

Tension Headache: Diagnosis dan Tatalaksana Lengkap

Sistem Saraf • SKDI 4A

Course lengkap tentang tension headache untuk dokter umum level 4A. Mencakup definisi, epidemiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, diagnosis banding, tatalaksana farmakologis dan non-farmakologis, serta contoh kasus klinis berbasis bukti.

Modul 1: Modul 1: Pendahuluan, Epidemiologi & Patofisiologi

1.1 Lesson 1: Definisi, Epidemiologi & Etiologi Tension Headache

Tension-type headache (TTH) adalah sakit kepala primer paling umum. Menurut ICHD-3, kriteria diagnosis meliputi: nyeri bilateral berupa remas/penekan, durasi 30 menit hingga 7 hari, intensitas ringan-sedang, tidak memburuk dengan aktivitas rutin, dan tidak disertai mual berat atau hanya fotofobia/fonofobia ringan. Prevalensi global berkisar 26–40%, dengan rasio wanita:lelaki 1,5:1 dan onset pada usia 20–40 tahun. Komorbiditas tinggi dengan gangguan kecemasan dan depresi (risiko 3-6 kali lipat). Etiologi multifaktorial mencakup: faktor genetik (heritabilitas 30–40%), stres psikologis dan emosional, ketegangan otot perikranial, faktor hormonal (misalnya siklus menstruasi), gangguan tidur, dehidrasi, serta penggunaan analgetik berlebihan (>15 hari/bulan). Pemahaman akan etiologi membantu dalam pendekatan terapi yang holistik. > Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

1.2 Lesson 2: Patofisiologi & Klasifikasi Tension Headache

Patofisiologi TTH melibatkan interaksi antara sensitisasi perifer dan sentral. Sensitisasi perifer terjadi pada nociceptor ekstrakranial, terutama dari otot perikranial (temporalis, frontalis) dan fascia. Aktivitas berulang atau stres menyebabkan pelepasan mediator inflamasi, menurunkan ambang nyeri. Proses ini memicu sensitisasi sentral pada nucleus trigeminus dan kompleks nuclei caudalis, yang mengakibatkan allodynia (nyeri pada stimulus non-nyeri) dan hyperalgesia. Disfungsi sistem inhibisi nyeri endogen, melibatkan neurotransmitter serotonin dan noradrenalin, berperan dalam kronikisasi. Peningkatan tonus otot perikranial dapat menyumbang melalui iskemia lokal dan akumulasi substansi P. Klasifikasi ICHD-3: TTH episodik (jarang: <1 hari/minggu; frekuwen: 1-14 hari/bulan) dan kronik (≥15 hari/bulan selama >3 bulan/tahun). Komplikasi utama adalah medication-overuse headache. > Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

Modul 2: Modul 2: Klinik & Tatalaksana Tension Headache

2.1 Lesson 1: Manifestasi Klinis & Diagnosis Tension Headache

Gejala utama TTH adalah nyeri bilateral (dua sisi) dengan karakter menekan atau meras, intensitas ringan-sedang, berlangsung 30 menit hingga 7 hari. Tidak memburuk dengan aktivitas fisik rutin, tanpa mual berat, dan mungkin disertai satu gejala saja dari fotofobia atau fonofobia (tidak keduanya). Gejala tambahan meliputi kekakuan otot leher, gangguan tidur ringan. Diagnosis murni klinis, berdasarkan anamnesis mendalam: karakter, lokasi, durasi, frekuensi, faktor pemicu, respons terhadap aktivitas, riwayat penggunaan obat nyeri, serta riwayat psikiatrik dan keluarga. Pemeriksaan fisik menunjukkan ketiadaan tanda fokal neurologis; palpasi mungkin mengungkapkan titik nyeri tekan (trigger points) pada otot perikranial atau servikal.

Diagnosis Banding: Harus dieksklusi: Migrain (nyeri unilateral berdenyut, berat, sering mual/fotofobia), Cluster headache (nyeri hebat unilateral orbits/temporal dengan gejala otonom), Peningkatan tekanan intrakranial (nyeri progresif, buruk pagi, defisit fokal), Sinusitis, Hipertensi, Gangguan psikiatrik (anxiety/depression).

Skrining Red Flags (SNOOP): N (Neurological deficits), S (Systemic illness/fever), O (Onset sudden/severe), O (Older age onset >50y), P (Pattern change/progressive). Kriteria ICHD-3: A-D harus terpenuhi. > Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

2.2 Lesson 2: Tatalaksana Farmakologis Tension Headache

Terapi Akut (Episodik):

1. Analgesik sederhana: Parasetamol 500-1000 mg per oral (PO) tiap 4-6 jam (maks 4g/hari). Peringatan: Hindari pada gangguan hati berat, risiko hepatotoksitas jika berlebihan atau dengan konsumsi alkohol.
2. NSAID: Ibuprofen 200-400 mg PO tiap 8 jam dengan makan, atau Naproxen 250-500 mg PO tiap 12 jam. Peringatan: Hindari pada riwayat ulkus peptik aktif, gangguan ginjal, atau risiko kardiovaskular tinggi. Tambahkan inhibitorkoton (misalnya omeprazol) jika perlu.
3. Kombinasi dengan kafein dapat meningkatkan efektivitas.

Profilaksis (untuk episode frekuwen >2 hari/minggu):

1. Amitriptilin: Pilihan lini pertama. Dosis awal 10-25 mg diminum malam hari, dititrasi bertahap setiap 1-2 minggu sesuai respons dan toleransi hingga 50-75 mg. Efek penuh dapat dinilai setelah 2-3 bulan. Efek samping mengantuk, mulut kering.
2. Alternatif: Venlafaksine 75-150 mg/hari, Gabapentin hingga 1800 mg/hari, atau Mirtazapine.

Hindari: Triptan, ergotamin, atau opioid, karena tidak efektif dan berisiko medication-overuse headache (MOH). Pantau penggunaan analgesik: jika >15 hari/bulan, evaluasi MOH. > Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

2.3 Lesson 3: Tatalaksana Non-Farmakologi dan Kapan Merujuk

Manajemen non-farmakologis merupakan pilar utama, terutama untuk TTH kronik:

1. Edukasi & Reassurance: Penjelasan diagnosis, penekanan pada prognosis baik, dan pentingnya penghindaran pemicu.
2. Terapi Kognitif-Behavioral (CBT): Efektif untuk memodifikasi pikiran dan perilaku terkait nyeri.
3. Relaksasi & Biofeedback: Melatih relaksasi otot progresif, teknik pernapasan, dan umpan balik untuk mengurangi ketegangan otot.
4. Modifikasi Gaya Hidup: Jadwal tidur teratur (7-9 jam), hidrasi adekuat (2-2,5 L/hari), olahraga aerobik rutin, perbaikan postur.
5. Terapi Fisik: Fisioterapi untuk peregangan dan penguatan otot servikal/shoulder. Akupunktur dapat dipertimbangkan.

Indikasi Rujuk ke Spesialis (Neurologi/Psikiatri):

- Adanya red flags (defisit fokal, nyeri berat mendadak/thunderclap, progresif, demam).
- Respon buruk terhadap terapi lini pertama dan kedua.
- Kecurigaan medication-overuse headache yang memerlukan detoksifikasi terstruktur.
- Ketidakpastian diagnosis atau kecurigaan diagnosis banding lain.
- Gangguan psikiatrik komorbid berat yang memerlukan penanganan khusus.

Prognosis umumnya baik dengan penanganan multimodal yang konsisten. > Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

Modul 3: Modul 3: Kasus Klinis & Pendalaman Tension Headache

3.1 Lesson 1: Contoh Kasus Klinis Tension Headache

Kasus 1: TTH Episodik

P, 32 tahun. Nyeri bilateral menekan, 2-3 kali/minggu, durasi 1-2 jam, memburuk sore hari. Pemicu: deadline kerja, kurang tidur. Pemeriksaan: normal. Diagnosis: TTH episodik frekuwen. Penatalaksanaan: Parasetamol 500 mg PRN (maks 2 hari/minggu), edukasi sleep hygiene, manajemen stres, teknik relaksasi otot progresif. Kontrol: gejala berkurang 80% dalam 1 bulan.

Kasus 2: TTH Kronik dengan Medication-Overuse

P, 45 tahun. Nyeri menekan >18 hari/bulan selama 6 bulan, konsumsi ibuprofen 400 mg tiap hari. Diagnosis: TTH kronik dengan medication-overuse headache. Penatalaksanaan: 1) Hentikan ibuprofen secara bertahap (turunkan dosis 25% per minggu) dengan penggantian paracetamol PRN selama periode transisi. 2) Mulai profilaksis: Amitriptilin 10 mg malam hari, naikkan ke 25 mg dalam 2 minggu, target 50 mg setelah 1 bulan, sesuai respons. 3) Edukasi penggunaan obat nyeri: maksimal 2 hari/minggu. 4) Rujuk fisioterapi untuk trigger points servikal. 5) CBT untuk manajemen stres. Kontrol: Pada 3 bulan, frekuensi nyeri turun menjadi 4 hari/bulan, konsumsi analgesik terkontrol. > Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

3.2 Lesson 2: Diagnosis Banding dan Komplikasi Tension Headache

Diagnosis Banding Penting:

1. Migrain: Nyeri sering unilateral, berdenyut, intensitas sedang-berat, berlangsung 4-72 jam, disertai mual, fotofobia DAN fonofobia. Riwayat seringkali ada aura.
2. Cluster Headache: Nyeri hebat unilateral orbit/temporal, durasi 15-180 menit, disertai gejala otonom ipsilateral (rinorea, kongesti konjungtiva, ptosis, miosis).
3. Peningkatan Tekanan Intrakranial: Nyeri berat, berlangsung lama, buruk pada posisi tertentu/braking, disertai gejala neurologis fokal, muntah proyektil, atau penurunan kesadaran. Papiledema pada oftalmoskopi.
4. Sinusitis: Nyeri terlokalisasi pada area sinus (wajah), memberat saat membungkuk, disertai gejala infeksi saluran napas atas.
5. Hipertensi: Biasanya asimptomatik, namun krisis hipertensi dapat menyebabkan sakit kepala oksipital berdenyut.
6. Gangguan Psikiatrik: Kecemasan atau depresi dapat memanifestasikan sakit kepala tipe ketegangan.

Komplikasi TTH:

- Medication-overuse headache (MOH) dari penggunaan analgesik berlebihan.
- Penurunan kualitas hidup, produktivitas, dan fungsi sosial.

- Perburukan atau komorbiditas gangguan psikiatrik.

Prognosis TTH umumnya baik dengan penanganan tepat, namun TTH kronik memerlukan manajemen berkelanjutan dan seringkali multimodal. > Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

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.