAN

Pengelolaan ileus paralitik bersifat konservatif dan suportif. Tindakannya berupa dekompresi, menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit, mengobati kausa atau penyakit primer dan pemberian nutrisi yang adekuat.

Beberapa obat-obatan jenis penyekat simpatik (simpatolitik) atau obat parasimpatomimetik pernah dicoba, ternyata hasilnya tidak konsisten. Untuk dekompresi dilakukan pemasangan pipa nasogastrik (bila perlu dipasang juga rectal tube). Pemberian cairan, koreksi gangguan elektrolit dan nutrisi parenteral hendaknya diberikan sesuai dengan kebutuhan dan prinsip pemberian nutrisi parenteral. Beberapa obat yang dapat dicoba yaitu metoklopramid bermanfaat untuk gastroparesis, sisaprid bermanfaat untuk ileus paralitik pasca-operasi, dan klonidin dilaporkan bermanfaat untuk mengatasi ileus paralitik karena obat-obatan. Neostigmin sering diberikan pada pasien ileus paralitik pasca operasi. Bila bising usus sudah mulai ada dapat dilakukan *test feeding*, bila tidak ada retensi, dapat dimulai dengan diit cair kemudian disesuaikan sejalan dengan toleransi ususnya

PROGNOSIS

Prognosis ileus paralitik baik bila penyakit primernya dapat diatasi.

DAFTAR PUSTAKA

1. Livingstone AS, Sasa JL. Ileus and obstruction in Haubrich WS, Schaffner F (eds); Bockus Gastroenterology 5th ed. Philadelphia, WB Saunders Co., 1995
2. Sileu W. Acute intestinal obstruction. In : Isselbacher KJ, Braunwald E, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, Kasper DL (eds). Harrison's Principles of Internal Medicine 13th ed : New York, Mc Graw-Hill, 1994
3. Schuffer WD, Sinanan MN. Intestinal obstruction and pseudoobstruction in : Sleissenger MH, Fordtran JS (eds). Gastrointestinal Disease; Pathophysiology/ Diagnosis / Management 5th ed. Philadelphia, WB Saunders Co, 1993
4. Livingstone EH, Passoro EP. Postoperative ileus. Dig. Dis. Sci. 1990; 35 : 121-32
5. Saudgren JE, Mc Phee MS, Greenberger NJ. Narcotic bowel syndrome treated with clonidin. Resolution of abdominal pain and pseudoobstruction. Ann Intern Med 1990; 101 : 331-4.

