

Meniere's Disease: Diagnosis dan Tatalaksana Pendahuluan

Sistem Saraf • SKDI 3A

Course komprehensif mengenai penyakit Meniere, mencakup patofisiologi, diagnosis berdasarkan kriteria AAO-HNS, penatalaksanaan farmakologis dan non-farmakologis, serta indikasi rujukan untuk dokter umum.

Modul 1: Modul 1: Pendahuluan dan Dasar Patofisiologi

1.1 Lesson 1: Definisi, Epidemiologi, dan Etiologi Penyakit Meniere

Penyakit Meniere adalah gangguan telinga dalam yang ditandai vertigo episodik, gangguan pendengaran sensorineural fluktuasi unilateral, tinnitus, dan sensasi penuh telinga, berkaitan dengan endolymphatic hydrops (akumulasi cairan endolimfe berlebih dalam labirin telinga dalam). Insidensi 4,3-15 per 100.000/tahun, prevalensi 35-190 per 100.000. Onset usia 40-60 tahun, wanita lebih sering (1,3:1). Sekitar 80-90% unilateral pada awal, 35-50% berkembang bilateral dalam 10-20 tahun. Etiologi belum sepenuhnya dipahami: hipotesis obstruksi, gangguan absorpsi, atau produksi berlebih endolimfe. Faktor risiko: genetik (5-15%), autoimmune, alergi, infeksi virus, stres, diet tinggi sodium, kafein, alkohol. **PENTING:** Sebelum mendiagnosis Meniere, dokter umum SKDI 3A wajib mengeksklusi diagnosis banding secara ketat, terutama migrain vestibular dan stroke, melalui anamnesis dan pemeriksaan yang cermat. > Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

1.2 Lesson 2: Patofisiologi Endolymphatic Hydrops dan Klasifikasi

Patofisiologi Meniere: endolymphatic hydrops (penumpukan cairan endolimfe) menyebabkan distensi labirin membranosa, ruptur membran, pencampuran endolimfe dengan perilimfe, depolarisasi sel rambut, gangguan neurokimia. Gejala: vertigo (gangguan vestibuler), gangguan pendengaran (kerusakan sel rambut koklea), tinnitus, sensasi penuh telinga. Klasifikasi AAO-HNS 1995: Definite ("≥2 episode vertigo ≥20 menit, tuli sensorineural frekuensi rendah fluktuasi, tinnitus/fullness), Probable (1 episode, temuan sama), Possible (vertigo tanpa gangguan pendengaran). Klasifikasi klinis: unilateral/bilateral, stadium awal (pendengaran pulih), pertengahan (residu), lanjut (tuli signifikan), terminal (tuli total). Pemahaman patofisiologi membantu merencanakan tatalaksana berdasarkan stadium. > Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

Modul 2: Modul 2: Diagnosis dan Penatalaksanaan

2.1 Lesson 1: Manifestasi Klinis dan Pendekatan Diagnosis

Manifestasi klinis Meniere: vertigo spontan episodik (20 menit-12 jam, mual/muntah), gangguan pendengaran sensorineural fluktuasi unilateral (frekuensi rendah), tinnitus (dengungan di telinga), sensasi penuh telinga. Pemeriksaan fisik telinga normal, nistagmus horizontal-rotatoris unidireksional pada serangan akut. Diagnosis: anamnesis terarah + pemeriksaan penunjang. Audiometri tonal: tuli sensorineural fluktuasi unilateral frekuensi rendah. Tympanometry normal, vestibular test hipofungsi unilateral, MRI temporal bone untuk lesi sentral. Kriteria AAO-HNS 1995. Diagnosis banding: BPPV, vestibular neuritis, migrain vestibular, neuroma akustik, stroke vertebrobasiler. Diplakusis (persepsi nada berbeda pada telinga yang sama) dan oscillopsia (penglihatan bergetar saat gerakan kepala) merupakan gejala pendukung. Eksklusi diagnosis banding harus dilakukan secara ketat. > Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

2.2 Lesson 2: Penatalaksanaan Farmakologis dan Non-Farmakologis

Penatalaksanaan Meniere multimodal: (1) Non-farmakologis: diet rendah garam (<1500 mg natrium/hari), pembatasan kafein/alkohol, manajemen stres. (2) Farmakologis serangan akut: antihistamin (meclizine 25 mg atau dimenhydrinate 50 mg), benzodiazepin (lorazepam 0,5-1 mg atau diazepam 2-5 mg), antiemetik (metoclopramide 10 mg). PERINGATAN: Benzodiazepin menyebabkan sedasi, tingkatan risiko jatuh pada usia lanjut, hindari penggunaan bersamaan opioid/alkohol. (3) Profilaksis: betahistine dosis standar Indonesia 24 mg 2x/hari (bukan 6 mg 3x/hari), minimal 3-6 bulan. Efek samping: sakit kepala, gangguan lambung, dapat dititrasi dari dosis rendah. Diuretik (HCTZ 25 mg). Evaluasi 3-6 bulan; jika tidak responsif, rujuk ke spesialis untuk injeksi intratympanik atau bedah. > Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

Modul 3: Modul 3: Komplikasi, Rujukan, dan Studi Kasus

3.1 Lesson 1: Komplikasi, Prognosis, dan Indikasi Rujukan

Komplikasi Meniere: gangguan pendengaran progresif (50-70% penurunan bermakna dalam 10-15 tahun), tuli bilateral (35-50%), gangguan keseimbangan kronis. Diplakusis (persepsi nada berbeda pada telinga yang sama) dan oscillopsia (penglihatan bergetar saat gerakan kepala) mengganggu aktivitas. Risiko jatuh meningkat. Dampak psikososial: depresi (25-30%), kecemasan, gangguan tidur, isolasi sosial. Prognosis: 70-80% terkontrol terapi, 10-15% refrakter. Indikasi rujukan: vertigo dengan tanda sentral (stroke), tuli mendadak (SSNHL), vertigo dengan demam (labyrinthitis), diagnosis tidak pasti, tidak responsif terapi 3-6 bulan, penurunan pendengaran progresif, dampak psikososial berat. Indikasi injeksi intratympanik/bedah: setelah gagal terapi konservatif >6 bulan, gangguan pendengaran progresif refrakter. > Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

3.2 Lesson 2: Studi Kasus dan Pendalaman Klinis

Studi Kasus 1: Ny. S, 48 tahun, vertigo episodik kanan 3-4 jam, 2-3 kali/bulan, gangguan pendengaran fluktuasi, tinnitus, fullness. Audiometri: tuli sensorineural moderate kanan frekuensi rendah. Diagnosis: Meniere's Definite. Plan: diet rendah garam, betahistine 24 mg 2x/hari (dosis standar), meclizine saat serangan, kontrol 1 bulan. Evaluasi 3-6 bulan; jika tidak responsif atau penurunan pendengaran progresif, rujuk THT. Studi Kasus 2: Bp. R, 35 tahun, vertigo bilateral, tinnitus bilateral, riwayat migrain. Diferensial migrain vestibular; evaluasi autoimun, rujuk spesialis. Studi Kasus 3: Bp. H, 55 tahun, vertigo berat dengan hemiparesis kiri dan disartria. Red flags: stroke vertebrobasiler; stabilisasi, CT scan, rujuk neurologi emergensi. Prinsip: identifikasi red flags, klasifikasi vertigo sentral vs perifer. > 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.