

Perempuan 55 Tahun Dengan Rheumatoid Atritis

Siti Nur Indah¹, Giska Tri Putri², Yusuf Aulia Rahman³

¹Mahasiswa, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Biokimia, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

³Bagian Ilmu Penyakit Dalam, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Rheumatoid arthritis (RA) adalah penyakit inflamasi kronis dengan etiologi yang tidak diketahui yang ditandai oleh poliartritis perifer, simetris. Penyakit ini adalah bentuk paling umum dari artritis inflamasi kronis dan sering menyebabkan kerusakan sendi dan cacat fisik. Pada laporan kasus ini menggambarkan suatu kasus rheumatoid arthritis dengan gambaran klinis yang khas beserta alur diagnosis dan terapinya.

Kata kunci: rheumatoid arthritis, rheumatoid faktor

A 55 Years Old Woman With Rheumatoid Arthritis

Abstract

Rheumatoid arthritis (RA) is an inflammatory disease with unknown etiology characterized by peripheral, symmetrical polyarthritis. This is the most common thing arthritis inflammatory disease and often causes joint damage and physical disability. In this case report describes a case of rheumatoid arthritis with distinctive clinical presentation, with diagnostic and treatments.

Keywords: rheumatoid arthritis, rheumatoid factor

Korespondensi: Siti Nur Indah, alamat: jl. Sumantri Brojonegoro Lk 001 Gedong Meneng, Rajabasa, Bandar Lampung, HP: 082186662432, email: sitinurindah26@gmail.com

Pendahuluan

Penyakit rheumatoid arthritis (RA) merupakan salah satu penyakit autoimun berupa inflamasi arthritis pada pasien dewasa.¹ Rasa nyeri pada penderita RA pada bagian sinovial sendi, sarung tendo, dan bursa akan mengalami penebalan akibat radang yang diikuti oleh erosi tulang dan destruksi tulang disekitar sendi hingga dapat menyebabkan kecacatan.² Gejala khas dari kondisi ini adalah adanya poliartritis yang bersifat simetris dan persisten yang dapat terjadi pada kedua tangan dan kaki, meskipun sendi-sendi lain yang terdapat membrane synovial juga dapat terpengaruh. Organ-organ ekstra-artikuler juga dapat terpengaruh antara lain kulit, jantung, paru, dan mata namun demikian, kebanyakan penyakit rematik berlangsung kronis, yaitu sembuh dan kambuh kembali secara berulang-ulang sehingga menyebabkan kerusakan sendi secara menetap pada penderita RA.³

Pemahaman terhadap RA berkaitan dengan komorbiditas dan mortalitas dini,⁴ membuat penatalaksanaan RA harus agresif dan sedini mungkin sehingga mampu meningkatkan hasil jangka pendek maupun

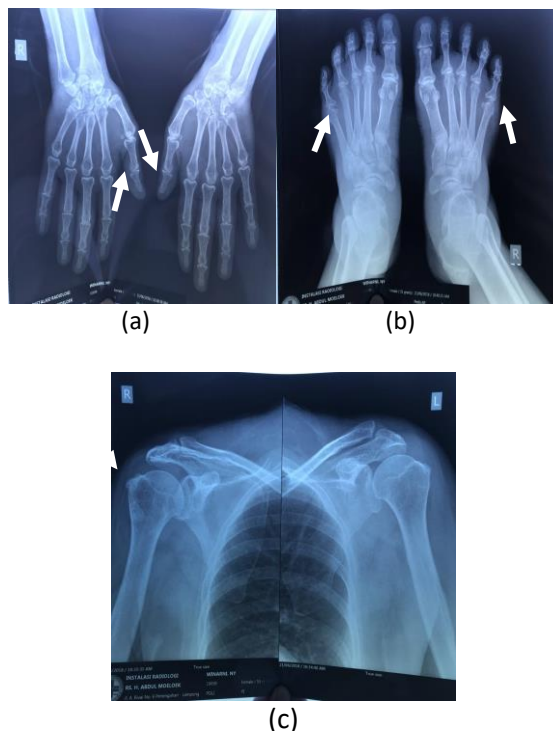
panjang penderita.⁵ Hal ini dapat diakibatkan oleh stres, merokok, faktor lingkungan dan dapat pula terjadi pada anak karena faktor keturunan.⁶

RA pada umumnya sering di tangan, sendi siku, kaki, pergelangan kaki dan lutut. Nyeri dan bengkak pada sendi dapat berlangsung dalam waktu terus-menerus dan semakin lama gejala keluhannya akan semakin berat. Keadaan tertentu, gejala hanya berlangsung selama beberapa hari dan kemudian sembuh dengan melakukan pengobatan.⁷ Rasa nyeri pada persendian berupa pembengkakan, panas, eritema dan gangguan fungsi merupakan gambaran klinis yang klasik untuk rheumatoid arthritis. Persendian dapat teraba hangat, bengkak, kaku pada pagi hari berlangsung selama lebih dari 30 menit.⁸ Pola karakteristik dari persendian yang terkena adalah : mulai pada persendian kecil di tangan, pergelangan, dan kaki. Secara progresif mengenai persendian, lutut, bahu, pinggul, siku, pergelangan kaki, tulang belakang serviks, dan temporomandibular. Adapun tanda dan gejala yang umum ditemukan atau sangat serius terjadi pada lanjut usia, yaitu: sendi terasa

kaku pada pagi hari dan kekakuan pada daerah lutut, bahu, siku, pergelangan tangan dan kaki, juga pada jari-jari, mulai terlihat bengkak setelah beberapa bulan, bila diraba akan terasa hangat, terjadi kemerahan dan terasa sakit/nyeri, bila sudah tidak tertahan dapat menyebabkan demam dan dapat terjadi berulang.

Kasus

Pasien perempuan, 55 tahun dengan keluhan nyeri sendi inflamatif di sendi bahu, kedua tangan, kedua kaki yang mengganggu aktivitas. Anggota keluarga tidak ada yang mengalami sakit sendi dengan gejala yang sama. Pada pemeriksaan fisik secara umum kondisi stabil.



Gambar 1. (a) Foto manus (b) Foto pedis (c) Foto sendi bahu menunjukkan gambaran osteoporosis juxta artikular dan penyempitan celah sendi

Pada pemeriksaan laboratorium didapatkan LED 109 mm/jam, rheumatoid factor positif, HbsAg rapid non reaktif. Pemeriksaan HbsAg pada pasien dilakukan untuk mengetahui tingkat resiko pemberian terapi immunosupresan yang akan diberikan. Hasil foto thorax menunjukkan tidak ditemukan adanya TBC sehingga pasien dapat diberikan immunosupresan.

Hasil foto manus tampak penyempitan sela sendi distal interphalangeal digit 1 manus

bilateral ec arthritis. Hasil foto pedis tampak penyempitan sela sendi interphalangeal digit 5 pedis bilateral ec arthritis. Hasil foto sendi bahu/ shoulder joint tampak bayangan opak proksimal humerus dextra.

Pasien ini didiagnosis dengan rheumatoid arthritis. Skor derajat keparahan penyakit pada pasien saat diagnosis adalah 7 dengan rincian keterlibatan sendi 3, serologi 2, reaktan fase akut 1, dan durasi dari gejala 1, sehingga pasien memenuhi kriteria definitif RA.

Penatalaksanaan farmakologis yang diberikan adalah methylprednisolone 3x8 mg, CaCo3 3x500 mg, vitamin D3 1x400 IU, methotrexate 1x7,5 mg.

Pembahasan

Rheumatoid arthritis (RA) adalah penyakit inflamasi kronis dengan etiologi yang tidak diketahui yang ditandai oleh poliarthritis perifer, simetris. Penyakit ini adalah bentuk paling umum dari arthritis inflamasi kronis dan sering menyebabkan kerusakan sendi dan cacat fisik. Dikarenakan penyakit ini adalah penyakit sistemik, maka RA dapat menghasilkan berbagai manifestasi ekstraartikular, termasuk kelelahan, nodul subkutan, keterlibatan paru-paru, perikarditis, neuropati perifer, vaskulitis, dan kelainan hematologi.⁹

Etiologi RA tidak sepenuhnya dapat ditegakan dan cenderung multifaktorial. RA dikaitkan dengan genetik, respons imun individu dan agen tertentu yang mungkin berasal dari bakteri atau virus, dimana semuanya memainkan peran. RA dikaitkan dengan berbagai macam variasi *human leukocyte antigen (HLA)-DR gene* yang disebut epitop bersama. Kehadiran epitop bersama terkait dengan kerentanan dan keparahan RA pada beberapa populasi. Antigen artrogenik yang diduga belum dijelaskan, meskipun mungkin banyak antigen eksogen atau endogen yang dapat memicu penyakit.¹⁰

Secara patologis, sinovitis adalah ciri khas dari penyakit ini. Pembentukan pembuluh darah baru menonjol pada penyakit awal, dan membran sinovial yang biasanya tipis menjadi hipertrofik. Peradangan sinovial ditandai dengan masuknya sel CD4+. Pelepasan sitokin lokal membantu memediasi kerusakan jaringan

dengan degradasi kartilago dan, akhirnya, erosi tulang.¹⁰

Diagnosis RA sangat penting saat ini terutama terkait penatalaksanaan dengan *disease-modifying antirheumatic drugs* (DMARDs) dan obat agen biologik yang lebih baru telah terbukti meningkatkan hasil. Kriteria diagnostik dari American College of Rheumatology ditunjukkan dalam Tabel 1. Inflamasi simetris poliartritis dengan keterlibatan sendi kecil terjadi pada semua pasien. Kebanyakan pasien datang dengan onset kronik selama berminggu-minggu sampai berbulan-bulan, tetapi beberapa pasien (sekitar 10%) mengalami onset akut selama beberapa hari. Sendi kecil di tangan dan pergelangan tangan paling sering terlibat sejak dini, tetapi beberapa pasien mungkin datang dengan monoarthritis. Diagnosis bisa sulit pada tahap awal, dan pasien dengan nyeri sendi kronis perlu ditinjau kembali secara teratur.¹⁰

Tanda dan gejala termasuk nyeri sendi; pembengkakan sendi dengan sinovitis (penebalan dan cairan sinovial); kekakuan sendi, keadaan lebih buruk terjadi pada pagi hari; sendi yang biasanya hangat, kadang-kadang eritematous; jangkauan gerak terbatas; nodul pada ekstensor lengan bawah; demam ringan dalam beberapa kasus, malaise dan kelelahan. Manifestasi ekstra-artikular terjadi pada pasien dengan penyakit yang lebih berat dan mungkin termasuk sindrom Sjögren, episkleritis atau skleritis, pleuritis, nodul paru, fibrosis pulmonal, perikarditis, rheumatoid vaskulitis dan sindrom Felty.¹⁰

Tabel 1. Kriteria Klasifikasi Rheumatoid Arthritis menurut American College of Rheumatology

No	Kriteria RA
1	<i>Morning stiffness</i> lebih dari 1 jam
2	Arthritis pada 3 atau lebih area sendi
3	Arthritis pada sendi tangan
4	Arthritis terjadi simetris
5	Nodul rematoid
6	Serum faktor rheumatoid
7	Gambaran radiologi: erosi atau osteopenia periartikular tegas

*Pasien didiagnosa rheumatoid arthritis bila terdapat 4 dari 7 kriteria

Aletaha *et al* (2010) dalam Fauci *et al*. (2012) mengemukakan klasifikasi kriteria arthritis rheumatoid pada tabel 2. Kriteria ini ditujukan untuk klasifikasi pasien baru yang

memiliki setidaknya satu sendi dengan sinovitis klinis yang tidak dapat dijelaskan oleh penyakit lain. Skor ≥ 6 memenuhi persyaratan untuk RA yang pasti. Penelitian tersebut dapat dilihat pada tabel di bawah ini

Tabel 2. Kriteria Klasifikasi Rheumatoid Arthritis

		Skor
Keterlibatan Sendi	1 sendi besar	0
	2-10 sendi besar	1
	1-3 sendi kecil (MCP,PIP,MTP, sendi pergelangan tangan)	2
	4-10 sendi kecil	3
	>10 sendi	5
Serologi	RF (-) dan ACPA (-)	0
	RF (+) rendah dan ACPA (+) rendah	2
	RF (+)tinggi dan ACPA (+) tinggi	3
Reaktan Fase Akut	CRP normal dan LED normal	0
	CRP tidak normal dan LED tidak normal	1
Durasi Dari Gejala	<6 minggu	0
	>6 minggu	1

*ACPA, anti-citrullinated peptide antibodies; CCP, cyclic citrullinated peptides;CRP, C-reactive protein; ESR, erythrocyte sedimentation rate; IP, interphalangeal joint; MCP, metacarpophalangeal joint; MTP, metatarsophalangeal joint; PIP, proximal interphalangeal joint; RF, rheumatoid factor; ULN, upper limit of normal.

Pada pasien ini ditemukan adanya peradangan sendi di lebih dari 3 area sendi seperti di daerah pundak, telapak tangan dan kaki yang terjadi selama 2 bulan. Ditemukan adanya arthritis di sendi tangan yang terjadi secara simetris. Pasien juga mengeluhkan adanya gangguan nyeri pada pagi hari dan terjadi perbaikan bila telah melakukan aktivitas. Pemeriksaan faktor rheumatoid juga menunjukkan hasil positif. Pada pemeriksaan radiologi ditemukan adanya penyempitan celah synovial dengan gambaran erosi. Bila mengacu pada kriteria klasifikasi arthritis rheumatoid menurut *American College of Rheumatology* maka didapatkan skor 6. Sedangkan bila mengacu pada klasifikasi yang kedua ditemukan adanya keterlibatan sendi 4 – 10 sendi bilateral (skor 3), Faktor rheumatoid positif tetapi tidak dijelaskan rendah atau tingginya (skor 2 atau 3), nilai LED 109 mm/jam (skor 1) dan durasi penyakit selama 2 sampai 6 bulan (skor 1), maka didapatkan skor rheumatoid sebesar 7 sampai 8. Berdasarkan

literatur, maka diagnosa pada pasien ini telah sesuai.

Prinsip tatalaksana pada pasien RA harus ditujukan untuk mengendalikan peradangan secepat mungkin. Ini mungkin membutuhkan penggunaan kortikosteroid untuk onset cepat mereka (dosis oral awal 30 mg prednisolon atau 120 mg i metilprednisolon dapat digunakan). Steroid harus cepat meruncing untuk mencegah efek samping yang signifikan.⁹

Selain itu, *disease-modifying antirheumatic drugs* (DMARDs) harus dimulai pada saat ini. Pilihan pertama sekarang methotrexate pada dosis 10-25 mg / minggu. Ini dapat digunakan awalnya sendiri atau dalam kombinasi dengan sulfasalazine dan hydroxychloroquine. Leflunomide juga dapat dipertimbangkan jika metotreksat tidak ditoleransi. Emas dan penicillamine berhubungan dengan efek samping yang signifikan dan sekarang sangat jarang digunakan.⁹

Kontrol rasa sakit dan kekakuan dengan obat anti-inflamasi non-steroid (NSAID) mungkin diperlukan, mempertahankan tonus otot dan mobilitas sendi dengan program latihan yang seimbang, dan saran umum untuk mengatasi aktivitas kehidupan sehari-hari. Jika tidak ada respons yang memuaskan terhadap DMARD adalah bijaksana untuk beralih ke terapi biologis seperti inhibitor TNF seperti infliximab, etanercept, golimumab, certolizumab dan adalimumab. Terapi biologis lainnya termasuk inhibitor dari *costimulation cel-T* inhibitor (abatacept), IL-6 (tocilizumab) dan terapi depleting sel-B (rituximab).⁹

Tindakan tambahan termasuk suntikan persiapan kortikosteroid ke dalam sendi yang meradang dan selubung tendon. Kadang-kadang dikhawatirkan bahwa suntikan tersebut dapat menyebabkan kerusakan tulang rawan atau tendon artikular. Namun, ada sedikit bukti bahwa mereka berbahaya, asalkan mereka digunakan dengan hemat dan dengan tindakan pencegahan penuh terhadap infeksi. Istirahat yang lama dan imobilitas kemungkinan akan melemahkan otot dan mengarah ke prognosis yang lebih buruk. Namun, beberapa belat dapat membantu pada setiap tahap penyakit.⁹

Pada pasien ini telah dilakukan penatalaksanaan non farmakologis dengan

pemberian tirah baring, serta minum obat teratur, farmakologis yang diberikan adalah methylprednisolone 3x8 mg, CaCo3 3x500 mg, vitamin D3 1x400 IU, methotrexate 1x7,5 mg. Bila mengacu pada literatur yang ada, terapi yang telah diberikan telah sesuai.

Terapi reumatoid artritis menurut guideline ACR 2015 adalah sebagai berikut:¹

Tabel 3. Guideline Tatalaksana Rheumatoid Aritris berdasarkan ACR (*American College of Rheumatology*) 2015

Kategori Obat	Deskripsi
Metotreksat	Digunakan secara oral atau subkutan (DMARD).
DMARDs	DMARDs tradisional / konvensional termasuk HCQ, LEF, MTX, atau SSZ (tidak termasuk azathioprine, cyclosporine, minocycline dan emas), tidak termasuk tofacitinib, yang dianggap terpisah.
Monoterapi DMARDs	Paling sering didefinisikan sebagai penggunaan monoterapi MTX, tetapi mungkin juga SSZ, HCQ, atau LEF.
Terapi DMARD ganda	MTX + SSZ, MTX+HCQ, SSZ+HCQ, atau kombinasi dengan LEF
Terapi tiga DMARD	MTX + SSZ + HCQ.
Terapi kombinasi DMARD	Terapi DMARD tradisional / konvensional ganda atau tiga.
Tofacitinib	Molekul kecil sintetis oral
Biologis	Biologis TNFi atau non-TNF biologis (tidak termasuk anakinra)
Biologi TNFi	Adalimumab, pegol certolizumab, etanercept, golimumab, atau infliximab.
Biologis non-TNF	Abatacept, rituximab, atau tocilizumab (tidak termasuk anakinra).
Glukokortikoid dosis rendah	Prednison <10 mg / hari (atau setara).
Glukokortikoid dosis tinggi	Prednison > 10 mg / hari prednison (atau

	setara) dan hingga 60 mg / hari dengan lancia cepat.
Glukokortikoid jangka pendek	<3 bulan pengobatan

*ACR: American College of Rheumatology; RA: rheumatoid arthritis; EULAR: European League Against Rheumatism; DAS: Disease Activity Score; DMARD: disease-modifying antirheumatic drug; HCQ: hydroxychloroquine; LEF: leflunomide; MTX: methotrexate; SSZ: sulfasalazine; TNFi: tumor necrosis factor inhibitor.

Pengobatan pasien AR memerlukan pemantauan aktivitas penyakit yang baik melalui evaluasi klinis maupun laboratorium dengan menggunakan skor seperti *Disease Activity Score 28 (DAS28)* atau kriteria remisi dari ACR 1987. Pengukuran LED atau CRP merupakan kunci untuk pemantauan penyakit.¹² Namun pada pasien ini tidak dilakukan pengukuran skor DAS28 awal sehingga tidak dapat dilakukan pengukuran skor DAS28 akhir setelah pengobatan.

Tabel 4. Nilai ambang batas aktivitas penyakit Artritis Rheumatoid berdasarkan nilai *Disease Activity Score (DAS28)*

Aktivitas penyakit	Nilai DAS28-LED	Nilai DAS28-CRP
Remisi	≤ 2,6	≤ 2,3
Rendah	≤ 3,2	≤ 2,7
Sedang >	> 3,2 s/d ≤ 5,1	>2,7 s/d ≤ 4,1
Tinggi	> 5,1	> 4,1

Kriteria AR menurut ACR 1987 dikatakan dalam remisi klinis apabila :

1. Lama keluhan kaku sendi tidak lebih dari 15 menit
2. Tanpa keluhan kelelahan
3. Tanpa keluhan nyeri sendi
4. Tanpa adanya *tenderness* atau nyeri gerak sendi
5. Tanpa ada pembengkakan jaringan sekitar sendi
6. LED (cara Westergren) kurang dari 20 mm pada pria dan kurang dari 30 mm pada wanita

Disebut remisi bila memenuhi 5 atau lebih kriteria diatas dan berlangsung selama 2 bulan atau lebih secara terus-menerus.¹³

Simpulan

Artritis rheumatoid cukup sering ditemukan. Penegakkan diagnosis menggunakan skrining klinis, laboratorium, dan radiologis. Pengobatan bertujuan mengendalikan perjalanan penyakit, tidak menyembuhkan.

Daftar Pustaka

1. Singh J, Saag K, Bridges L, Aki E, Bannuru R. 2015 American college of rheumatology guideline for the treatment of rheumatoid arthritis, arthritis care & research. American College of Rheumatology; 2015.
2. Yazici Y, Simsek I. Treatment options for rheumatoid arthritis beyond TNF-Alpha inhibitors. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2010;3: 663-666.
3. Muchid A. Pharmaceutical care untuk pasien penyakit arthritis rematik. Izkaifz. Jakarta: Direksional Bina Farmasi Komunitas dan Klinik, Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan; 2006
4. Sokka T, B. Abelson, & T. Pincus. Mortality in Rheumatoid Arthritis. *Clin Exp Rheumatol*. 2008;26: 35-36.
5. Yazici YT, Sokka H, Kautiainen, Swearingen I, Kulman, Pincus. Longterm safety of methotrexate in routine clinical care: discontinuation is unusual and rarely due to laboratory abnormalities. *Ann Rheum Dis*. 2005;64: 207-211.
6. Brooke MP. Rheumatology. *Med J Australia*. 2014;160: 374-377.
7. Tobon GJ, Youinou P, Saraux A. The environment, geoepidemiology, and autoimmune disease: rheumatoid arthritis. *J Autoimmun*. 2010;35: 10-4.
8. Smeltzer S, Bare B. Buku ajar keperawatan medikal bedah Brunner dan Suddarth. Edisi ke-8. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC; 2002.
9. Fauci AS, Kasper DL, Longo DL, Loscalzo J, Hauser SL, et al. *Harrison's principles of internal medicine*. 18th Edition. New York: McGraw Hill; 2012.
10. Runge MS, Greganti MA. *Netter's internal medicine*. 2nd Edition. Philadelphia USA: Saunders Elsevier; 2009.
11. Solomon L, Warwick D, Nayagam S. *Apley's system of orthopedics and*

- fractures. Ninth Edition. London: Butterworth Heineman; 2010
12. Perhimpunan Reumatologi Indonesia. Diagnosis dan pengelolaan arthritis reumatoid. Bandung: Perhimpunan Reumatologi Indonesia; 2014