

HIV dan Psikiatri: Bagian 2

Oleh David Goldenberg MD; Brian Boyle MD

Pengantar

HIV adalah virus neurotropik. Ia memasuki susunan saraf pusat (SSP) pada tahap awal infeksi dan merupakan penyebab dari banyak, tetapi tentu tidak semua, gejala neurologi dan psikiatri yang merupakan aspek umum penyakit HIV. Penyakit mental organik yang dihubungkan dengan infeksi HIV berada di antara bidang neurologi dan psikiatri karena seringkali gejala yang terlihat terutama adalah psikiatri, walaupun ada patologi neurologi organik yang bermakna. Oleh karena itu, pengetahuan dasar perwujudan klinis keterlibatan HIV dalam SSP adalah penting dalam membuat diagnosis lengkap dan tepat terhadap penyakit psikiatri pasien.

Penyakit psikiatri yang dikaitkan dengan infeksi HIV, sebelumnya sudah ditinjau ulang pada Bagian 1 artikel ini. Sisa artikel ini terutama mengenai penyebab organik tertentu dari penyakit psikiatri pada pasien yang terinfeksi HIV, terutama demensia terkait HIV (*HIV-associated dementia* – HAD). Ini merupakan topik penting, karena 90% pasien AIDS mempunyai tanda penyakit SSP saat diotopsi dan 65% sampai 80% pasien AIDS yang dirawat inap mengembangkan salah satu tipe penyakit mental organik selama dirawat inap. Artikel ini tidak akan mencoba meninjau ulang semua penyebab penyakit psikiatri atau neurologi organik pada pasien yang terinfeksi HIV. Infeksi oportunistik, seperti toksoplasmosis dan kriptokokosis; penyakit SSP; penyakit metabolik dan elektrolit; sifilis; dan obat-obatan semuanya dapat menyebabkan penyakit SSP dan disfungsi yang bermakna pada kelompok pasien ini. Mengesampingkan adanya penyakit ini akan dianggap sebagai bagian penilaian baku bagi pasien dengan HIV dan perubahan status mental.

Istilah yang digunakan untuk menggambarkan perwujudan gejala infeksi SSP HIV, termasuk “penyakit mental organik,” beraneka ragam dan kadang-kadang membingungkan. Karena kebingungan ini, **World Health Organization** (WHO) dan **American Academy of Neurology** mengusulkan agar dibuat penjelasan dalam bidang ini. Dalam artikel ini, “penyakit mental organik” akan berarti HAD, delirium, dan penyakit organik yang mempunyai gejala yang menyerupai psikosis atau skizofrenia dan gejala afeksi (perasan dan emosi yang lunak). HAD akan mencakup kondisi yang secara umum disebut *AIDS dementia complex* (ADC) dan *HIV minor cognitive-motor disorder* (MCMD).

Demensia Terkait HIV

Istilah “demensia terkait HIV” (*HIV associated dementia* – HAD) mencakup spektrum luas perwujudan psikiatri dan neurologi dari infeksi HIV pada SSP. HAD mencakup berbagai derajat gejala kognitif, motor, dan perilaku. Pada bagian akhir spektrum yang parah ini terdapat ADC, satu kondisi yang dapat mengakibatkan kerusakan SSP secara bermakna dan ini merupakan suatu penyulit yang didefinisikan AIDS. Di sisi lain dari spektrum ini adalah MCMD terkait HIV; ini menggambarkan gejala yang sebenarnya tidak memenuhi syarat untuk demensia karena gejala ini tidak mengganggu kegiatan sehari-hari secara bermakna.

Kejadian dan prevalensi ADC berbeda-beda, tergantung dari tahap infeksi dan kelompok yang diteliti. Penelitian sebelum HAART menyatakan bahwa hingga 20% pasien dengan AIDS mengalami demensia HIV dan kejadian tahunan setelah berkembang menjadi AIDS kurang-lebih 7%. Penelitian yang lebih baru kurang jelas mengenai kejadian ADC pada masa HAART, tetapi penelitian di Australia menyimpulkan bahwa ADC meningkat sesuai dengan perbandingan dari penyakit yang didefinisikan AIDS dan sedikitnya sebagian dari peningkatan ini berhubungan dengan rendahnya daya tembus obat antiretroviral terhadap SSP.

ADC adalah demensia subkortikal, dan perkembangannya terjadi secara tersembunyi. Sebagai demensia subkortikal, biasanya tidak disertai gejala kognitif fokal, seperti afasia, apraksia, dan agnosia. Gejala motor biasanya menyeluruh. ADC mempunyai tahapan dari 0 sampai 4, dengan tahap 0 adalah fungsi mental dan motor yang normal, dan tahap 4 merupakan tahap akhir, dengan kekurangan kognitif dan motor yang parah.

Secara khas, pasien yang menderita HAD mula-mula mengeluhkan terjadinya penurunan kognitif yang ringan, seperti mental yang lamban dan sulit untuk berkonsentrasi, mengingat, dan menyelesaikan tugas. Pada titik ini, hasil pemeriksaan sederhana untuk mengetahui keadaan mental biasanya normal, tetapi beberapa kemunduran psikomotor mungkin terlihat. Gejala motor dapat mencakup mudah kikuk atau gaya berjalan seperti sempoyongan serta refleks-refleks primitif dari hidung (*snout*), genggaman (*grasp*), telapak tangan (*palmomenta*), serta pergerakan jari yang melambat dan kesulitan untuk mengatur gerakan mata. Dalam perilaku, menarik diri dari pergaulan, apatis, atau berkurangnya perhatian kepada teman atau kegemaran mungkin terjadi. Terutama pada awal terjadinya, gejala ini mungkin keliru dianggap depresi bila mereka benar-benar menunjukkan pseudodepresi yang umum terjadi pada pasien dengan ADC.

Gejala HAD, yang awalnya mungkin ringan, dapat melaju kepada kemerosotan menyeluruh fungsi kognitif, perlambatan psikomotor yang parah, paraparesis, dan tidak dapat menahan untuk buang air kecil dan air besar. Kesadaran terjaga kecuali untuk hipersomnia (sering sangat mengantuk). Diagnosis HAD biasanya dibuat berdasarkan riwayat, penilaian klinis, dan menyingkirkan penyebab perubahan status mental lain yang dapat diobati. Penggambaran jarang membantu kecuali sebagai penolong dalam menyingkirkan penyebab lain. CT dan MRI secara umum menunjukkan atrofi yang merata dengan sulkus yang meluas dan pembesaran bilik jantung, tetapi penemuan ini tidak berkaitan dengan status klinis. Tomografi *positron emission* (PET) bisa memperlihatkan hipermetabolisme subkortikal pada tahap dini dan hipometabolisme kortikal dan subkortikal pada tahap berikutnya. EEG mungkin normal atau menunjukkan perlambatan yang merata, khususnya pada tahap lanjut. Dalam penelitian terhadap orang HIV-positif nondemensia, hasil CT foton tunggal berkaitan dengan disfungsi kognitif.

Sebagaimana yang dinyatakan, pemeriksaan sederhana keadaan mental jarang berguna dalam mendiagnosis ADC. Sebenarnya, deretan tes neuropsikiatri yang lebih luas diperlukan tetapi biasanya di luar jangkauan praktis dari sebagian besar layanan klinis. Sebagian besar penelitian menunjukkan bahwa keluhan subyektif pasien yang bergejala mencerminkan hilangnya kognitif yang objektif dan tidak dapat dijelaskan melalui gangguan depresi psikiatri. Sedikitnya satu penelitian menyimpulkan bahwa pada orang yang bergejala, tidak ada hubungan antara keluhan yang subjektif dan fungsi kognitif, tetapi keluhan ini terkait dengan afeksi dan suasana hati. Skala demensia HIV lebih praktis, yang terdiri dari empat subset yang mengukur keterampilan kognitif dan motor dan dapat dilakukan pada pasien yang rawat inap atau pun pasien rawat jalan saat kunjungan ke dokter.

Pada masa sebelum HAART, sedikit yang dapat dilakukan untuk menghentikan laju HAD. Namun, selama beberapa tahun terakhir, ada peningkatan bermakna dalam pemahaman neuropatogenesis penyakit HIV di otak serta dampak obat antiretroviral pada SSP dan penyerapannya ke dalam SSP. Dengan peningkatan pemahaman tentang patogenesis, ada sejumlah bukti yang terus berkembang yang mendukung pengobatan infeksi HIV yang mendasarinya. Tinjauan ulang terhadap penelitian yang menunjukkan perbaikan penyakit HIV di otak dengan HAART jauh di luar cakupan artikel ini; namun, berdasarkan data ini, terapi antiretroviral dengan obat yang dapat menembus SSP secara optimal (AZT, ddI, d4T, nevirapine, efavirenz, indinavir) sebaiknya diteruskan secara agresif sebagai sarana untuk memperlambat, atau dalam beberapa kasus, membalik arah laju HAD. Tentu saja, karena kepatuhan adalah hal yang tidak mungkin pada pasien dengan HAD tahap apa pun, sangat diperlukan adanya pengawasan terhadap pengobatan termasuk terapi dengan pengawasan langsung (*directly observed therapy* – DOT).

Psikostimulan (pemolin, metilfenidat, dekstoamfetamin) mungkin berguna untuk mengobati apatis dan perlambatan psikomotor. Antidepresan sebaiknya dipakai untuk mengobati depresi yang terjadi bersamaan, tetapi antidepresan trisiklik sebaiknya dihindari karena adanya kekhawatiran yang meningkat sehubungan dengan delirium antikoligernik.

Ada angka kesakitan lain yang bermakna pada pasien dengan penyakit psikiatri yang terkait HIV (depresi, mania, delirium) dan HAD. Meskipun demikian, cukup sulit untuk membuat diagnosis dari depresi utama pada pasien dengan gangguan kognitif, motor, dan perilaku. Sebaiknya jangan dianggap atau disimpulkan bahwa ada depresi yang mendasarinya atau karena pasien mengalami ADC atau MCMD, lalu ia mengalami depresi. Diagnosis depresi pada orang yang mempunyai gejala medis dan neurologis sebaiknya dibuat oleh ahli jiwa yang sudah terbiasa dengan penyakit dan perwujudan dari depresi itu sendiri.

Delirium

Delirium adalah nama generik untuk keadaan jiwa umum dengan banyak penyebab. Pasien AIDS yang dirawat inap berisiko lebih tinggi untuk mengalami delirium dengan kejadian 30% sampai 40%. Delirium juga ditemukan waktu serokonversi HIV. Tidak seperti demensia, serangan delirium biasanya akut, dan pasien dibawa ke rumah sakit sebagai akibat dari perubahan status keadaan mental. Gejala pada pasien mungkin keliru dikira memburuknya demensia atau penyakit jiwa yang sudah ada sebelumnya.

Delirium ditandai dengan adanya gangguan pada ketajaman dan kesadaran, dan ketidakmampuan untuk menghadapi rangsangan luar atau berkonsentrasi. Ini bertambah besar dan melemah, tetapi semua gejala mungkin tidak berubah-ubah secara serempak. Pasien sering kali memperlihatkan gerak-gerik psikomotor – kegiatan motor berulang tanpa arti seperti mengumpat pada seprai atau baju – atau memainkan peranan atau menanggapi gangguan persepsi. Halusinasi visual dan paranoia adalah umum, karena disorientasi dan gangguan siklus tidur-bangun.

Pengobatan delirium berdasarkan pada pengobatan terhadap penyebab yang mendasarinya. Etiologi seringkali mengandung berbagai unsur atau rumit. Misalnya, pasien dengan pneumonia *Pneumocystis jiroveci* mungkin demam dan/atau kurang oksigen, mungkin memakai kortikosteroid, dan mungkin mengalami gangguan metabolik secara bersamaan. Perawatan harus termasuk dukungan terhadap pasien dan mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit. Penyalahgunaan zat atau gejala lepas zat juga mengacaukan gambaran klinis.

Sementara pengobatan harus dimulai secepatnya karena kemungkinan delirium berhubungan dengan keparahan dan kematian, penilaian harus memperhatikan pengamatan oleh berbagai staf. Sifat yang naik-turun dari gangguan ini dapat menyesatkan. Perangkat penilaian yang bermanfaat mencakup pemeriksaan kesehatan mental sederhana, uji *draw-a-cube* atau *draw-a-clock face*, dan *Memorial Delirium Assessment Scale*.

Di samping mengobati penyebab dasarnya, pendekatan baku terhadap pengobatan bersifat farmakologi dan lingkungan. Sebaiknya upaya dibuat untuk mengurangi rangsangan yang tidak berhubungan, sering-sering mengorientasi pasien, dan berikan benda atau orang yang dikenal di sekitarnya. Pengobatan berdasar gejala dengan obat hampir selalu diperlukan, terutama pada kasus yang parah. Obat neuroleptik merupakan pengobatan utama farmakologi dan dapat diberikan secara oral, dalam otot, atau intravena. Dosis awal sebaiknya rendah, dan harus diperhatikan untuk menghindari memburuknya antikolinergi. Olanzapin cukup berguna untuk efek samping Parkinson meski angka kejadiannya rendah. Haloperidol berguna karena dapat diberikan melalui tiga cara yang disebutkan di atas dan telah terbukti berguna terhadap delirium pada pasien kanker. Benzodiazepin sebaiknya dihindari karena terbukti memperburuk delirium pada pasien AIDS.

Gejala Seperti Psikosis dan Perubahan Perilaku

Ada laporan mengenai psikosis dan penyakit perilaku organik yang terkait HIV. Prevalensi penyakit ini tidak diketahui. Sewell dan rekan-rekannya meneliti 20 pasien yang terinfeksi HIV dengan serangan baru psikosis tanpa delirium, penyalahgunaan zat, atau peristiwa psikosis sebelumnya dan membandingkannya dengan 20 pasien HIV yang nonpsikosis sebagai kelompok kontrol. Pasien yang psikosis lebih mungkin mempunyai riwayat menyalahgunakan atau ketergantungan obat hipnosis/pereda rasa sakit atau obat perangsang. Peneliti menyimpulkan bahwa serangan baru psikosis sebagian mungkin merupakan perwujudan dari HAD awal. Penulis lain menyetujui jika serangan baru psikosis pada pasien yang terinfeksi HIV tampaknya terkait dengan HAD.

Mania dan sindrom mania juga terkait dengan penyakit HIV. Penelitian baru-baru ini mengamati mania terkait HIV dan terapi AZT serta menemukan, setelah tiga tahun, AZT membantu melindungi terhadap berkembangnya mania tetapi mania merupakan pertanda HAD.

Bila pasien mempunyai psikosis atau mania terkait HIV, mengobati HIV adalah utama. Namun, HAART tidak boleh dipakai sampai penyulit ini ditanggulangi. Pengobatan psikosis atau mania dapat dicapai dengan obat antipsikosis dan penstabil suasana hati. Konsultasi dan kerja sama psikiatri biasanya diperlukan untuk keadaan ini.

Progressive Multifocal Leukoencephalopathy (PML)

PML adalah penyulit neurologi dari sindrom penurunan kekebalan yang merusak dan sering disebut sebagai contoh dari keadaan yang sering kali mengacaukan diagnosis dan mungkin keliru dianggap sindrom psikiatri primer. PML adalah infeksi SSP oleh virus JC dan menyebabkan daerah demielinasi pada MRI. Tidak ada penampakan patognomonik, tetapi pasien sering menunjukkan hilangnya neurologi multifokal. Kehilangan ini mungkin tidak multipel, dan pasien juga dapat memperlihatkan perubahan status mental yang parah, termasuk delirium, hilangnya kemampuan kognitif, sikap yang labil atau psikosis, dan perubahan kepribadian. Diagnosis dibuat berdasarkan riwayat, mengesampingkan penyakit SSP lain, menemukan gambaran MRI yang khas, dan mendeteksi virus JC melalui *polymerase chain reaction* (PCR) dalam cairan serebrospinal. Pada pasien yang PCR-negatif, biopsi otak umumnya dianjurkan bila PML dicurigai. Tidak ada pengobatan yang menyembuhkan, tetapi pengobatan dengan HAART umumnya dianjurkan. Bukti mengesankan bahwa HAART mungkin merupakan pengobatan untuk dan juga melindungi terhadap PML, tetapi juga ada bukti yang bertentangan; pasien dengan PML yang mengalami perbaikan kekebalan dengan HAART tidak mengalami perbaikan secara neurologi. Penatalaksanaan ini bersifat mengurangi gejala.

Kesimpulan

Artikel ini merupakan tinjauan singkat dari penyakit otak organik terkait HIV. Penulis lain juga telah meninjau ulang bidang ini, tetapi sebelum masa HAART. Sekarang, meskipun ada peningkatan dalam kesadaran terhadap kerumitan SSP, peningkatan dalam pemahaman neuropatologi, dan perbaikan pengobatan, penyakit otak organik tetap menyulitkan gambaran klinis penyakit HIV dan untuk memperkirakan hasil negatif. Waktu menilai pasien dengan perubahan status mental dan mempertimbangkan diagnosis berbeda, penting untuk mengingat penyakit lain yang mungkin mempengaruhi diagnosis, dan yang dapat diobati dan bersifat sementara. Infeksi oportunistik bersifat umum dan dapat diobati, tetapi interaksi obat, pemakaian narkoba ilegal atau rekreasi, dan penyebab tekanan psikososial sebaiknya dipertimbangkan tidak hanya sebagai etiologi yang mungkin tetapi juga sebagai unsur yang dapat memperburuk atau bahkan membantu mendiagnosis HAD.

Penatalaksanaan proses demensia apa pun mencakup dukungan lingkungan dan sosial di samping penatalaksanaan gejala farmakologi. Merawat orang yang mengalami demensia yang berkembang, memburuk, atau bahkan yang stabil biasanya melelahkan secara emosional, fisik, dan keuangan. Sering kali pendukung menderita kelelahan, *burnout* (jenuh), dan depresi, dengan perasaan tidak berdaya dan rasa bersalah. Merupakan tantangan psikologis untuk berdukacita atas kehilangan kepribadian pasangan atau orang yang dicintai sambil terus merawat orang tersebut secara fisik dan emosional. Perawatan yang luas di rumah adalah penting. Orang tersebut juga sering memerlukan perawatan di rumah yang terampil.

Karena pasien kehilangan kemampuan untuk membuat keputusan dengan bijaksana dan pertimbangan yang baik, kemungkinan perkembangan HAD sebaiknya dibahas dengan pasien waktu mereka masih sehat. Walaupun sering kali sulit untuk menghadapi masalah kehilangan kecakapan atau penyulit yang mungkin sangat merusak, melakukan hal demikian dapat bermanfaat. Pasien mungkin perlu dibantu untuk membuka pintu perencanaan kemungkinan atau kepastian, memilih wali perawatan kesehatan, dan bahkan untuk membahas ketakutan dan kegelisahannya mengenai kemerosotan mental. Pembahasan ini bermanfaat tidak hanya untuk pasien tetapi juga untuk anggota keluarga.

Penyakit otak organik kadang-kadang merupakan salah satu dari ketakutan terbesar dari pasien HIV kita. Kehilangan kepribadian dan kemampuan mental sering kali disamakan dengan kehilangan rasa sebagai orang dan martabat. Penting untuk membantu pasien dan keluarganya merencanakan kemungkinan ini dengan ilmu pengetahuan dan harapan serta cita-cita yang realistis.

Sumber: The AIDS Reader 10(4): 201-204, 2000

URL: <http://www.medscape.com/viewarticle/410281>

Diterjemahkan oleh WartaAIDS, diterbitkan oleh Yayasan Spiritia