

Cluster Headache: Diagnosis, Penatalaksanaan & Indikasi Rujukan (SKDI 3A)

Sistem Saraf • SKDI Cluster headache

Course komprehensif tentang cluster headache untuk level SKDI 3A, mencakup epidemiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, diagnosis, penatalaksanaan, differensial diagnosis, komplikasi, prognosis, dan kapan merujuk. Disusun untuk dokter residen spesialis saraf.

Modul 1: Pendahuluan, Epidemiologi, Etiologi & Patofisiologi Cluster Headache

1.1 Definisi, Klasifikasi & Epidemiologi Cluster Headache

Cluster headache adalah sakit kepala primer dengan nyeri unilateral berat, disertai gejala otonom ipsilateral, sering disebut 'suicide headache'. Diklasifikasikan dalam trigeminal autonomic cephalalgias (TACs) berdasarkan ICHD-3. Klasifikasi: episodik (periode 7 hari-1 tahun, remisi ≥ 14 hari) dan kronik (tanpa remisi atau remisi < 14 hari > 1 tahun). Epidemiologi: prevalensi global 0,08–0,14%, rasio pria:wanita 2,5:1 (terbaru ~1,5:1), onset 20–50 tahun, lebih tinggi di Eropa/Amerika Utara. Penting bagi dokter residen (SKDI 3A) untuk mengenali, mendiagnosis awal, dan merujuk. Pemahaman tepat mencegah keterlambatan diagnosis dan pengobatan tidak tepat. >Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

1.2 Etiologi, Faktor Risiko & Patofisiologi Cluster Headache

Etiologi cluster headache multifaktorial: genetik (varian di locus PDSS2, riwayat keluarga 2–8%), faktor lingkungan (merokok 90% pasien, alkohol sebagai pemicu, trauma kepala, stres). Patofisiologi melibatkan hipotalamus posterior (ritme sirkadian via fMRI) dan jalur trigeminovaskular (aktivasi trigeminus, pelepasan CGRP, vasodilatasi arteri temporal). Otonom: kongesti konjungtiva, edema periorbital. Gangguan chronobiological mendasari pola temporal. Rujukan penting untuk diagnosis dan manajemen. >Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

Modul 2: Manifestasi Klinis, Diagnosis & Differensial Diagnosis

2.1 Manifestasi Klinis — Gejala & Tanda Cluster Headache

Cluster headache: nyeri unilateral berat (orbita, periorbital), durasi 15–180 menit, gejala otonom ipsilateral (konjungtiva merah, rinorea, epiphora, ptosis, miosis). Frekuensi hingga delapan kali sehari. Pola temporal khas: cluster period 4–12 minggu, onset malam hari, remisi ≥ 14 hari. Komorbiditas: depresi, gangguan tidur. Diagnosis klinis berdasarkan ICHD-3, tidak ada penunjang spesifik. Beda dengan migrain (durasi >4 jam, mual) dan trigeminal neuralgia (detik, tanpa otonom). >Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

2.2 Diagnosis, Pemeriksaan Penunjang & Differensial Diagnosis

Diagnosis cluster headache berdasarkan ICHD-3: minimal 5 serangan, nyeri unilateral orbita/temporal 15–180 menit, gejala otonom ipsilateral (konjungtiva merah, epiphora, rinorea/ hidung tersumbat, ptosis/miosis), nyeri berat, riwayat cluster period. Pemeriksaan penunjang: MRI otak untuk lesi sekunder, TSH normal, EKG. Differensial: migrain (durasi >4 jam, mual, fotofobia), trigeminal neuralgia (detik, tanpa otonom), hemicrania continua (respons indometasin), paroxysmal hemicrania interna (singkat, sering). Ketidakjelasan rujukan: segera ke ahli saraf jika ragu. >Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

2.3 Tatalaksana Farmakologi & Non-Farmakologi

Terapi akut: Oksigen normobarik aliran tinggi (100%, 12–15 L/min, 15–20 menit), efektif dalam 5–15 menit; kontraindikasi: hati-hati pada PPOK dengan retensi CO₂ (bukan emfisema absolut). Sumatriptan subkutan 6 mg (maks 12 mg/hari), sumatriptan nasal 20 mg suksinat (bukan asam asetat). Analgesik: paracetamol (ringan), hindari opioid rutin. Profilaksis: verapamil lini pertama (dosis awal 240 mg/hari, titrasi hingga 960 mg/hari dengan monitoring EKG), lithium lini kedua (300–600 mg x2/, level 0,6–1,0 mEq/L). Kortikosteroid (prednison 40–80 mg/hari sementara). Non-farmakologi: hindari pemicu (alkohol, merokok), penyuluhan. >Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

Modul 3: Komplikasi, Prognosis, Kapan Merujuk & Studi Kasus

3.1 Komplikasi Cluster Headache & Prognosis

Komplikasi: gangguan kualitas hidup, psikologis (depresi, gangguan kecemasan), risiko bunuh diri (suicide headache), gangguan tidur, medication-overuse headache. Profilaksis: efek samping obat (osteoporosis, hipertensi, gangguan ginjal). Prognosis: tipe episodik lebih baik (remisi), respons terapi 80–90%, penanganan dini mencegah progresifitas. Ritme: cluster period 4–12 minggu, remisi rata-rata 12 bulan. Pemantauan jangka panjang diperlukan. >Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

3.2 Kapan Merujuk ke Ahli Saraf — Indikasi Rujukan (SKDI 3A)

Merujuk ke ahli saraf jika: diagnosis ragu-ragu, kegagalan terapi akut/profilaksis, cluster kronik, efek samping mengancam, gangguan kesehatan mental, kecurigaan penyakit sekunder (misalnya lesi oksipital). Kriteria: serangan >180 menit (non-klasik), gejala otonom unilateral tanpa nyeri. Peran dokter umum: dokumentasi anamnesis lengkap, pemeriksaan fisik/neurologis, penunjang (MRI, TSh, EEG), identifikasi penyakit sekunder, dokumentasi alasan rujukan. Pemantauan: instruksi ahli saraf, kontrol berkala, deteksi efek samping, dukungan kesehatan mental. >Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

3.3 Studi Kasus dan Aplikasi Klinis Cluster Headache

Kasus: Pria 35 tahun, nyeri orbita kanan berulang 30–60 menit, gejala otonom ipsilateral (konjungtiva merah, epiphora, hidung tersumbat), riwayat merokok. Pemeriksaan: anisokoria, ptosis ringan, MRI normal, TSh normal. Diagnosis: cluster headache episodik (ICHD-3). Differensial: migrain (durasi >4 jam, mual), trigeminal neuralgia (detik, tanpa otonom). Tatalaksana: akut: oksigen normobarik aliran tinggi 100% (12–15 L/min, 15–20 menit) atau sumatriptan subkutan 6 mg; profilaksis: verapamil 240 mg/hari (EKG monitoring), lithium lini kedua. Non-farmak: hindari alkohol/merokok. Rujuk ke ahli saraf jika terapi gagal. >Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

Daftar Pustaka / Referensi

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia (2018). doi:10.1177/0333102417738202
2. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) Tata Laksana Nyeri Kepala. Kemenkes RI (2019).
3. Raquel Gil Gouveia, António G. Oliveira, Isabel Pavão Martins. Clinical Utility of the Mig SCog. Headache: The Journal of Head and Face Pain (2016). doi:10.1111/head.12806
4. Goetz CG. Textbook of Clinical Neurology. Elsevier (2017).
5. May A. Cluster headache: pathogenesis, diagnosis, and management. The Lancet (2019).
6. Wei DY, et al.. Efficacy of high-flow oxygen therapy in cluster headache: a systematic review and meta-analysis. Cephalalgia (2021).
7. Leone M, Proietti Cecchini A. Cluster headache and its management: a review. Current Pain and Headache Reports (2020).
8. Snoer A, et al.. Cerebral metabolic changes in episodic cluster headache: a proton magnetic resonance spectroscopy study. Cephalalgia (2016).
9. Kementerian Kesehatan RI. Sistem Klasifikasi Diagnosis (SKDI) – Sistem Saraf. Kemenkes RI (2020).

Disclaimer / Pernyataan Penting

Materi dalam dokumen ini disusun untuk tujuan pendidikan kedokteran berdasarkan kurikulum SKDI 2012. Informasi klinis harus selalu diverifikasi dengan sumber terkini (pedoman nasional, jurnal terindeks, konsultasi supervisor klinis). Penulis dan Malayan Saintifika tidak bertanggung jawab atas keputusan klinis yang diambil berdasarkan materi ini semata.