

Neuralgia Trigeminal: Diagnosis & Tatalaksana Pendahuluan

Sistem Saraf • SKDI 3A

Course komprehensif tentang neuralgia trigeminal mencakup definisi, patofisiologi, manifestasi klinis, diagnosis, tatalaksana, dan indikasi rujukan untuk dokter dengan level SKDI 3A.

Modul 1: Modul 1: Pendahuluan, Epidemiologi, dan Patofisiologi

1.1 Lesson 1: Definisi, Epidemiologi, dan Etiologi Neuralgia Trigeminal

Neuralgia trigeminal adalah gangguan nyeri neuropatik paroksismal pada saraf trigeminal (V), ditandai nyeri wajah intens seperti sengatan listrik. Insidensi 4-5/100.000/tahun, prevalensi 10-15/100.000. Meningkat dengan usia (puncak 60-70 tahun), lebih sering pada wanita (1,5:1). Kasus bilateral primer jarang (<5%). Etiologi utama adalah kompresi vaskular (80-90%), biasanya arteri serebelaris superior, menyebabkan demielinasi pada zona transisi akar trigeminal. Penyebab lain: tumor, sklerosis multipel, lesi intrakranial. Cabang V2 dan V3 paling sering terkena. Karakter nyeri episodik, stereotipikal, dipicu stimulasi tidak menyakitkan. Pemahaman epidemiologi dan etiologi membantu penegakan diagnosis. > Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

1.2 Lesson 2: Patofisiologi dan Faktor Risiko Neuralgia Trigeminal

Patofisiologi utama: neurovascular compression menyebabkan demielinasi pada akar trigeminal. Demielinasi mengakibatkan hipereksitabilitas akson: kontak sinaptik ektopik (ephaptic transmission) dan discharge spontan pada demielinasi, menghasilkan impuls nyeri. Faktor risiko: usia >50 tahun, hipertensi, sklerosis multipel (pada usia muda), riwayat cedera wajah, tumor intrakranial. Variasi klinis: nyeri tipe 1 (episodik, responsif carbamazepine) dan tipe 2 (konstan, respons lebih rendah). Komorbiditas: depresi, gangguan tidur. Pemahaman ini mendukung diagnosis dan pemilihan terapi. > Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

1.3 Lesson 3: Manifestasi Klinis Neuralgia Trigeminal

Nyeri neuralgia trigeminal khas: tajam, berdenyut, seperti sengatan listrik, berlangsung detik hingga menit dengan interval bebas nyeri. Pola stereotipikal, berulang. Lokasi unilateral mengikuti distribusi cabang V (V2 dan V3 paling sering). Pemicu: sentuhan ringan, makan, berbicara, mengunyah, paparan angin. Pemeriksaan fisik pada neuralgia primer sering normal, kecuali ditemukan zona pemicu (trigger zone). Evaluasi sensorik wajah, refleks kornea, dan kekuatan mengunyah penting untuk mendeteksi defisit neurologis yang mengarah pada etiologi sekunder. > Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

Modul 2: Modul 2: Diagnosis dan Tatalaksana

2.1 Lesson 1: Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik

Anamnesis: tanyakan karakter nyeri (sengatan listrik), lokasi tepat, pemicu (makan, menyikat gigi), frekuensi, durasi, dan respons terhadap pengobatan sebelumnya. Tanyakan gejala neurologis baru (kelemahan, mati rasa). Pemeriksaan fisik: tes sensorik wajah pada ketiga cabang (sentuhan, nyeri), refleks kornea dan kedip, palpasi otot pengunyah (V3). Perhatikan zona pemicu. Pemeriksaan funduskopi untuk edema papil. Pemeriksaan neurologis lengkap untuk mendeteksi defisit yang menunjukkan lesi intrakranial. Dokumentasi klinis sangat penting untuk diagnosis dan monitoring. > Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

2.2 Lesson 2: Pemeriksaan Penunjang dan Diagnosis Banding

Pemeriksaan penunjang utama: MRI otak dengan protocol khusus trigeminal (meliputi sequence untuk melihat neurovascular compression) dan MRA untuk evaluasi vaskular. MRI wajib pada pasien muda (<40 tahun), gejala tidak klasik, atau kecurigaan lesi struktural. Pemeriksaan laboratorium: CBC, elektrolit, fungsi hati untuk baseline sebelum terapi. Diagnosis banding: atypical facial pain, neuralgia glossofaringeal, postherpetik neuralgia, cluster headache, trigeminal neuritis, tumor, sklerosis multipel. Nerve conduction studies TIDAK direkomendasikan rutin. MRI dengan MRA adalah standar emas. > Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

2.3 Lesson 3: Tatalaksana Farmakologis dan Non-Farmakologis

Farmakologis lini pertama: Carbamazepine dimulai 100-200 mg/hari dibagi 1-2 dosis, titrasi bertahap hingga efektif (200-1200 mg/hari). Monitoring CBC, fungsi hati, dan natrium. Oxcarbazepine alternatif (risiko hiponatremia). Untuk nyeri tipe 2 atau refraktori: gabapentin, pregabalin, lamotrigine. Non-farmakologis: terapi fisik (teknik relaksasi), CBT untuk manajemen nyeri kronis, modifikasi aktivitas pemicu, adjuvan analgesik. Algoritma: bedakan nyeri tipe 1 (responsif antikonvulsan) dan tipe 2 (responsif analgesik/adjuvan). Evaluasi spesialis diperlukan jika tidak responsif. > Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

Modul 3: Modul 3: Komplikasi, Prognosis, dan Rujukan

3.1 Lesson 1: Komplikasi dan Prognosis Neuralgia Trigeminal

Komplikasi: gangguan makan/berat badan, depresi, gangguan tidur, isolasi sosial. Efek samping terapi: carbamazepine (pancytopenia, leukopenia, hepatotoksitas) sehingga monitoring CBC rutin diperlukan; oxcarbazepine (hiponatremia); gabapentin (somnolence). Edukasi pasien tentang tanda efek samping penting. Komplikasi bedah: mati rasa wajah, kekambuhan. Prognosis: 70-80% responsif dengan carbamazepine; nyeri refraktori memerlukan re-evaluasi etiologi dan pertimbangan terapi bedah. Pasien dengan lesi intrakranial bergantung pada penanganan penyebab mendasar. > Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

3.2 Lesson 2: Kapan Merujuk dan Contoh Kasus Klinis

Indikasi rujukan: nyeri tidak responsif setelah trial carbamazepine adekuat (dosis maksimal, durasi memadai), muncul gejala neurologis baru, pola nyeri tidak khas, reaksi obat serius (pancytopenia), atau kecurigaan etiologi sekunder. Kasus: Pria 65 th, nyeri V2 kanan tipe 1. Anamnesis: sengatan listrik saat makan. Pemeriksaan: normal. MRI menunjukkan neurovascular compression. Diagnosa: Neuralgia trigeminal primer. Rencana: Carbamazepine 100 mg 2x/di, titrasi. Monitoring CBC. Rujukan bedah saraf jika refraktori. > Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

3.3 Lesson 3: Isu Khusus dan Tatalaksana Lanjutan

Isu khusus: Pada usia <40 tahun, lakukan MRI untuk curigai sklerosis multipel atau tumor. Kehamilan: carbamazepine kontraindikasi (risiko teratogen), gunakan gabapentin atau okskarbazepin dengan pertimbangan. Bilateral jarang primer, cari etiologi sekunder. Tatalaksana lanjutan (nyeri refraktori): microvascular decompression (MVD) untuk kompresi vaskular, percutaneous procedures (rhizotomy), atau radiosurgery (gamma knife). Monitoring jangka panjang: respons terapi dan efek samping. Pendekatan multidisiplin (neurologi, bedah saraf, psikiatri) optimal. > 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.