
Artikel

TINJAUAN KEPUSTAKAAN

Osteoarthritis dan Arthritis Reurnatoid - Perbedaan Patogenesis, Gambaran Klinis dan Terapi

Harry Isbagio

*Subbagian Reumatologi, Bagian Ilmu Penyakit Dalam
Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Rumah Sakit Dr. Cipto Mangunkusumo, Jakarta*

PENDAHULUAN

Osteoarthritis (OA) dan arthritis reumatoid (RA) merupakan jenis penyakit reumatik yang sering dijumpai dalam praktek. Seperti diketahui hingga kini dikenal lebih dari 100 jenis penyakit reumatik, tetapi hanya beberapa di antaranya yang sering dijumpai, termasuk kedua penyakit yang tersebut di atas.

Dahulu dua jenis penyakit yang berbeda ini sering dianggap sebagai satu penyakit, dan sering terjadi salah diagnosis sehingga merugikan si penderita. Di samping itu kedua penyakit ini dapat ditemukan bersama-sama/sekaligus pada seorang pasien, sehingga makin membingungkan dokter pemeriksa.

Pada makalah ini akan dijelaskan secara praktis bagaimana membedakan kedua jenis penyakit ini dari segi patogenesis, gambaran klinik dan penatalaksanaan.

PERBEDAAN DALAM PATOGENESIS

Patogenesis keduanya jelas berbeda. OA yang dikenal sebagai penyakit sendi degeneratif mempunyai kelainan primer pada rawan sendi (*cartilage*), sedangkan RA mempunyai kelainan primer pada sinovia.

Secara mudah dapat dijelaskan bahwa pada OA, proses degeneratif pada awalnya menyebabkan perubahan biokimia-wi pada rawan sendi yang akhirnya menyebabkan integritas rawan sendi terganggu, sehingga akan terjadi penipisan rawan sendi sampai akhirnya rawan sendi habis. Perubahan dan awal sampai akhir berlangsung sangat lambat, dibutuhkan waktu bertahun-tahun untuk tercapainya stadium akhir yang ditandai dengan deformitas sendi. Gejala inflamasi sendi tidak mendominasi perjalanan penyakit, inflamasi baru tampak bila terjadi pelepasan serpihan rawan sendi ke dalam rongga sendi.

Pada RA perubahan patologik yang menonjol ialah inflamasi sinovia (sinovitis). Penyebab sinovitis ini belum diketahui dengan pasti, tetapi faktor imunologik sangat berperan. Akibat sinovitis akan terjadi keadaan:

1) Dilepaskannya berbagai macam komponen destruktif akibat proses inflamasi ke dalam rongga sendi yang dapat mengakibatkan kerusakan rawan sendi.

2) Terjadi hiperplasi jaringan granulasi akibat sinovitis, sehingga menebal dan membentuk pannus. Pannus ini sangat destruktif, akan menyebabkan pula kerusakan rawan sendi.

Akibat kedua keadaan tadi maka gejala inflamasi sendi akan mendominasi perjalanan penyakit, penyakit sangat progresif dan dalam waktu singkat sudah terjadi deformitas sendi.

Dengan mengenal patogenesis kedua penyakit tersebut sebenarnya secara kasar dengan segera dapat dibedakan, tetapi pada beberapa keadaan, terutama pada stadium awal, terdapat kendala untuk membedakannya; dengan demikian diperlukan pengamatan klinik, laboratorik dan radiologik yang lebih cermat.

PERBEDAAN GAMBARAN KLINIK

1) Umur, jenis kelamin, onset penyakit

OA biasanya dimulai pada usia sekitar 50 tahun, walaupun kadang-kadang dapat ditemukan pada usia yang lebih muda, sedangkan onset penyakit RA umumnya lebih muda yaitu sekitar 30-50 tahun, walaupun tidak jarang baru dijumpai pada usia lebih tua. Kedua penyakit lebih sering ditemukan pada wanita, tetapi pada RA wanita lebih dominan dengan perbandingan wanita : pria = 3 : 1.

Onset kedua penyakit terjadi secara bertahap, makin lama makin berat, RA biasanya berjalan lebih progresif sedangkan OA

berlangsung lebih lambat.

2) Keluhan penderita

Sebagaimana halnya dengan penyakit reumatik pada umumnya, maka keluhan penderita pada kedua penyakit tersebut meliputi nyeri sendi, kaku sendi, bengkak sendi dan gangguan fungsi. Pada OA nyeri biasanya dangkal (*dull-pain*), penderita mengeluh linu dan pegal; sedangkan pada RA nyeri terasa lebih tajam dan berat (*sharp-pain*). Penderita RA biasanya lebih cepat pergi ke dokter karena nyerinya yang lebih hebat, sedangkan penderita OA biasanya terlebih dahulu berusaha mengobati sendiri misalnya dengan jamu, diurut atau makan obat bebas. Pada OA nyeri paling berat pada malam hari, pada pagi hari masih nyeri tetapi lebih ringan dan membaik pada siang hari. Pada RA nyeri paling dirasakan pada pagi hari disertai kaku sendi, membaik pada siang hari dan sedikit lebih berat pada malam hari.

Kaku sendi merupakan rasa seperti diikat, lebih terasa pada pagi hari dan berkurang setelah digerak-gerakkan, kaku pagi hari (*morning stiffness*) pada RA terasa lebih berat dan umumnya berlangsung dalam waktu yang lama (lebih dari 1 jam), sedangkan pada OA berlangsung ringan dan singkat, umumnya kurang dari 30 menit.

Bengkak sendi dapat terjadi pada kedua penyakit, tetapi pada RA biasanya lebih menonjol akibat pembengkakan jaringan lunak (*soft tissue swelling*) dan sinovitis, sedangkan pada OA terjadi bila ada inflamasi (akibat pelepasan serpihan rawan sendi ke rongga sendi) atau akibat efusi sendi. Gangguan fungsi terjadi akibat inflamasi atau akibat deformitas sendi yang dapat terjadi pada kedua penyakit.

Keluhan sistemik seperti demam, malas, kelelahan, kelelahan otot dan penurunan berat badan hanya dijumpai pada penderita RA.

3) Pemeriksaan jasmani dan sendi yang terserang

Pemeriksaan jasmani pada OA mendapatkan tanda radang yang tidak nyata (kecuali bila ada inflamasi), tulang sekitar sendi tampak membesar (*bony enlargement*), nyeri gerak, krepitus (bunyi gemeretak bila sendi digerakkan) dan pada stadium lanjut dapat ditemukan deformitas atau subluksasi.

Pada RA umumnya didapatkan tanda inflamasi yang nyata, nyeri tekan, pembengkakan jaringan lunak (*soft-tissue swelling*), sendi terabapanas, terbatasyagerak sendi, sendi yang terserang bilateral simetris, atrofi otot sekitar sendi dan pada stadium lanjut terjadi deformitas yang khas dari subluksasi. Pembengkakan sendi PIP membenikan gambaran *fusiform* atau *spindle shape*.

Dengan melihat sendi yang terserang maka dapat dibedakan pada OA ialah sendi Distal Interfalang (DIP), Proksimal Interfalang (PIP), Metakarpofalangeal I (MCP I); pada kaki yaitu Metatarsofalangeal I (MTP I) dan lutut, pinggul, vertebra lumbal dan servikal. Sedangkan pada RA, maka sendi DIP tidak pernah terserang, yang terserang ialah sendi PIP, MCP, pergelangan tangan, siku, bahu, kaki (MTP dan sendi subtalar), pergelangan kaki, lutut, pinggul dan vertebra servikal (hanya C1 dan C2). Karena beberapa sendi merupakan predileksi yang sama, maka

pada stadium awal agak sukar membedakannya, secara gampang dapat dikatakan RA menyerang lebih banyak sendi, simetris dan tanda inflamasi sendi lebih menonjol.

Deformitas sendi pada RA lebih cepat terjadi, sedangkan pada OA lebih lambat. Beberapa deformitas khas untuk RA, misalnya pada jari tangan didapatkan *swan-neck-finger*, jari *boutonniere* dan deviasi ke arah ulnar (*ulnar deviation*) dan atrofi otot interossei. Sedangkan pada OA dapat ditemukan pembentukan osteofit pada medial sendi DIP yang disebut nodus Heberden dan pada sendi PIP disebut nodus Bouchard, dan kadangkadangkadangan membenkan gambaran deformitas *snake-like*.

4. Manifestasi ekstraartikuler

Keadaan ini merupakan gangguan perubahan yang terjadi di luar sendi yang sering dijumpai pada penyakit sendi. Pada OA tidak pernah ditemukan adanya manifestasi ekstraartikuler, sebaliknya pada RA maka keadaan ini sering dijumpai. Manifestasi ekstraartikuler pada RA tersebut antara lain nodul reumatoid di kulit (nodul subkutan), nodul di jantung dan paru, vaskulitis, episkienitis, miositis, limfadenopati, sindrom Felty dan sindrom Sjogren.

PERBEDAAN GAMBARAN LABORATORIK

OA umumnya bukan merupakan penyakit inflamasi sistemik, sehingga gambaran laboratoriknya dalam batas normal. Laju endap darah tidak pernah meningkat, cairan sendinya menunjukkan gambaran yang normal.

RA merupakan penyakit inflamasi sistemik, sehingga didapatkan peninggian LED, anemia ringan. Faktor reumatoid positif dan cairan sendi menunjukkan gambaran inflamasi.

PERBEDAAN GAMBARAN RADIOLOGI

Pemeriksaan radiologik dapat membantu membedakan kedua penyakit ini, tetapi sulit karena pada stadium awal belum ditemukan perubahan.

Perubahan radiologik pada OA lebih menunjukkan adanya perubahan degeneratif yang meliputi pembentukan osteofit pada tepi sendi, sklerosis tulang subkondral, pembentukan kista dan penyempitan celah sendi.

Pada RA stadium awal ditemukan adanya pembengkakan jaringan lunak dan osteoporosis subkondral (juxta-artikuler). Pada stadium lebih lanjut ditemukan gambaran permukaan sendi yang tidak rata akibat erosi sendi, penyempitan celah sendi, subluksasi dan akhirnya ankilosis sendi.

PERBEDAAN TERAPI

Sebenarnya prinsip penatalaksanaan semua penyakit sendi hampir sama yaitu meliputi:

- 1) Proteksi sendi
- 2) Diet
- 3) Medikamentosa
- 4) Rehabilitasi
- 5) Pembedahan
- 6) Psikoterapi

Dengan demikian penatalaksanaan RA prinsipnya sama

pula, hanya ada kekhususan tertentu.

Penggunaan medikamentosa pada penyakit reumatik dapat dibagi dalam:

1. Obat analgetik
2. Obat Anti Inflamasi Non Steroid (OAINS)
3. *Disease Modifying Anti Rheumatic Drugs* (DMARD)
4. Kortikosteroid sistemik dan suntikan intra-artikuler.

Prinsip penggunaan analgetik dan OAINS pada OA dan RA adalah sama. Obat ini berguna untuk menekan nyeri dan inflamasi, tetapi tidak dapat menghentikan perjalanan penyakit OA dan RA, jadi lebih bersifat simptomatik. Walaupun demikian obat ini masih diperlukan karena dapat mengurangi keluhan penderita sehingga tetap dapat melakukan aktifitas sehari-hari. Penderita RA umumnya lebih sering dan lebih banyak menggunakan obat ini karena keluhan inflamasi sendinya lebih menonjol, dengan demikian efek samping juga lebih sering dijumpai.

Hingga saat ini DMARD baru ditemukan untuk penderita RA. Untuk OA belum ditemukan obat yang dapat menekan perjalanan penyakitnya. DMARD dapat menekan perjalanan penyakit RA sampai tahap remisi, penderita selama beberapa waktu dapat bebas dari keluhan inflamasi sendi tanpa menggunakan obat analgetik atau OAINS, DMARD membutuhkan waktu yang cukup lama, sekitar 6 bulan, agar dapat mencapai efek yang diharapkan, oleh karena itu pada tahap awal kombinasi DMARD dengan OAINS sangat dianjurkan. DMARD yang sering digunakan untuk RA ialah Hidroksiklorokuin, Garam emas, D-penicilamin, salazopirin dan obat imunosupresif.

Kortikosteroid sistemik tidak dianjurkan untuk penderita OA, karena lebih banyak efek samping dan efek terapi yang diharapkan. Pada RA, kortikosteroid sistemik ternyata tidak dapat menghentikan progresifitas penyakit, sehingga penguna-

annya sebaiknya dibatasi, hanya bersifat simptomatik saja. Penggunaan kortikosteroid hanya pada kasus berat, yang tidak responsif dengan OAINS dan yang mempunyai kontraindikasi mutlak dengan OAINS. Pada kasus berat yang ditandai dengan demam tinggi, anemia, berat badan menurun dengan cepat, neuropati, vaskulitis, perikarditis, pleuritis, skieritis dan sindrom Felty biasanya diberikan dosis tinggi, yang segera diturunkan bertahap bila gejala berkurang. Pada penderita yang tidak responsif dengan OAINS, maka dosis yang diberikan biasanya dosis rendah : metilprednisolon 5-7,5 mg/hari.

Suntikan kortikosteroid intraartikuler dapat dipertimbangkan pada penderita RA dan OA yang pada 1-2 sendinya masih tetap meradang, pemberian tidak boleh terlalu sering dan hati-hati pada sendi penopang berat badan.

KESIMPULAN

Osteoarthritis dan Arthritis Reumatoid merupakan dua penyakit yang berbeda, walaupun keduanya memberikan gejala yang hampir sama. Kedua penyakit ini mempunyai perjalanan penyakit, penatalaksanaan dan prognosis yang sangat berbeda, Sehingga pengenalan penyakit ini dengan baik akan menghindari pengobatan yang kurang tepat, baik berlebihan (*overtreatment*) atau kurang (*undertreatment*).

KEPUSTAKAAN

1. Schumacher HR. Primer on the Rheumatic Disease. Ninth Ed. Arthritis Foundation. Atlanta GA. 1988.
2. Harry Isbagio. Penyakit Reumatik 1, Yayasan Penerbit IDI, Jakarta, 1992.
3. Moskowitz RD. Clinical and Laboratory Findings in Osteoarthritis. In McCarty Diet al (eds). Arthritis and Allied Condition. A Textbook of Rheumatology. Twelfth ed Philadelphia., London: Lea & Febiger.
4. Harris ED. The Clinical features of Rheumatoid Arthritis. In Kelley WN (ed): Textbook Rheumatology. Third ed. Philadelphia: W.B. Saunders 1989. p. 943-74.



Manners carry the world for the moment, character for all the time