



Akreditasi PB IDI-2 SKP

Diagnosis Spondiloartropati Seronegatif

Monica Djaja Saputera,¹ Widi Budianto²¹ Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara, Jakarta Barat² Departemen Ilmu Penyakit Dalam, Rumah Sakit Bhayangkara, Semarang, Indonesia

ABSTRAK

Spondiloartropati seronegatif (SpA) merupakan kelompok penyakit autoimun yang banyak ditemukan dalam praktik sehari-hari. Diagnosis SpA ditegakkan berdasarkan manifestasi klinis. Pemeriksaan penunjang yang disarankan adalah foto polos, USG muskuloskeletal, MRI tulang belakang dan sendi sakroiliaka. Pemeriksaan lain adalah pemeriksaan LED, CRP, dan HLA-B27.

Kata kunci: Faktor rheumatoid, HLA-B27, spondiloartropati seronegatif

ABSTRACT

Seronegative spondyloarthropathies (SpA) is a group of autoimmune diseases found in everyday practice. Diagnosis is confirmed by clinical manifestations. Suggested additional examinations are plain X ray, musculoskeletal USG, MRI of spine and sacroiliac joint. Other examinations are LED, CRP, and HLA-B27. **Monica Djaja Saputera, Widi Budianto. Diagnosis of Seronegative Spondyloarthropathies**

Keywords: HLA-B27, rheumatoid factor, seronegative spondyloarthropathies

PENDAHULUAN

Spondiloartropati seronegatif (SpA) merupakan kelompok penyakit autoimun yang ditandai dengan peradangan sendi serta pemeriksaan faktor rheumatoid negatif.¹⁻⁶ Termasuk dalam kelompok SpA adalah *ankylosing spondylitis* (AS), artritis reaktif, artritis psoriatik, artritis enteropati, dan SpA yang tidak dikelompokkan. AS memiliki prevalensi terbesar dibandingkan subkelompok lainnya.^{1-2,6} Dalam praktik, SpA merupakan salah satu kelompok penyakit yang banyak ditemui dan membutuhkan kewaspadaan dalam diagnosis serta tatalaksana yang tepat. Studi di Belanda mendapatkan 68 dari 100.000 penduduk menderita AS.⁶ Sedangkan di Amerika Serikat, didapatkan 197 dari 100.000 penduduk menderita AS.⁶

DEFINISI

Spondiloartropati seronegatif (SpA) merupakan sekelompok penyakit autoimun yang berkaitan dengan hasil pemeriksaan HLA-B27 positif.^{1,2} HLA-B27 merupakan alel

lokus HLA-B yang mengkode MHC kelas I. Patofisiologi SpA terkait dengan HLA-B27, yaitu melalui hipotesis *molecular mimicry*. Dalam hipotesis ini, molekul HLA-B27 mirip dengan mikroorganisme pencetus SpA, yang banyak berasal dari basil Gram negatif. Adanya kemiripan antara HLA-B27 dan mikroorganisme pencetus diduga menjadi salah satu pencetus SpA.^{1,2,6,7} Penyebab lain SpA berkaitan dengan paparan bahan kimia ataupun biologik.⁶

DIAGNOSIS

Kriteria diagnosis SpA menurut *Assessment of Spondyloarthritis International Society* (ASAS) 2010 didasarkan pada keluhan klinis, riwayat keluarga positif, serta hasil pemeriksaan radiologi dan HLA-B27. Keluhan klinis penderita SpA adalah nyeri pinggang inflamasi (spondiloarthritis aksial).^{1-2,6}

TATALAKSANA UMUM

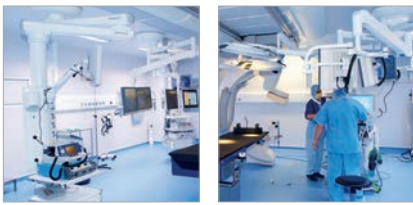
Tatalaksana meliputi terapi fisik dan latihan, serta terapi farmakologi. Terapi fisik dan latihan

bertujuan untuk mempertahankan mobilitas dan postur tubuh. Terapi farmakologi lini pertama adalah obat anti-inflamasi non-steroid (OAINS), antara lain *diclofenac*, *meloxicam*, dan *celecoxib*. Obat lain adalah *disease modifying anti-rheumatic drugs* (DMARD) dan anti-TNF α . Yang termasuk DMARD adalah *methotrexate*, *sulfasalazine*, *chloroquin*, *hydroxychloroquine*, *leflunomide*, *azathioprine*, *cyclosporine*. Sedangkan yang termasuk anti-TNF α adalah *infliximab*, *etanercept*, *golimumab*.⁶⁻¹⁰

Ankylosing Spondylitis

Ankylosing spondylitis (AS) merupakan salah satu subkelompok SpA yang masih belum diketahui penyebabnya. Beberapa studi menyebutkan bahwa gen HLA-B27 dan lingkungan memberikan pengaruh terhadap terjadinya AS. Data epidemiologi menyebutkan bahwa angka kejadian AS lebih banyak pada laki-laki dengan rentang usia 15-35 tahun.^{1-2,5-6}

Gejala klinis umum dibagi menjadi gejala



artikular dan ekstra-artikular. Gejala artikular berupa artritis aksial (sakroilitis dan spondilitis), artritis sendi panggul dan bahu, artritis perifer, entesitis, osteoporosis, fraktur tulang belakang, spondilodiskitis, dan pseudoartrosis. Sedangkan gejala ekstra-artikular berupa iritis akut pada mata, fibrosis apeks paru, sindrom kauda ekuina, amiloidosis, serta jantung dan aorta ascendens.^{1-2,5-6}

Keluhan artikular yang umum adalah nyeri dan kaku di leher bagian belakang serta nyeri pinggang lebih dari 3 bulan. Nyeri bersifat tumpul, dapat menjalar ke daerah bokong dan timbul perlahan. Eksaserbasi nyeri bersifat nokturnal atau timbul di malam hari, sehingga sering membuat penderitanya terbangun saat tidur malam. Kualitas nyeri dirasakan memberat terutama di pagi hari dan beberapa saat setelah tanpa aktivitas, kemudian membaik setelah melakukan aktivitas. Beberapa faktor lain yang dapat memperberat rasa nyeri adalah batuk, bersin, serta gerakan memutar pinggang secara tiba-tiba. Selain nyeri pinggang, AS juga dapat menyebabkan nyeri pada predileksi ekstra-artikular seperti *costosternal junction*, prosesus spinosus, krista iliaka, *trochanter mayor*, tuberositas *ischia*, tendo *Achilles*, dll.^{1-2,5-6}

Artritis vertebra lumbalis atau servikalis juga banyak terjadi pada AS; akan mempengaruhi mobilitas tulang belakang, serta pembatasan gerakan lumbal ke anterior, lateral fleksi – ekstensi, dan ekspansi dada. Mobilitas tulang belakang terbatas akibat adanya deformitas spinal seperti lordosis vertebra lumbalis mendatar, kifosis dada berlebihan, hiperekstensi vertebra servikalis, serta adanya sindesmofit (= penulangan annulus fibrosis) di antara ruas tulang belakang.^{1-2,5-6}

Keluhan ekstra-artikular yang banyak dirasakan adalah uveitis anterior, ditandai dengan fotofobia, nyeri, serta peningkatan lakrimasi. Umumnya uveitis anterior terjadi unilateral.^{1-2,5-6}

Salah satu cara menilai mobilitas tulang belakang pada SpA adalah dengan tes Schober dimodifikasi. Tes ini dilakukan pada posisi berdiri tegak, membuat garis imajiner pada kedua spina iliaka posterior superior (SIPS), kemudian tentukan titik tengah garis imajiner tersebut (titik A). Dari titik A beri jarak 10 cm ke arah kranial (titik B). Pasien kemudian

diminta membungkukkan badan semaksimal mungkin, lalu ukur kembali jarak titik A ke titik B. Perbedaan jarak <4 cm pada posisi tegak dan membungkuk berarti mobilitas tulang belakang menurun. Nilai normal tes Schober dimodifikasi adalah >5 cm.^{1,6}

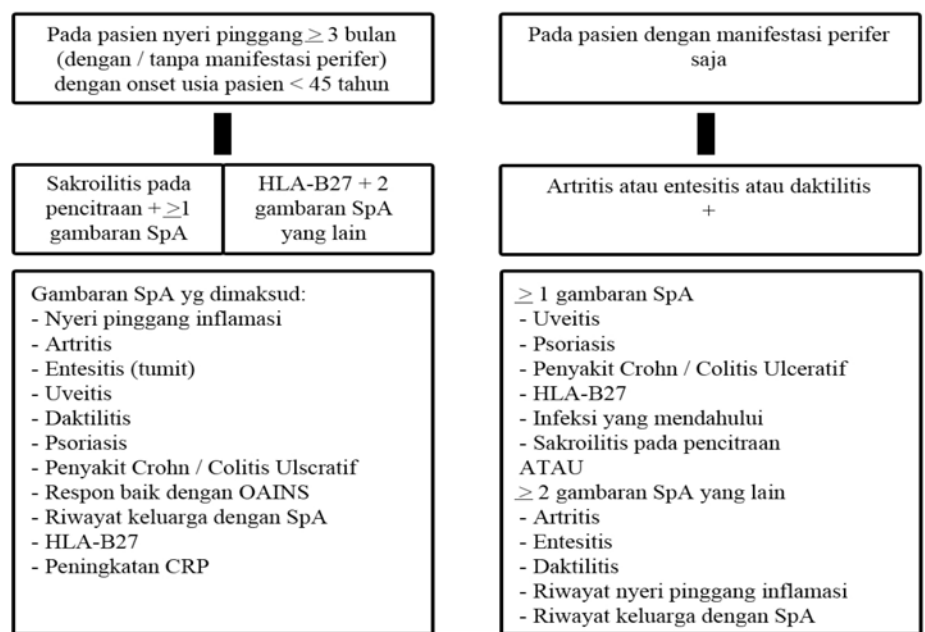
Pemeriksaan penunjang diagnosis AS adalah pemeriksaan laboratorium dan radiologi. Pada AS umumnya akan didapatkan hasil faktor rheumatoid negatif, CRP - LED dapat meningkat atau normal dan HLA-B27 positif. Pemeriksaan radiologi foto polos X-ray akan mendapatkan sklerosis dan erosi sampai terjadi ankilosis atau fusi total sendi sakroiliaka. Pada MRI didapatkan sindesmofit, sehingga memberikan gambaran "bamboo spine".^{1-2,5-6,12}

Artritis Reaktif

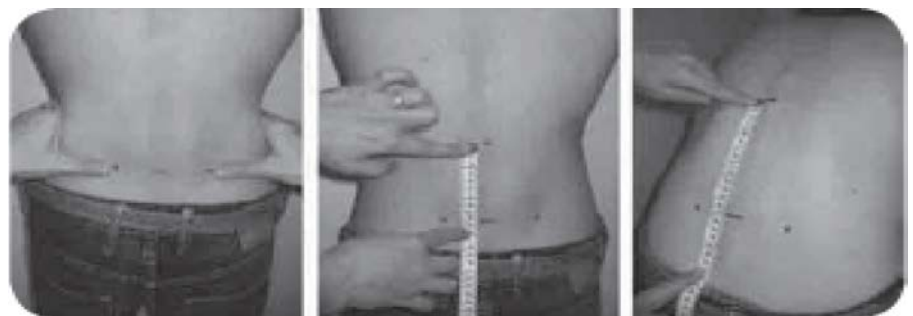
Artritis reaktif (AR) merupakan subkelompok SpA yang ditandai dengan adanya infeksi

sebelum muncul gejala artritis. Infeksi dapat terjadi pada saluran pencernaan, kemih, dan genital dengan spektrum kuman *Chlamydia trachomatis*, *Yersinia enterocolitica*, *Yersinia pseudotuberculosis*, *Campylobacter jejuni*, *Shigella flexneri*, dan *Salmonella enteric*.^{1-2,6,13}

Gejala klinis AR adalah oligoartritis asimetrik predominan pada ekstremitas bawah. Gejala lain yaitu nyeri pinggang inflamasi, serta gejala ekstra-artikular. Gejala artikular berupa entesitis, konjungtivitis, atau uveitis anterior akut. Pemeriksaan penunjang diagnosis artritis reaktif adalah kultur atau serologi seperti LED, CRP, faktor rheumatoid HLA-B27, dan pemeriksaan radiologi. Kultur dan serologi akan positif sesuai jenis mikroba, nilai CRP dan LED meningkat. Pada pemeriksaan radiologi, didapatkan gambaran sakroilitis, periostitis, sindesmofit non-marginal, erosi sendi, dan penyempitan celah sendi.^{1-2,6,12-13}



Gambar 1. Kriteria diagnosis spondiloartropati, ASAS 2010⁶



Gambar 2. Tes Schober dimodifikasi⁶



Arthritis Psoriatik

Arthritis psoriatik merupakan penyakit subkelompok SpA yang ditandai dengan inflamasi muskuloskeletal, serta ada riwayat psoriasis. Arthritis psoriatik banyak terjadi pada dewasa usia 40-50 tahun.^{1,2,4,6}

Kriteria arthritis psoriatik adalah adanya nyeri sendi atau pinggang atau entesis inflamasi, disertai 3 dari 5 kriteria, yaitu: bukti adanya psoriasis, distrofi kuku psoriatik, faktor rheumatoid negatif, daktilitis, dan gambaran radiologis spesifik.⁵ Psoriasis dibuktikan dengan adanya riwayat kelainan reumatologis atau dermatologis, serta ada riwayat keluarga tingkat satu dan dua positif. Distrofi kuku psoriatik yang umum berupa onikolisis, *pitting nail*, dan hipermerosis; sedangkan daktilitis adalah pembengkakan jari-jari.^{1,2,4,6}

Gejala dominan arthritis psoriatik berupa poliartritis simetris. Poliartritis merupakan peradangan pada lebih dari 5 sendi, umumnya sendi kecil tangan, kaki, pergelangan tangan dan kaki, lutut, serta siku. Gejala lain berupa oligoartritis dan monoartritis. Oligoartritis dan monoartritis umumnya lebih banyak menyerang daerah sendi besar seperti lutut dengan satu atau dua sendi interfalang, dan daktilitis.^{1-2,4,6}



Gambar 3. Karakter lesi arthritis psoriatik²

Pemeriksaan penunjang diagnosis arthritis psoriatik adalah pemeriksaan laboratorium dan radiologis. Pada pemeriksaan laboratorium didapatkan CRP-LED meningkat atau normal, asam urat meningkat (penanda psoriasis), dan faktor rheumatoid positif atau negatif. Gambaran radiologis (foto polos X-ray, USG, MRI) berupa gambaran inflamasi di sendi perifer ataupun aksial.^{1-2,4,6,12}

Arthritis Enteropati

Arthritis enteropati merupakan penyakit subkelompok SpA yang timbul bersamaan dengan *inflammatory bowel disease* (IBD). Diagnosis IBD ditegakkan berdasarkan gejala klinis, serta pemeriksaan penunjang endoskopi dan biopsi. Gejala klinis arthritis enteropati adalah adanya arthritis perifer (oligoartropati atau poliartrropati). Predileksi lokasi yang paling

sering adalah metakarpofalangeal, interfalang proksimal, lutut, dan tumit. Gejala ekstra-artikular yang umum adalah *clubbing finger*, uveitis, eritema nodosum, dan pioderma gangrenosum.^{1-2,5-6}

Pemeriksaan penunjang diagnosis arthritis enteropati adalah pemeriksaan CRP dan LED. Pada pemeriksaan radiologi didapatkan gambaran mirip spondiloartropati dengan hasil non-erosif yang dominan.^{1-2,5-6}

Undifferentiated Spondyloarthopathy

Undifferentiated spondyloarthopathy merupakan penyakit subkelompok SpA yang tidak dapat dikelompokkan.^{1,2,6}

SIMPULAN

SpA merupakan kelompok penyakit autoimun yang terdiri dari lima subkelompok, yaitu ankilosing spondilitis (AS), arthritis reaktif, arthritis psoriatik, arthritis enteropati, dan SpA yang tidak dikelompokkan. Manifestasi klinis utama SpA menurut ASAS 2009 adalah nyeri pinggang inflamasi >3 bulan, dan/atau predominan di ekstremitas bawah. Pemeriksaan penunjang yang disarankan dalam melakukan diagnosis SpA adalah foto polos, USG muskuloskeletal, MRI tulang belakang dan sendi sakroiliaka. Pemeriksaan lain yang juga dapat dilakukan adalah pemeriksaan LED, CRP, dan HLA-B27.

DAFTAR PUSTAKA

1. Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, Setiadi S, Simadibrata M. Buku ajar ilmu penyakit dalam jilid 1. Edisi V. Jakarta: Interna Publishing; 2009. p.1202-4.
2. Kasper, Fauci, Hauser, Longo, Jameson, Loscalzo. Harrison's principles of internal medicine. 19th ed. McGrawHill; 2015 .p. 2169-79.
3. Van der Linden SM, van der Heijde D, Maksymowych WP. Ankylosing spondylitis. In: Firestein GS, et al, editors. Kelley's textbook of rheumatology. 8th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2009 .p. 1169-90.
4. Canadian Spondylitis Association. Psoriatic arthritis [Internet]. [cited 2015 Dec]. Available from <http://www.spondylitis.ca/spondyloarthritis/related-conditions/psoriatic-arthritis/>.
5. Canadian Spondylitis Association. Enteropathic arthritis [Internet]. [cited 2015 Dec]. Available from <http://www.spondylitis.ca/spondyloarthritis/related-conditions/enteropathic-arthritis/>.
6. Indonesian Rheumatology Association. Rekomendasi Perhimpunan Reumatologi Indonesia (IRA) untuk spondiloartropati. Indonesia; 2014.
7. Canadian Spondylitis Association. What is spondyloarthritis? [Internet]. [cited 2015 Dec]. Available from <http://www.spondylitis.ca/spondyloarthritis/what-is-spondyloarthritis/>.
8. Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, Setiadi S, Simadibrata M. Buku ajar ilmu penyakit dalam jilid 1. Edisi V. Jakarta: Interna Publishing; 2009 .p. 1337-9.
9. Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, Setiadi S, Simadibrata M. Buku ajar ilmu penyakit dalam jilid 1. Edisi V. Jakarta: Interna Publishing; 2009 .p. 1325-9.
10. Sari I, Akif M, Nurullah. Treatment of ankylosing spondylitis. Turkish J Med Sci. 2015;45:416-30.
11. Canadian Spondylitis Association. Management of spondyloarthritis [Internet]. [cited 2015 Dec]. Available from <http://www.spondylitis.ca/spondyloarthritis/management-of-spondyloarthritis/>.
12. Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, Setiadi S, Simadibrata M. Buku ajar ilmu penyakit dalam jilid 1. Edisi V. Jakarta: Interna Publishing; 2009 .p. 1162-8.
13. Canadian Spondylitis Association. Reactive arthritis [Internet]. [cited 2015 Dec]. Available from <http://www.spondylitis.ca/spondyloarthritis/related-conditions/reactive-arthritis/>.