

PENDEKATAN DIAGNOSIS DAN TERAPI NYERI KEPALA PRIMER



RESTU SUSANTI
BAGIAN / KSM NEUROLOGI FK UNAND / RS DR. M. DJAMIL
PADANG

Andalas Annual Scientific Summit (AASS), 7 Oktober 2017

Pendahuluan

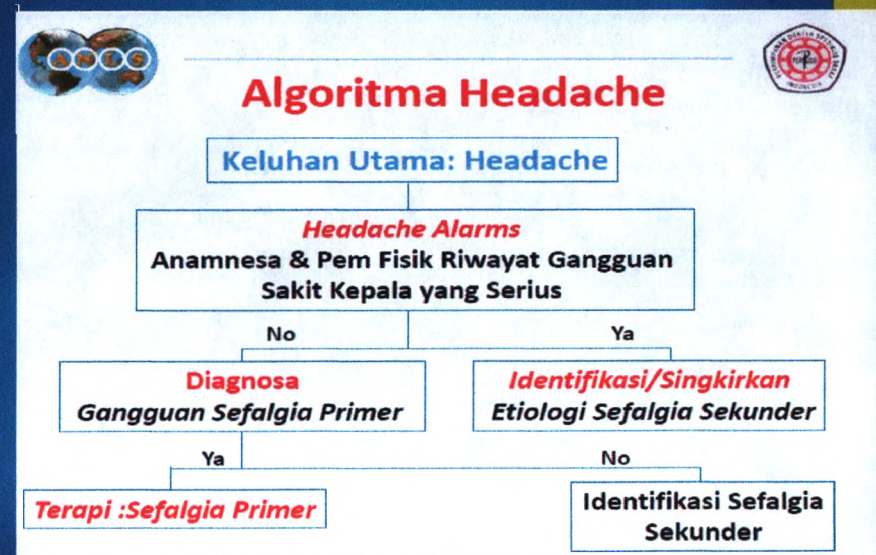
- ▶ Setiap individu pernah mengalami nyeri kepala
- ▶ Nyeri kepala termasuk 9 keluhan terbanyak pasien ke dokter
- ▶ **NYERI KEPALA** adalah sensasi tidak nyaman disekitar kepala akibat kelainan struktural (intra/ekstrakranial)
- ▶ Nyeri kepala merupakan **ALARM** untuk kelainan di Ofak → **WASPADA**
- ▶ Anamnesis yang tepat mampu menentukan tipe nyeri kepala PRIMER / SEKUNDER sehingga pilihan terapi tepat
- ▶ 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**
- ▶ Mortalitas yang rendah menjadikan Nyeri kepala Primer terabaikan dan menjadi KRONIS

FOKUS DISKUSI

- ▶ PEMAHAMAN NYERI KEPALA PRIMER
- ▶ KAPAN NYERI KEPALA PRIMER DIRUJUK
- ▶ WASPADA NYERI KEPALA SEKUNDER SEBAGAI ALARM KELAINAN INTRAKRANIAL EMERGENCY DAN MENGANCAM NYAWA

Berdasarkan SKDI 2012

- ▶ Nyeri kepala Primer : TTH dan Migren : 4A
- ▶ Kluster dan Neuralgia trigeminal : 3A → RUJUK
- ▶ Nyeri kepala sekunder : tergantung etiologinya : 3A dan 3B → RUJUK





ACEP Headache Categories (ACEP : American College of Emergency Physicians)



Headache Category	Examples
I. Critical Secondary causes requiring emergent identification & treatment	SAH, meningitis, brain tumor with raised ICP
II. Critical secondary causes not necessarily requiring emergent identification or treatment	Brain tumor without raised ICP
III. Generally benign and reversible secondary causes	Sinusitis, hypertension, post LP headache.
IV. Primary Headache syndromes	Migraine, tension type or cluster

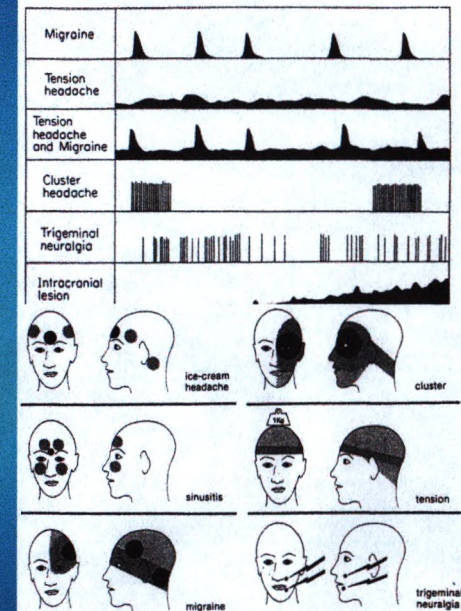
Diagnosis Nyeri Kepala

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

Pemeriksaan Fisik : VS dan Status Neurologikus

Pemeriksaan Penunjang : Pada nyeri kepala sekunder



JANGAN LUPA SKALA NYERI : VAS DAN NPS

IHS Classification ICHD-II



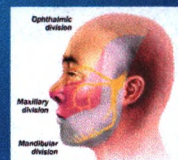
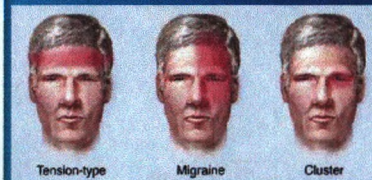
7

Kategori: NK Primer

Home » OTHER PRIMARY HEADACHES |4|G44.80

1. MIGRAINE
2. TENSION-TYPE HEADACHE (TTH)
3. CLUSTER HEADACHE AND OTHER TRIGEMINAL AUTONOMIC CEPHALALGIAS

4. OTHER PRIMARY HEADACHES
 - 4.2. Primary cough headache
 - 4.3. Primary exertional headache
 - 4.4. Primary headache associated with sexual activity
 - 4.5. Hypnic headache
 - 4.6. Primary thunderclap headache
 - 4.7. Hemicrania continua
 - 4.8. New daily-persistent headache (NDPH)
- Bibliography



Neuralgia Trigeminal

Migren

8

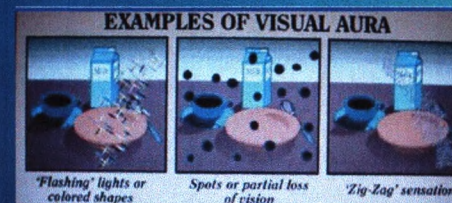
- ▶ Nyeri kepala berulang lama serangan 4-72 jam
- ▶ Unilateral, berdenyut, intensitas sedang atau berat, bertambah berat dengan aktivitas diikuti mual, dan atau muntah, fotofobia dan fonofobia.

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, disfasia
 - Gambaran negatif : hilangnya penglihatan, hilang rasa/kebas



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

PEMERIKSAAN FISIK :

VS DAN STATUS NEUROLOGIKUS : normal, **BILA TERGANGGU PIKIRKAN → SEBAB SEKUNDER**

TATA LAKSANA MIGREN :

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

KAPAN DIRUJUK??????

BILA MIGREN BERLANJUT / TIDAK TERATASI DENGAN ANALGETIK NON SPESIFIK STATUS MIGREN

PPK 2 : PENGOBATAN SPESIFIK DAN PROFILAKSIS

ABORTIF NON SPESIFIK :

- PARASETAMOL 500- 1000 MG/6-8 JAM
- ASPIRIN 500-1000 MG /4-6 JAM, DOSIS MAKSIMAL 4 GR/HR
- IBUPROFEN 400-800 MG/6 JAM, DOSIS MAKSIMAL 2.4 GR/HARI
- NAPROXEN SODIUM 275-550 MG/2-6 JAM/HARI, DOSIS MAKSIMAL 1.5 GR/HARI
- DIKLOFENAK POTASIUM 50MG -100MG/HR DOSIS TUNGGAL

Metoclopramide 10 mg IV atau oral 20-30 min sebelum atau bersamaan dengan pemberian analgetik ATAU domperidon 10 mg po

TERAPI ABORTIF BERHASIL BILA :

- ▶ 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

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 :

- 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
- **PROPRANOLOL 80-240 MG/HARI; AMITRIPTILIN 10-75 MG/HARI; ASAM VALPROATE 400-1000 MG / HARI DAN TOPIRAMATE 25-200 MG/HARI**

Pola hidup sebagai profilaksis Migren SEEDS:

- ▶ **S**leep hygiene (tidur cukup dengan jadwal teratur)
- ▶ **E**ating Schedules (Makan bergizi dan teratur)
- ▶ **E**xercise regimen (olahraga teratur)
- ▶ **D**inking water (minum cukup air)
- ▶ **S**tress reduction (kurangi stress)

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

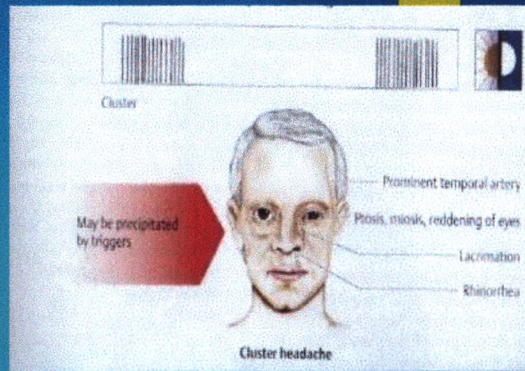
Nyeri Kepala Klaster

- Predominan Laki-laki (Ratio 9:1)
- Puncak Usia 20-29 Tahun
- Serangan Sering Pada Malam Hari Berulang Pada Beberapa Waktu Lalu Jeda Hingga Berbulan/ Tahunan

Pain Characteristic

- Severe unilateral or bilateral, supraorbital or temporal
- Duration 15 to 180 minutes

Pemeriksaan VS dan neurologikus : Bisa Normal
Skala nyeri tinggi



Occasional symptoms :

- conjungtival injection, lacrimation
- nasal congestion, rhinorea
- miosis, ptosis
- eyelid edema
- Frekuensi : 1-8 kali/hari

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, KETINGGIAN DAN SUARA GADUH

PPK 1 : curiga Nyeri Kepala klaster → **RUJUK**

PPK 2 : tatalaksana akut nyeri kepala Klaster

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)

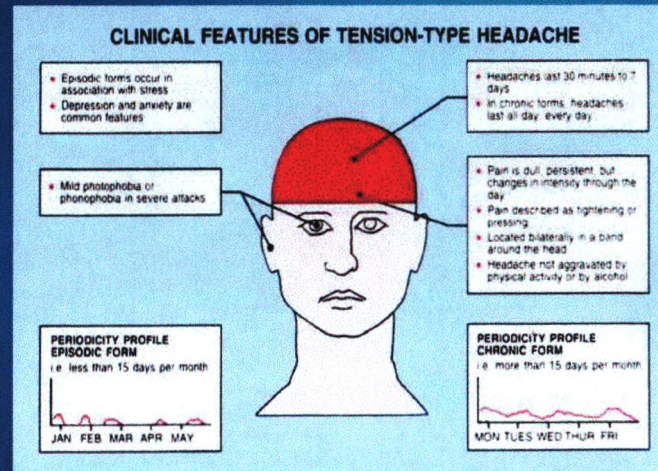
PROFILAKSIS : Verapamil : 120-160 mg (3-4 x/hari)

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)

16

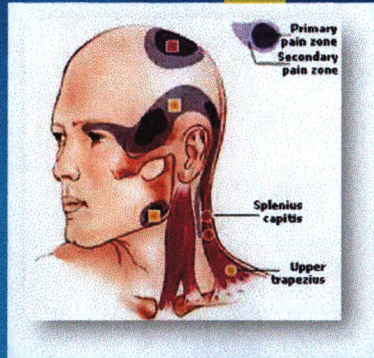


The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version) (ICHD-3 beta):

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

SKDI : 4 A

- ▶ 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 Paradigm in TTH

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

Non Pharmacological Therapy Paradigm in TTH



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

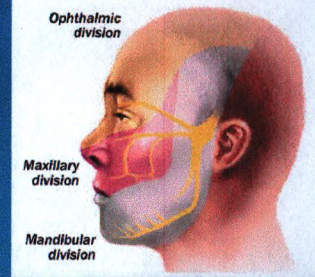
RUJUK BILA : TTH KRONIK, ADA GANGGUAN DEPRESI BERAT

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**



Nyeri kepala sebagai tanda bahaya???? (HEADACHE RED FLAG)

Pengenalan **TANDA BAHAYA** nyeri kepala **PENTING**. Menuntun untuk memutuskan pemeriksaan lanjutan

- ▶ Nyeri kepala **PRIMER** harus didiagnosis dan diterapi dengan **TEPAT** untuk mencegah **KRONISITAS** Nyeri
- ▶ Pada nyeri kepala **SEKUNDER WASPADAI** nyeri kepala yang **pertama kali** dengan **intensitas tinggi, THUNDERCLAP HEADACHE** atau **baru muncul setelah usia 50 tahun**. Pola nyeri **kronik progresif, terlokalisir** dan **memburuk dengan keadaan tertentu (batuk, mendedan)**
- ▶ **WASPADAI** nyeri kepala yang disertai dengan **PENINGKATAN TIK, DEFISIT FOKAL, KEJANG, RIWAYAT INFEKSI, TRAUMA DAN KEGANASAN → MORTALITAS TINGGI**

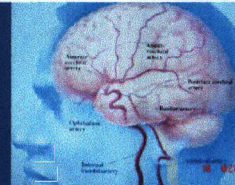
"**MM...IT ACHES**" untuk diagnosis banding

- M - Migraine
- M - Meningitis
- I - Increased Intracranial Pressure
- T - Tension Headache + Temporal Arteritis
- A - AV Malformations
- C - Cluster Headache
- H - Hypertension
- E - Eye Disorders (Refractory Errors + Glaucoma)
- S - Sinusitis + Sub-Arachnoid Hemorrhage + most Systemic illnesses

**SEGERA RUJUK KE RUMAH SAKIT.....
UNTUK TATALAKSANA LANJUT.....**

Kesimpulan

- ▶ Nyeri kepala merupakan suatu gejala klinis yang harus diperhatikan
- ▶ Nyeri kepala **PRIMER** harus didiagnosis dan diterapi dengan **TEPAT** untuk mencegah **KRONISITAS** Nyeri
- ▶ Status migren dan serangan klaster harus dapat dikenali segera
- ▶ Didiagnosis dan tatalaksana tepat untuk mencegah kronisitas dan morbiditas nyeri
- ▶ Tatalaksana awal dan rujukan segera dilakukan pada kasus nyeri kepala Sekunder agar etiologi dasar diketahui dan ditatalaksana dengan tepat
- ▶ NYERI KEPALA SEKUNDER MENGANCAM NYAWA (PSA, MENINGITIS, PENINGKATAN TIK)



Terimakasih

Semoga Bermanfaat