

Panorama 2019



BAGIAN NEUROLOGI FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS ANDALAS / RSUP DR. M. DJAMIL PADANG
BEKERJASAMA DENGAN
PERHIMPUNAN DOKTER SPESIALIS SARAF INDONESIA (PERDOSSI) CABANG PADANG

Sertifikat

Diberikan Kepada

dr. Restu Susanti, Sp.S, M.Biomed

Atas Partisipasinya Sebagai

PEMBICARA

Padang Neurology Annual Meeting and Application 2019
“ Insight in Neurology : Integrating Comprehensive Management
from Primary to Tertiary Health Care ”

Pangeran Beach Hotel Padang, 6-7 Juli 2019

Simposium SK PB IDI No: 1205/IDI-WIL-SB/SK/III/2019

Peserta : 8 SKP ; Pembicara : 8 SKP ; Moderator : 2 SKP ; Panitia : 1 SKP

Workshop SK PB IDI No: 1206/IDI-WIL-SB/SK/III/2019

Peserta : 6 SKP ; Pembicara : 6 SKP

Bagian Neurologi RSUP DR. M. Djamil

Perdossi Cabang Padang

dr. Syarif Indra, Sp.S

Ketua

Panitia Panorama 2019

dr. Restu Susanti Sp.S. M.Biomed

Ketua Pelaksana

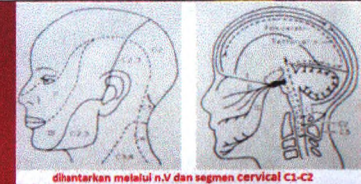


Acute Management in Headache: When to Treat and When to Refer Patient in Primary Health Care

RESTU SUSANTI

PADANG, 7 JULI 2019

Pendahuluan

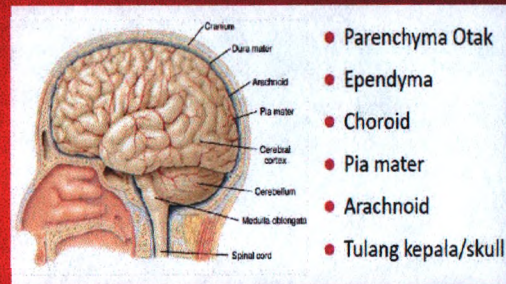


- ▶ Nyeri kepala adalah keluhan neurologis yang umum ditemukan.
- ▶ Hampir setengah dari seluruh populasi dewasa di seluruh dunia pernah mengalami nyeri kepala.
- ▶ **NYERI KEPALA** adalah sensasi tidak nyaman disekitar kepala (antara orbita dan oksiput) akibat kelainan struktural (intra/ekstrakranial)
- ▶ Penatalaksanaan medis nyeri kepala sebagian besar dapat dilakukan di pelayanan kesehatan primer. Hanya 1-2 % kasus nyeri kepala yang datang ke unit gawat darurat.
- ▶ Nyeri kepala merupakan **ALARM** untuk kelainan di Otak → **WASPADA**
- ▶ Anamnesis yang tepat mampu menentukan tipe nyeri kepala PRIMER / SEKUNDER sehingga pilihan terapi tepat

Struktur Kranial Peka Nyeri

- ▶ Intrakranial : dura near vessel, cranial nerves V, VII, IX, X, Circle of willis dan Proximal continuations, meningeal arteries, large veins in the brain and dura
- ▶ Ekstrakranial : scalp & neck muscle, Cervical nerves & roots, cutaneous nerves & skin, mucosa of the paranasal sinuses, teeth & gum, external carotid arteries & branches.

Struktur Kranial tidak peka Nyeri

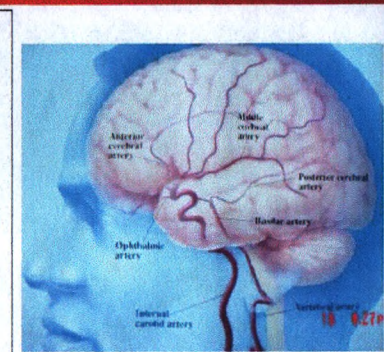


- Parenchyma Otak
- Ependyma
- Choroid
- Pia mater
- Arachnoid
- Tulang kepala/skull

Mekanisme Nyeri Kepala

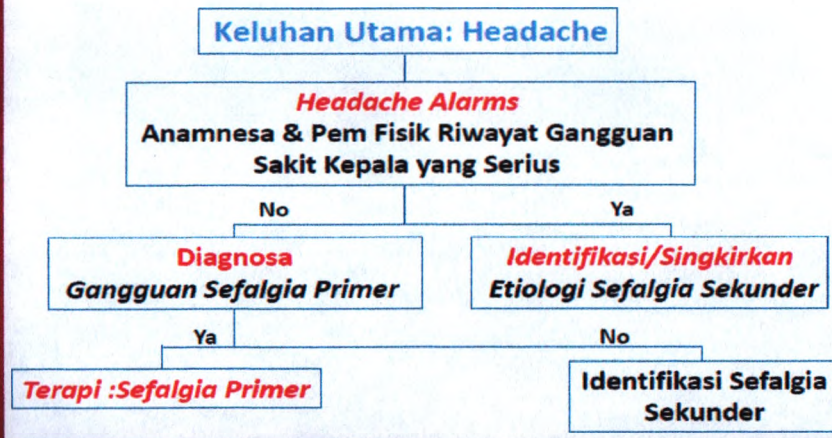
4

- **Traksi** pd pembuluh darah besar intrakranial.
- **Distensi, dilatasi** pd arteri intrakranial
- **Inflammasi** dekat struktur peka nyeri
- **Tekanan langsung** pd n. cranialis atau cervical
- **Kontraksi otot penopang** kepala atau leher
- **Stimulasi** karena penyakit mata, telinga, hidung dan sinus.

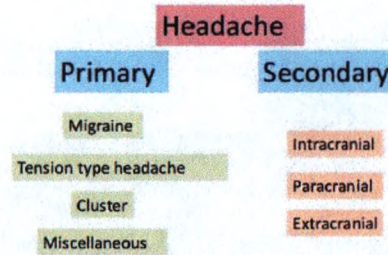




Algoritma Headache



AN OVERVIEW OF INTERNATIONAL CLASSIFICATION 2013 ICHD III beta



Secondary Headaches

Intracranial	Paracranial	Extracranial
<ul style="list-style-type: none"> •Head trauma •Vascular disorders •Nonvascular disorders 	<ul style="list-style-type: none"> •Disorder of : <ul style="list-style-type: none"> -cranium -neck -eyes -nose -sinuses -teeth 	<ul style="list-style-type: none"> •Substances or their withdrawal •Noncephalic infection •Metabolic disorder

The first step in management is: MAKE THE CORRECT DIAGNOSIS

ANAMNESIS :

- ▶ Waktu : kapan, frekuensi, lama, bentuk nyeri
- ▶ Karakteristik : Letak, intensitas, tipe, usia, kualitas
- ▶ Penyebab : pencetus, predisposisi yang memperberat & meringankan, fenomena yang menyertai
- ▶ Konsekuensi : membatasi aktifitas & butuh obat segera
- ▶ Interval : Ansietas, ketakutan serangan ulang

Catatan :

- ▶ Pada nyeri kepala **PRIMER** biasanya nyeri berulang dengan pola tertentu dan ada pemicunya. Diantara serangan tidak terdapat gejala
- ▶ Nyeri kepala **SEKUNDER** disebabkan oleh kelainan struktural di intrakranial. Nyeri kepala sekunder **AKUT bersifat EMERGENCY**

PEMERIKSAAN FISIK

Tujuan :

Memastikan nyeri kepala primer dan menentukan penyebab nyeri kepala sekunder

Pemeriksaan fisik :

- ▶ Tanda vital, funduskopi, pemeriksaan kardiovaskular dan palpasi area kepala serta wajah.
- ▶ Pemeriksaan neurologis yang lengkap: status mental, tingkat kesadaran, pemeriksaan nervus kranialis, respon pupil, kekuatan motorik, refleks tendon dalam, fungsi sensorik, reflek patologis, fungsi serebelar dan tanda rangsang meningen.
- ▶ Perhatian khusus pada kelainan nervus optikus, nervus okulomotor, nervus troklearis dan nervus abduzens.

Detailed History and Examination

RED FLAG

NO

Primary Headache?
• Preliminary Diagnosis

YES

Secondary Headache

Atypical Features

Diagnostic Testing

Nyeri Kepala Sekunder
→ orange & Red Flag

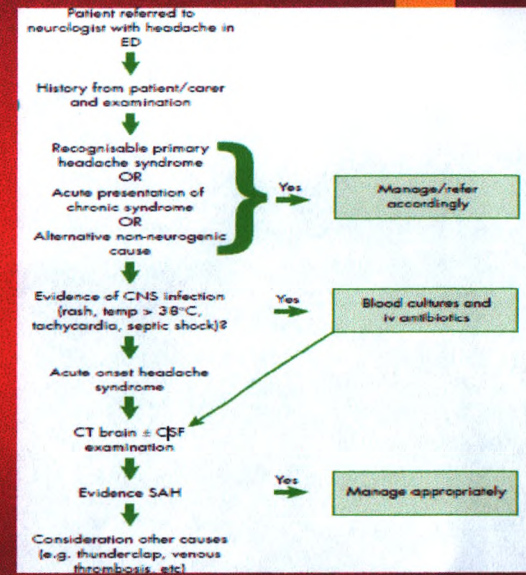
Kondisi Akut Nyeri Kepala

Prevalensinya nyeri kepala > 90% pada populasi umum di UK.
4.4 % di layanan primer dan 30% ke neurologist.

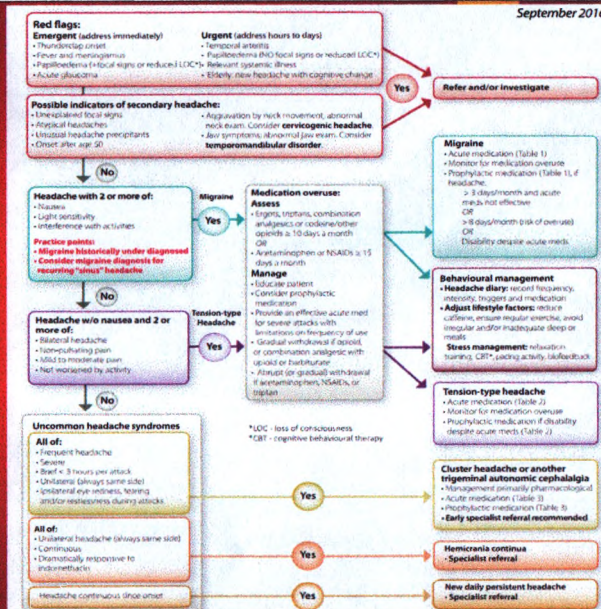
Nyeri kepala primer (tanpa ada penyakit dasar): migren, tension type headache dan klaster → ditangani di rawat jalan, hanya 1-2% sebagai kasus gawat darurat.

Dokter harus mampu mengidentifikasi nyeri kepala yang membutuhkan pemeriksaan lanjutan untuk menentukan etiologi nyeri kepala.

Assesmen awal nyeri kepala di IGD



Algoritma Penanganan Nyeri Kepala Di Fasilitas Layanan Primer



Diagnosis dan Tata Laksana Akut Nyeri Kepala Primer

- ▶ Migrain
- ▶ TTH
- ▶ Klaster
- ▶ Neuralgia trigeminal

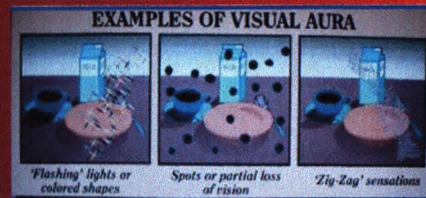
Migrain

13

- ▶ Nyeri kepala berulang lama serangan 4-72 jam
- ▶ Unilateral, berdenyut, intensitas sedang atau berat, bertambah berat dengan aktivitas diikuti nausea, dan atau muntah, fotofobia dan fonofobia.

TANPA AURA :

- Sekurang-kurangnya 5 serangan



DENGAN AURA:

- Sekurang-kurangnya terjadi 2 serangan
- Diawali gejala neurologi fokal yang reversible 5 – 20 menit dan < 60 menit :
- Gambaran positif : cahaya berkedip-kedip, bintik-bintik atau garis-garis, pins and needles, distasia
- Gambaran negatif : hilangnya penglihatan, hilang rasa/kebas

PENCETUS :

14

Menstruasi (hari 1), puasa/terlambat makan, makanan : coklat, MSG, alkohol, keju; cahaya; banyak/kurang tidur; psikologis : cemas, marah, sedih

TATA LAKSANA MIGREN :

- Untuk mengurangi frekuensi serangan dan intensitas nyeri
- Abortif : serangan akut, sesegera mungkin Abortif nonspesifik dan spesifik

Pola hidup sebagai profilaksis Migren SEEDS

- ▶ Sleep hygiene (tidur cukup dengan jadwal teratur)
- ▶ Eating Schedules (Makan bergizi dan teratur)
- ▶ Exercise regimen (olahraga teratur)
- ▶ Drinking water (minum cukup air)
- ▶ Stress reduction (kurangi stress)

KAPAN DIRUJUK???????

BILA MIGREN BERLANJUT / TIDAK TERATASI DENGAN ANALGETIK NON SPESIFIK

STATUS MIGREN

PPK 2 : PENGOBATAN SPESIFIK DAN PROFILAKSIS

ABORTIF NON SPESIFIK :

analgetik, obat anti-inflamasi non steroid (OAINS)

- Aspirin 500 - 1000 mg per 4-6 jam (Level of evidence : A).
- Ibuprofen 400 – 800 mg per 6 jam (A).
- Parasetamol 500 -1000 mg per 6-8 jam untuk terapi migrain akut ringan sampai sedang (B).
- Kalium diklofenak (powder) 50 -100 mg per hari dosis tunggal
- Metokloperamid 10mg atau domperidone 10mg oral dan 30mg rektal

ABORTIF SPESIFIK :

Golongan Triptan (migren Akut) : sumatriptan 50 mg po

Golongan Ergot (migren yang tidak terlampau sering, bukan migren akut):

Ergotamine 1-2 mg p.o;
Dihydroergotamine nasal spray 2mg

PROFILAKSIS MIGREN :

- Propranolol 80-240 Mg/Hari;
Amitriptilin 10-75 Mg/Hari; Asam Valproate 400-1000 Mg / Hari
Dan Topiramate 25-200 Mg/Hari

TERAPI ABORTIF BERHASIL BILA :

16

- Bebas nyeri setelah 2 jam pengobatan, perbaikan skala nyeri sedang berat → ringan
- Efikasi pengobatan konsisten untuk 2-3 kali serangan
- Tidak ada nyeri kepala rekuren atau tidak ada pemakaian obat kembali dalam waktu 24 jam sesudah pengobatan terakhir

PROFILAKSIS MIGREN :

- Nyeri kepala berulang > 8 kali/hari, berlangsung > 48 jam
- Serangan berulang > 2x/minggu, mengganggu aktivitas,
- **Start low go slow** . Dosis titrasi 2 – 3 bulan
- Setelah 6-12 bulan profilaksis efektif, hentikan obat bertahap

Profilaksis migraine dianggap berhasil apabila frekuensi serangan migren menurun setidaknya 50% perbulan selama 3 bulan

Nyeri Kepala Klaster

- Sekurang-kurangnya terdapat 5 serangan yang memenuhi kriteria b-d.
- Nyeri hebat pada daerah orbita, supraorbita dan/atau temporal yang berlangsung antara 15-180 menit jika tidak ditangani.
- Nyeri kepala disertai setidaknya satu gejala berikut:
 - Injeksi konjungtiva dan/atau lakrimasi pada mata ipsilateral
 - Kongesti nasal dan/atau rhinorrhea ipsilateral
 - Edema palpebra ipsilateral
 - Berkeringat pada daerah dahi dan wajah ipsilateral
 - Miosis dan/atau ptosis ipsilateral
 - Gelisah atau agitasi
 - Frekuensi serangan 1-8 kali/hari
- Tidak berhubungan dengan kelainan lain

TUJUAN PENGOBATAN :

- Menekan periode serangan
- Menghentikan Serangan Akut
- Mengurangi Frekuensi dan intensitas nyeri
- Harus Dipertimbangkan: ADAKAH LESI STRUKTURAL YANG MENDASARI
- Pengobatan Behavioral: Terapi Relaksasi, Biofeedback, CBT, Menegemen Stress

EDUKASI :istirahat cukup, hindari tidur sore, hindari alkohol, tembakau, kelinggian dan suara gaduh

Terapi pada serangan akut (TERAPI ABORTIF):

- INHALASI OKSIGEN (MASKER MUKA): OKSIGEN 100% 7 L/MNT SELAMA 15 MENIT**
- Dihydroergotamin (DHE) 0,5-1,5 mg i.v. (nyeri hilang dalam 10 menit); (i.m & nasal lebih lama)
- Sumatriptan injeksi subkutan 6 mg (nyeri hilang dalam 5-15 menit; dapat diulang setelah 24 jam. (KI: penyakit jantung iskemik, hipertensi tidak terkontrol)

PPK 1 : curiga Nyeri Kepala klaster → RUJUK

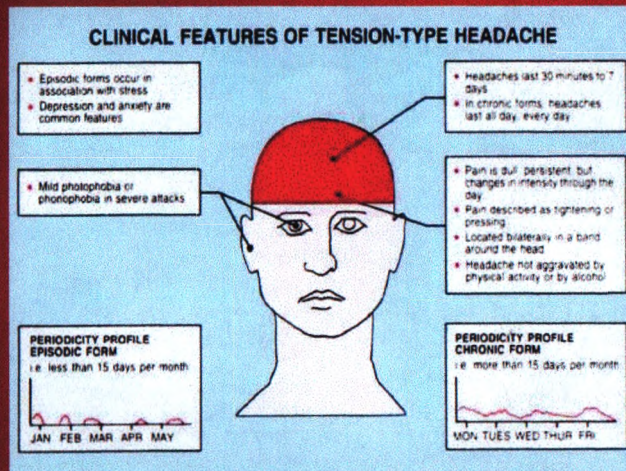
PPK 2 : tatalaksana akut nyeri kepala Klaster

PROFILAKSIS :

Nyeri kepala klaster yang sulit hilang walaupun telah diberikan terapi abortif.
Nyeri kepala klaster terjadi setiap hari dan berlangsung lebih dari 15 menit.
Pasien bersedia dan mampu mengkonsumsi obat setiap hari.
Verapamil : 120-160 mg (3-4 x/hari)
Steroid : prednisone 60-80 mg/hari (7-14 hari)
Bedah : bila gagal konservatif, nyeri kepala kronis tanpa remisi dalam 1 tahun, nyeri unilateral

Tension Type Headache (TTH)

19



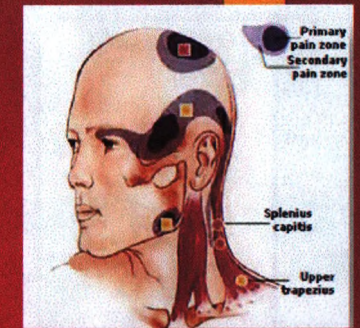
The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version) (ICHD-3 beta):

- Infrequent episodic: 12 days per year
- Frequent episodic: ≥ 12 dan < 180 days per year
- Chronic TTH : ≥ 180 days per year

- Dapat disertai nyeri tekan perikranial pada waktu palpasi manual
- Otot temporal, frontal, masseter, pterygoideus, sternocleidomastoideus, splenius, trapezius
- VS dan neurologikus : NORMAL

PRINSIP-PRINSIP PENGOBATAN :

- Obat berdasarkan lini (first line) efektivitas, efek samping dan komorbid penderita (ansietas dan depresi)
- Mulai dengan dosis rendah, dinaikkan sampai efektif atau tercapai dosis maksimal.
- Sedapat mungkin mono terapi & Gunakan Headache Diary untuk cegah MOH
- Pada serangan akut **tidak boleh lebih dari 2 hari/ minggu**
- Pada kronis ditambahkan antidepresan : amitriptilin dan Antiansietas : benzodiazepine



Pharmacological Therapy

Non Pharmacological Therapy

Pharmacotherapy	
Acute	Prophylactic
Caffeine comb. 65-200 mg	Venlafaxine 150 mg
Diclofenac 12.5-100 mg	
Naproxen 375-550 mg	
Ketoprofen 25 mg	Mirtazapine 15-30 mg
Paracetamol 1000 mg	
Aspirin 500-1000 mg	
Ibuprofen 200-280 mg	Amitriptyline 30-75 mg

Relaxation techniques, behavioral interventions & physical modalities (exercise, acupuncture massage, spinal manipulation & physiotherapy)

National Institute of Health Care Excellence (NICE) recommendation : acupuncture

Self-management therapies : CBT (cognitive behavioral therapy) , education, and Positive mind

TERAPI PROFILAKSIS :

- ▶ Untuk TTH kronis, TTH episodik yang sering
- ▶ Tujuan untuk mengurangi frekuensi, tingkat keparahan, dan durasi serangan; meningkatkan respon pengobatan serangan akut; memperbaiki fungsi dan mengurangi kecacatan
- ▶ Terapi dikatakan efektif bila didapatkan pengurangan frekuensi dan atau derajat keparahan nyeri kepala minimal 50%

KAPAN DIRUJUK ?????

PPK 1 : MAMPU MENGATASI TTH

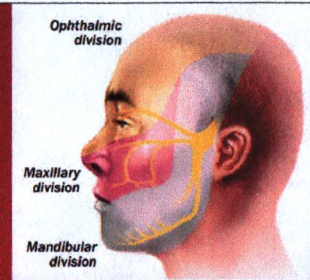
RUJUK BILA : TTH KRONIK, ADA GANGGUAN DEPRESI BERAT

Neuralgia Trigeminal

- Nyeri paroximal, Beberapa detik
- Intensitas tinggi,berulang, di area N V(2,3), rasa ditusuk, teriris, kesetrum, panas, terutama bila menggerakkan rahang dan mengunyah
- Berawal dari trigger zone /dipicu sentuhan
- N. Trigeminal simptomatik, terapi etiologi
- N. Trigeminal Idiopatik, >

Terapi :

- Analgetik, NSAIDs → untuk refered pain
- Drug of choice : carbamazepine 200-1200 mg/hari setelah remisi, dosis turun bertahap; Gabapentin 300-360 mg/hari; Fenitoin 100-200 mg/hari
- Pada kasus intraktabel: operasi
- INGAT : Neuralgia trigeminal bersifat remisi dan eksaserbasi
- **PPK 1 : skrining diagnosis → RUJUK**



Diagnosis dan Tata Laksana Awal Nyeri Kepala Sekunder Untuk Mengetahui kondisi Gawat Darurat → **Red Flag**

Sign or symptom	Related secondary headaches (most relevant ICHD-3b categories)	Flag color
1 Systemic symptoms including fever	Headache attributed to infection or nonvascular intracranial disorders, carcinoid or pheochromocytoma	Red (orange for isolated fever)
2 Neoplasm in history	Neoplasms of the brain; metastasis	Red
3 Neurologic deficit or dysfunction (including decreased consciousness)	Headaches attributed to vascular, nonvascular intracranial disorders; brain abscess and other infections	Red
4 Onset of headache is sudden or abrupt	Subarachnoid hemorrhage and other headaches attributed to cranial or cervical vascular disorders	Red
5 Older age (after 50 years)	Giant cell arteritis and other headache attributed to cranial or cervical vascular disorders; neoplasms and other nonvascular intracranial disorders	Red
6 Pattern change or recent onset of headache	Neoplasms, headaches attributed to vascular, nonvascular intracranial disorders	Red
7 Positional headache	Intracranial hypertension or hypotension	Red
8 Precipitated by sneezing, coughing, or exercise	Posterior fossa malformations; Chiari malformation	Red
9 Papilledema	Neoplasms and other nonvascular intracranial disorders; intracranial hypertension	Red
10 Progressive headache and atypical presentations	Neoplasms and other nonvascular intracranial disorders	Red
11 Pregnancy or puerperium	Headaches attributed to cranial or cervical vascular disorders; postdural puncture headache; hypertension-related disorders (e.g., preeclampsia); cerebral sinus thrombosis; hypothyroidism; anemia; diabetes	Red
12 Painful eye with autonomic features	Pathology in posterior fossa, pituitary region, or cavernous sinus; Tolosa-Hunt syndrome; ophthalmic causes	Red
13 Posttraumatic onset of headache	Acute and chronic posttraumatic headache; subdural hematoma and other headache attributed to vascular disorders	Red
14 Pathology of the immune system such as HIV	Opportunistic infections	Red
15 Painkiller overuse or new drug at onset of headache	Medication overuse headache; drug incompatibility	Red

SNNOOP10



Orange & Red Flag Of Headache (2019)

Rekomendasi Pemeriksaan Radiologis Nyeri Kepala Sekunder

Red flag	Differential diagnosis	Possible work-up
Headache beginning after 50 years of age	Temporal arteritis, mass lesion	Erythrocyte sedimentation rate, neuroimaging
Sudden onset of headache	Subarachnoid hemorrhage, pituitary apoplexy, hemorrhage into a mass lesion or vascular malformation, mass lesion (especially posterior fossa mass)	Neuroimaging; lumbar puncture if neuroimaging is negative*
Headaches increasing in frequency and severity	Mass lesion, subdural hematoma, medication overuse	Neuroimaging, drug screen
New-onset headache in a patient with risk factors for HIV infection or cancer	Meningitis (chronic or carcinomatous), brain abscess (including toxoplasmosis), metastasis	Neuroimaging; lumbar puncture if neuroimaging is negative*
Headache with signs of systemic illness (fever, stiff neck, rash)	Meningitis, encephalitis, Lyme disease, systemic infection, collagen vascular disease	Neuroimaging, lumbar puncture,† serology
Focal neurologic signs or symptoms of disease (other than typical aura)	Mass lesion, vascular malformation, stroke, collagen vascular disease	Neuroimaging, collagen vascular evaluation (including antiphospholipid antibodies)
Papilledema	Mass lesion, pseudotumor cerebri, meningitis	Neuroimaging, lumbar puncture†
Headache subsequent to head trauma	Intracranial hemorrhage, subdural hematoma, epidural hematoma, post-traumatic headache	Neuroimaging of brain, skull and, possibly, cervical spine

Kesimpulan

- ▶ Nyeri kepala merupakan suatu gejala klinis yang harus diperhatikan
- ▶ Nyeri kepala **PRIMER** harus didiagnosis dan diterapi dengan **TEPAT** untuk mencegah **KRONISITAS** Nyeri
- ▶ Tatalaksana awal dan rujukan segera dilakukan pada kasus nyeri kepala **SEKUNDER** agar etiologi dasar diketahui dan ditatalaksana dengan tepat

INDIKASI RUJUKAN dari layanan primer :

- ▶ Diagnosis sulit ditegakkan
- ▶ Pasien tidak respon dengan terapi yang telah diberikan
- ▶ Penyakit ataupun disabilitas akibat penyakit semakin memburuk



[Panorama 2019]

Padang Neurology Annual Meeting and Application

"Insight in Neurology: Integrating Comprehensive Management from Primary to Tertiary Health Care"

Terimakasih

Semoga Bermanfaat