



# Simposium PIT Paru 2008

Hotel Santika Malang, 1-2 November 2008

Dalam rangka Hari Kesehatan Nasional, PDPI Cabang Malang dan RSU dr. Saiful Anwar Malang mengadakan simposium dan *workshop* (PIT Paru 2008) yang berlangsung 1-2 November 2008. Hadir dalam kegiatan simposium ± 200 peserta dari kalangan dokter spesialis paru dan PPDS paru, dan dokter umum kebanyakan dari puskesmas. (Surabaya, Malang dan sekitarnya, ada yang dari Jakarta dan Kalimantan).

Beberapa hal yang disampaikan dalam simposium dan *workshop* tersebut adalah:

### Terapi Paliatif Ca Paru

oleh Dr. Nunuk Sri Muktiati SpP(K).

Tujuan terapi paliatif ini adalah meningkatkan kualitas hidup penderita kanker paru sebaik mungkin. Terapi paliatif tersebut meliputi medikamentosa, radioterapi, kemoterapi, fisioterapi dan psikososial.

### Terapi Paliatif batuk:

- Bila infeksi beri antibiotik, supresan batuk, ekspektoran dan fisioterapi
- Bila akibat penyakit bersama (Asma/PPOK): beri bronkodilator, kortikosteroid dan fisioterapi
- Bila Obstruksi saluran nafas oleh karena keganasan: beri kortikosteroid, supresan batuk, nebulasi anastesi lokal, fisioterapi

Bila batuk disertai dengan darah, harus selalu curiga patologi. Penanganannya pemberian supresan batuk, obat hemostatika, radiasi eksternal, kemoterapi

### Terapi paliatif sesak nafas:

Penanganannya:

Onkologi: radiologi dan kemoterapi

Farmakoterapi : bronkodilator, kortikosteroid, respiratori simultan (progesteron sintetik), respiratori sedatif.

Terapi oksigen

Fisioterapi : perkusi dada, postural drainase, mukolitik, ekspektoran, hidrasi minum air.

### Terapi paliatif nyeri:

Diberikan obat analgesik non opioid (asetaminofen, aspirin, ibuprofen) dan terapi adjuvan

Drug Class (and Uses)	Medication	Recommended Starting Dose	Usual effective dose	
Anticonvulsants (various NP types)	Gabapentin	100-300 mg daily	300-1,200 mg in two or three divided doses	
	Pregabalin	25-75 mg twice daily	75-200 mg in three divided doses	
	Carbamazepine	100 mg twice daily	300-800 mg twice daily	
	Oxcarbazepine	150-300 mg daily	150-600 mg twice daily	
	Topiramate	25-50 mg twice daily	50-200 mg twice daily	
	Tiagabine	4 mg at bedtime	4-12 mg twice daily	
Antidepressants (NP, FM, chronic pain)	TCAs	Amirtripyline	10-25 mg at bedtime	50-150 mg at bedtime
		Nortriptyline	10-25 mg at bedtime	50-150 mg at bedtime
		Desipramine	10-25 mg at bedtime	50-150 mg at bedtime
	SSRIs	Citalopram	20 mg daily	
		Fluoxetine	10-20 mg daily	
		Paroxetine	10-20 mg daily	
	SNRIs	Duloxetine	20-30 mg daily	60 mg daily
		Venlafaxine	37.5 mg daily	150-300 mg daily

Drug Class (and Uses)	Medication	Recommended Starting Dose	Usual effective dose
Muscle relaxants (muscle pain, spasm)	Baclofen	5mg twice daily	10-20 mg two or three times daily
	Cyclobenzaprine	5 mg three times daily	10-20 mg three times daily
	Metaxalone	400 mg three times daily	800 mg three or four times daily
	Methocarbamol	500 mg four times daily	500-750 mg four times daily
	Tizanidine	2-4 mg at bedtime	4-8 mg two or three times daily
Corticosteroids (Inflammation, nerve compression)	Dexamethasone	1-2 mg	Not defined

### Kemoterapi paliatif:

Tujuannya mengecilkan tumor dan mempengaruhi pelepasan zat sitokin oleh tumor.

TUNGGAL	KOMBINASI
Paclitaxel	Gemcitabin + Paclitaxel
Doxetaxel	Doxetaxel + Platinum
Vinorelbin	
Gemcitabin	



### Kemoterapi pada penderita kanker paru

oleh Prof.DR.Dr. Benjamin PM SpP(K)

Kemoterapi pada kanker paru, bisa bermanfaat pada 90% kasus kanker paru, baik sebagai kemoterapi induksi, neo-adjuvan, adjuvan, 1st line, maupun 2nd line atau lebih. Tidak bisa dipungkiri kenyataan bahwa pada saat ini kemoterapi tidak bisa menjanjikan kesembuhan dan pada fase lanjut hanya mampu memperpanjang median survival sekitar 4 bulan, namun dibanding perawatan suportif terbaik (*best supportive care*), masih lebih baik dalam kontrol gejala dan *survival* yang bisa dinikmati penderita (*meaningful survival*). Didasari *evidence based medicine* ACCP 2003 dan panduan kanker paru PDPI, maka regimen kemoterapi yang dianjurkan adalah *doublet*, dimana satu komponennya merupakan senyawa platinum, sejumlah 3-4 siklus, dengan persyaratan skor ECOG masih 0-1, pada skor 2 dipertimbangkan berdasarkan kasusnya.

### Meningitis tuberculosis

oleh Dr. B. Rianawati Sp.S

Meningitis subakut/kronis merupakan meningitis dimana onset penyakitnya lebih dari 4 minggu, dapat juga sekitar 2-8 minggu. Diantara penyebab yang paling sering adalah *Mycobacterium Tuberculosis*.

Onset penyakitnya terselubung serta progresif. Fokus infeksi berada di organ lain seperti paru-paru yang kemudian menyebar ke kelenjar regional dan duktus thorasikus kemudian masuk kedalam sirkulasi darah yang akan mencapai susunan saraf pusat.

#### Penatalaksanaan:

Pada Meningitis Tuberculosis dipakai 4 kombinasi tuberkulostatik yang dapat menembus BBB.

Isoniazid membunuh paling banyak bacillus yang bereplikasi secara cepat dalam 2 minggu terapi, dengan beberapa bantuan tambahan dari streptomycin dan ethambutol. Setelahnya rifampisin dan pirazinamid menjadi penting karena mereka mensterilkan lesi yang dibunuh oleh organisme. Kedua obat ini penting untuk keberhasilan terapi 6 bulan. Rifampisin membunuh kuman di tempat *hostile* untuk penetrasi dan aksi dari obat lain. Penggunaan kortikosteroid tambahan masih kontroversial; diperkirakan mengurangi inflamasi CSF yang merupakan komplikasi neurologis dan mempengaruhi waktu penyembuhan.

Pemberian kortikosteroid apabila didapatkan keadaan :

- Penderita dalam keadaan shock
- Ada tanda tanda kenaikan TIK
- Ada tanda tanda araknoiditis.
- Timbul tanda tanda neurologis yang progresif

### Diagnosis dan Penatalaksanaan Penderita Tuberkulosis Paru Dewasa

oleh dr. Teguh Rahayu Sartono Sp.P(K)

Terapi kausatif TB berdasarkan program DOTS adalah:

Kategori I : 2 RHEZ / 4RH (4R3H3)

Yang termasuk didalamnya: kasus baru, BTA (+), foto torak: lesi berat, TB ekstra paru berat.

Kategori II: 2 RHEZ / RHEZS / 5 RH (5R3H3)

Termasuk di dalamnya: gagal terapi, DO, after default

Kategori III: 2 RHZ / 4 RH (4R3H3)

Termasuk di dalamnya: BTA (-), foto torak lesi ringan, TB ekstra paru ringan (KGB, kulit)

Kategori IV : OAT lini ke 2 + OAT masih sensitif

Terapi kausatif untuk penderita TB khusus:

Ibu hamil : regimen sama tanpa S

Ibu menyusui : regimen sama

Penderita HIV : regimen sama

TB + hepatitis akut :

ZRH : hepatotoksik, stop obat

OAT ditunda sampai hepatitis membaik atau diberi 3 SE / 6RH

Gangguan hepar kronis

SGOT, SGPT meningkat > 3 kali : OAT stop

SGOT, SGPT meningkat < 3 kali : 2 RHES / 6 RH tanpa Z, pengawasan ketat, diet tinggi protein.

Gangguan ginjal

2 RHZ / 6 RH tanpa SE

TB + DM

2RHEZ / 4 RH , E hati-hati

Regulasi gula : diet, insulin

### Diagnosis dan Tatalaksanaan TB pada anak

Oleh dr. Lucia Landia SpA.

Seorang anak dapat terinfeksi TB tanpa menjadi sakit TB: uji tuberkulin positif tanpa kelainan klinis, radiologis dan laboratoris. TB primer pada anak kurang membahayakan masyarakat karena kebanyakan tidak menular, tetapi bagi anak itu sendiri cukup membahayakan, karena dapat menimbulkan TB ekstratorakal yang sering menjadi sebab kematian, kecacatan, TB milier, meningitis TB dan TB tulang.

Masalah yang dihadapi dalam penanggulangan TB anak meliputi sulitnya menegakkan diagnosis, lamanya pengobatan, evaluasi pengobatan, belum adanya vaksin yang benar-benar dapat melindungi anak dari TB serta meningkatkan insiden infeksi HIV-AIDS.

Gejala spesifik TB sesuai organ:

1. TB kulit / skrofuloderma
2. TB tulang dan sendi
3. TB otak dan saraf
4. TB mata
5. TB pada organ lain.

Bila didapat gejala seperti diatas harus dibuktikan bahwa TB sebagai penyebabnya. Unit kerja koordinasi respirologi pengurus pusat IDAI telah menyusun algoritma deteksi TB anak, mulai di tingkat keluarga sampai rumah sakit, menggunakan sistem penilaian (skor) gejala dan pemeriksaan penunjang TB.

Penatalaksanaan TB terutama terapi TB anak menggunakan OAT sesuai dengan dosis pada anak. Penggunaan FDC sangat membantu kepatuhan anak minum obat. (MML)

