

Gambaran Klinis dan Pengelolaan *Ankylosing Spondylitis*

Riardi Pramudiyo

*Sub Unit Reumatologi, Bag/SMF Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran,
Rumah Sakit Dr Hasan Sadikin, Bandung*

PENDAHULUAN

Ankylosing spondylitis adalah penyakit inflamasi kronis dengan etiologi yang belum/tidak diketahui. Penyakit ini terutama menyerang kerangka axial, akan tetapi dapat juga menyerang sendi perifer yang kadang-kadang merupakan gambaran yang cukup penting bagi *ankylosing spondylitis*⁽¹⁾. Pada kasus yang berat, terjadi kalsifikasi perivertebrae yang akan memberikan gambaran seperti ruas bambu (*bamboo spine*)⁽²⁾.

Ankylosing spondylitis adalah salah satu penyakit yang termasuk dalam kelompok penyakit spondyloarthropathy. Penyakit-penyakit yang termasuk dalam kelompok ini adalah *ankylosing spondylitis*, *reactive arthritis*, *arthropathy of inflammatory bowel disease (Crohn disease, ulcerative colitis)*, *psoriatic arthritis*, *undifferentiated spondyloarthropathy*.

Istilah *ankylosing spondylitis* pada umumnya telah diterima dan diakui oleh para pakar kedokteran; berasal dari bahasa Yunani, dari kata *ankylos*, yang berarti melengkung dan *spondylos* yang berarti vertebra. Oleh karena *ankylosing spondylitis* cenderung ditemukan pada stadium lanjut dan jarang ditemukan pada kasus-kasus ringan, maka diusulkan untuk diberi nama *spondylitis* atau penyakit *spondylitik*. Penyakit ini melewati suatu proses yang menggunakan fasilitas HLA-B27.

Pada tahun 1850 Brodie mengutarakan gambaran klinik seorang penderita berumur 31 tahun yang menderita ankilosis vertebra yang kadang-kadang disertai dengan inflamasi berat pada matanya. Kemudian pada tahun 1884 Strumpel dari Jerman melaporkan 2 penderita dengan ankylose pada tulang vertebra dan juga pada persendian panggulnya. Tak lama kemudian von Bechterew dari Rusia dan Piere Marie dari Perancis melaporkan pula penyakit-penyakit yang sama. Pada tahun 1930-an telah dilaporkan tentang gambaran radiografi penderita *ankylosing spondylitis* dan akhirnya pada tahun 1973

telah dilaporkan bahwa penyakit ini berhubungan erat dengan HLA-B27. (dikutip dari van der Linden, 1997). Pada kesempatan ini akan dibicarakan gambaran klinis dan pengelolaan *ankylosing spondylitis*.

GAMBARAN KLINIS

Gambaran klinis *ankylosing spondylitis* dapat dibagi menjadi manifestasi pada skeletal (kerangka) dan manifestasi luar skeletal.

MANIFESTASI SKELETAL

1) Nyeri dan kaku pada pinggang

Nyeri pinggang (*low back pain*) merupakan keluhan yang sering pula dijumpai pada masyarakat yang bukan penderita penyakit ini. Oleh karena itu perlu diketahui bahwa nyeri pinggang pada *ankylosing spondylitis* ditandai oleh : 1) dimulai dengan adanya rasa nyaman di pinggang dan penderita sebelum berumur 40 tahun; 2) Permulaannya *insidious* (perlahan-lahan). 3) nyeri menetap paling sedikit selama 3 bulan; 4) berhubungan dengan kaku pada pinggang waktu pagi hari; 5) nyeri berkurang/membaik dengan olah raga.

Rasa sakit mula-mula dirasakan pada daerah gluteus bagian dalam, sulit untuk menentukan titik asal sakitnya dengan permulaan yang *insidious*. Kadang-kadang pada stadium awal nyeri dirasakan hebat di sendi sacroiliacs, dapat menjalar sampai kista, iliaca atau daerah trochanter mayor, atau ke paha bagian belakang. Nyeri menjalar ini sangat menyerupai nyeri akibat kompresi nervus ischiadicus. Rasa sakit bertambah pada waktu batuk, bersin atau melakukan gerakan memutar punggung secara tiba-tiba.

Pada awalnya rasa sakit tidak menetap dan hanya menyerang satu sisi (unilateral); sesudah beberapa bulan nyeri biasanya akan menetap dan menyerang secara bilateral disertai

rasa kaku dan sakit pada bagian di bawah lumbal. Rasa sakit dan kaku ini dirasakan lebih berat pada pagi hari yang kadang-kadang sampai membangunkan penderita dari tidurnya. Sakit/kaku pagi hari ini biasanya menghilang sesudah 3 jam. Di samping itu kaku/sakit pagi hari ini akan berkurang sampai hilang dengan kompres panas, olah raga atau aktivitas jasmani lain^(1,2,3).

Pada penyakit yang ringan biasanya gejala timbul hanya di pinggang saja dan apabila penyakitnya bertambah berat, maka gejala berawal dari daerah lumbal, kemudian thorakal akan akhirnya sampai pada daerah servikal : untuk mencapai daerah servikal penyakit ini memerlukan waktu selama 12-25 tahun. Penyakit ini kadang-kadang dirasakan sembuh sementara atau untuk selamanya, akan tetapi kadang-kadang akan berjalan terus dan mengakibatkan terserangnya seluruh tebrae.

Selama perjalanan penyakitnya dapat terjadi nyeri radiokuler karena terserangnya vertebra thorakal atau servikal dan apabila telah terjadi ankylose sempurna, keluhan nyeri akan menghilang⁽²⁾.

2) Nyeri dada

Dengan terserangnya vertebra thorakalis termasuk sendi kostovertebra dan adanya enthesopati pada daerah persendian kostosternal dan manubrium stern, penderita akan merasakan nyeri dada yang bertambah pada waktu batuk atau bersin. Keadaan ini sangat menyerupai *pleuritic pain*. Nyeri dada karena terserangnya persendian costovertebra dan costotransversum sering kali disertai dengan nyeri tekan daerah *costosternal junction*. Pengurangan ekspansi dada dari yang ringan sampai sedang sering kali dijumpai pada stadium awal. Keluhan nyeri dada sering ditemukan pada penderita dengan HLA-B27 positif walaupun secara radiologis tidak tampak adanya kelainan sendi sacroiliaca (*sacroiliitis*)⁽⁴⁾.

3) Nyeri tekan

Nyeri tekan ekstra-artikuler dapat dijumpai di daerah-daerah tertentu pada beberapa penderita. Keadaan ini disebabkan oleh enthesitis, yaitu reaksi inflamasi yang terjadi pada inserasi tendon tulang. Nyeri tekan dapat dijumpai pada daerah-daerah sambungan costosternal, prosesus spinosus, krista iliaca, trochanter mayor, ischial tuberosities atau tumtit (*achilles tendinitis* atau *plantar fasciitis*). Pada pemeriksaan radiologis kadang-kadang dapat ditemukan osteofit⁽⁵⁾.

4) Persendian

Sendi panggul dan bahu merupakan persendian ekstra-axial yang paling sering terserang (35%). Kelainan ini merupakan manifestasi yang sering dijumpai pada *juvenile ankylosing spondylitis*. Kelainan sendi panggul sering dijumpai di negarane-negara Algeria, India dan Mexico.

Pada ankylosing spondylitis yang menyerang anak-anak antara umur 8-10 tahun, keluhan pada sendi panggul sering dijumpai, terutama pada penderita dengan HLA-B27 positif atau titer ANA negatif⁽⁶⁾. Sendi lutut juga sering terserang, dengan manifestasi efusi yang intermitten. Di samping itu sendi temporomandibularis juga dapat terserang (10%).

MANIFESTASI EKSTRA SKELETAL

Gejala konstitusional seperti : rasa lelah, berat badan menurun dan subfebril sering dijumpai.

Manifestasi ekstra skeletal lain adalah :

1) Mata

Uveitis anterior akut atau iridocyclitis merupakan manifestasi ekstra skeletal yang sering dijumpai (20-30%). Permulanya biasanya akut dan unilateral, akan tetapi yang terserang dapat bergantian. Mata tampak merah dan terasa sakit disertai dengan adanya gangguan penglihatan, kadang-kadang ditemukan fotopobia dan hiperlakrimasi. Apabila pengobatan terlambat dapat mengakibatkan glaucoma; apabila diberikan pengobatan sedini mungkin gangguan pada mata tersebut akan sembuh tanpa cacat sesudah 4-5 minggu. Kelainan mata ini sering dijumpai pada penderita dengan HLA-B27 positif.

2) Jantung

Secara klinis biasanya tidak menunjukkan gejala. Manifestasinya adalah : ascending aortitis, gangguan katup aorta, gangguan hantaran, kardiomegali dan perikarditis. Gangguan katup aorta terjadi pada 3,5% penderita yang telah menderita *ankylosing spondylitis* selama 15 tahun dan 10% pada penderita yang telah menderita selama 30 tahun. Gangguan hantaran terjadi pada 2,7% penderita yang menderita selama 15 tahun dan 8,5% pada penderita yang telah menderita selama 30 tahun. Gangguan jantung ini terjadi dua kali lebih sering pada penderita -yang terserang sendi perifernya⁽⁷⁾.

3) Paru-paru

Terserangnya paru-paru pada penderita ankylosing spondylitis jarang terjadi dan merupakan manifestasi lanjut penyakit. Manifestasinya dapat berupa : fibrosis baru lobus atas yang progresif dan rata-rata terjadi pada yang telah menderita selama 20 tahun. Lesi tersebut akhirnya menjadi kista yang merupakan tempat yang baik bagi pertumbuhan aspergillus. Keluhan yang dapat timbul pada keadaan ini antara lain : batuk, sesak nafas dan kadang-kadang hemoptisis.

Ventilasi paru-paru biasanya masih terkompensasi dengan baik karena meningkatnya peran diafragma sebagai kompensasi terhadap kekakuan yang terjadi pada dinding dada. Kapasitas vital dan kapasitas paru total mungkin menurun sampai tingkat sedang akibat terbatasnya pergerakan dinding dada. Walaupun demikian *residual volume* dan *function residual capacity* biasanya meningkat.

4) Sistem saraf

Komplikasi neurologis pada *ankylosing spondylitis* dapat terjadi akibat fraktur, persendian vertebra yang tidak stabil, kompresi atau inflamasi. Kecelakaan lalulintas atau trauma ringan dapat mengakibatkan fraktur vertebra; yang sering terkena adalah C₅- C₆ dan C₆-C₇. Subluksasi persendian atlanto-aksial dan atlanto-ospital dapat terjadi akibat inflamasi pada persendian tersebut sehingga tidak stabil. Kompresi, termasuk proses osifikasi pada ligamentum longitudinal posterior akan mengakibatkan terjadinya mielopati kompresi; lesi destruksi pada diskus intervertebra dan stenosis spinal.

Sindrom cauda equina merupakan komplikasi yang jarang

terjadi tetapi merupakan keadaan yang serius. Sindrom ini akan menyerang saraf lumbosakral, dengan gejala-gejala *incontinencia urine et alvi* yang berjalan perlahan-lahan, impotensi, *saddle anesthesia* dan kadang-kadang refleks tendon achilles menghilang. Gejala motorik biasanya jarang timbul atau sangat ringan. Sindrom ini dapat ditegakkan dengan bantuan pemeriksaan CT scan atau MRI. Apabila tidak ditemukan lesi kompresi, maka perlu dipikirkan kemungkinan adanya arachnoiditis atau perlengketan pada selaput arachnoid.⁽⁹⁾

5) Gangguan ginjal

Nefropati (IgA) telah banyak dilaporkan sebagai komplikasi *ankylosing spondylitis*. Keadaan ini khas ditandai oleh kadar IgA yang tinggi pada 93% kasus disertai dengan gagal ginjal 27%.^(1,10)

PEMERIKSAAN JASMANI

Pemeriksaan jasmani, pada awalnya tidak menunjukkan kelainan yang jelas, selama perjalanan penyakitnya akan terlihat mulai dari perubahan gerak dan postur tubuh. Hal-hal lain yang perlu diperhatikan dalam pemeriksaan jasmani adalah sebagai berikut :

1) Sikap/postur tubuh

Selama perjalanan penyakitnya, sikap tubuh yang normal akan hilang. Lordosis lumbal yang menghilang umumnya merupakan tanda awal. Apabila vertebra cervical terserang, maka pergerakan leher akan terbatas serta menimbulkan rasa nyeri. Leber penderita mengalami pergeseran ke depan dan hal ini dapat dibuktikan dengan cara : penderita diminta berdiri tegak, apabila terjadi pergeseran maka occiput tidak dapat menempel pada dinding.

2) Mobilitas tulang belakang

Tulang belakang merupakan bagian tubuh yang harus diperiksa dengan seksama. Pertama kali yang diperiksa adalah apakah ada keterbatasan gerak. Biasanya ditemukan adanya keterbatasan gerak pada tulang vertebra lumbal, yang dapat dilihat dengan cara melakukan gerakan fleksi badan ke depan, ke samping dan ekstensi.

Tes Schober atau modifikasinya, berguna untuk mendeteksi keterbatasan gerak fleksi badan ke depan. Caranya : penderita diminta untuk berdiri tegak, pada prosesus spinosus lumbal V diberi tanda (titik), kemudian 10 cm lurus di atasnya diberi tanda ke dua. Kemudian penderita diminta melakukan gerakan membungkuk (lutut tidak boleh dibengkokkan). Pada orang normal jarak kedua titik tersebut akan bertambah jauh; bila jarak kedua titik tersebut tidak mencapai 15 cm, hal ini menandakan bahwa mobilitas tulang vertebra lumbal telah menurun (pergerakan vertebra lumbal mulai terbatas). Di samping itu fleksi lateral juga akan menurun dan gerak putar pada tulang belakang akan menimbulkan rasa sakit.

3) Ekspansi dada

Penurunan ekspansi dada dari yang ringan sampai sedang, sering dijumpai pada kasus *ankylosing spondylitis* stadium dini dan jangan dianggap sebagai stadium lanjut. Pada pengukuran

ini perlu dilihat bahwa nilai normalnya sangat bervariasi dan tergantung pada umur dan jenis kelamin. Sebagai pedoman yang dipakai adalah : ekspansi dada kurang dari 5 cm pada penderita muda disertai dengan nyeri pinggang yang dimulai secara perlahan-lahan, harus dicurigai mengarah ke adanya *ankylosing spondylitis*. Pengukuran ekspansi dada ini diukur dari inspirasi maksimal sesudah melakukan ekspirasi maksimal.⁽¹⁾

4) Enthesitis

Adanya enthesitis dapat dilihat dengan cara menekan pada tempat-tempat tertentu antara lain : ischial tuberositas, trochanter mayor, processus spinosus, costochondral dan manubriosternal junctions serta pada iliac fasciitis plantaris juga merupakan manifestasi dari enthesitis.

5) Sacroiliitis

Pada sacroiliitis penekanan sendi ini akan memberikan rasa sakit, akan tetapi hal ini tidak spesifik karena pada awal penyakit atau pada stadium lanjut sering kali tanda-tanda ini tidak ditemukan. Pada stadium lanjut tidak ditemukan nyeri tekan pada sendi sacroiliaca oleh karena telah terjadi fibrosis atau, *bony ankylosis*.

DIAGNOSIS

Manifestasi klinis *ankylosing spondylitis* dimulai pada waktu dewasa dan sedikit sekali yang dimulai sesudah umur 40 tahun.

Anamnesis dan pemeriksaan jasmani yang teliti amat bermanfaat dalam menegakkan diagnosis *ankylosing spondylitis*. Dari anamnesis yang perlu diperhatikan adalah : 1) adanya kaku dan nyeri pinggang inflamasi; 2) adanya riwayat keluarga dengan *ankylosing spondylitis*.

Nyeri pinggang merupakan hal yang sering dijumpai dalam masyarakat dan pada umumnya disebabkan oleh karena noninflamasi atau faktor mekanis yang tidak spesifik. Akan tetapi nyeri pinggang pada *ankylosing spondylitis* mempunyai ciri-ciri yang khas yaitu :

- 1) Permulaan rasa tidak nyaman pada punggung dimulai sebelum umur 40 tahun.
- 2) Permulaan timbulnya secara perlahan-lahan.
- 3) Menetap paling sedikit selama 3 bulan.
- 4) Disertai dengan rasa kaku pagi hari.
- 5) Membaik dengan latihan/olah raga.

Adanya riwayat nyeri punggung inflamasi dapat dipakai sebagai alat/sarana diagnostik. Nyeri pinggang inflamasi telah dilaporkan mempunyai sensitivitas 95%, dan spesifisitas antara 85-90% untuk diagnosis *ankylosing spondylitis*.

Adanya riwayat keluarga dengan *ankylosing spondylitis* membantu menegakkan diagnosis.

Diagnosis definitif dapat ditegakkan dengan bantuan pemeriksaan radiologis, yaitu adanya sacroiliitis bilateral akan tetapi sacroiliitis yang ringan atau sedang sering sukar dilihat.

Pemeriksaan laboratorium, biasanya laju endap darahnya tinggi, tanpa kelainan biokimia yang lain, dan sering ditemukan HLA-B27 positif.

Untuk memudahkan menegakkan diagnosis telah dibuat

kriteria-kriteria tertentu; umumnya berdasarkan atas gejala klinis dan pemeriksaan radiologis. Kriteria diagnostik pertama yang dibuat adalah kriteria Roma yang dibuat pada tahun 1961, kemudian disusul dengan munculnya kriteria New York pada tahun 1966 dan akhirnya muncul kriteria yang terakhir yaitu kriteria New York yang mengalami modifikasi pada tahun 1984.

Modifikasi kriteria New York (1984) terdiri dari :

- 1) Nyeri pinggang paling sedikit berlangsung selama 3 bulan, membaik dengan olah raga dan tidak menghilang dengan istirahat.
- 2) Keterbatasan gerak vertebra lumbal pada bidang frontal maupun sagital.
- 3) Penurunan relatif derajat ekspansi dinding dada terhadap umur dan jenis kelamin.
- 4) Sacroiliitis bilateral *grade* 2-4.
- 5) Sacroiliitis unilateral *grade* 3-4.

Diagnosis *ankylosing spondylitis* definitif apabila terdapat sacroiliitis unilateral *grade* 3-4 atau sacroiliitis bilateral *grade* 2-4 disertai dengan salah satu gejala klinis di atas.

PERMASALAHAN DIAGNOSTIK

Ankylosing spondylitis merupakan penyakit yang awal mulanya terjadi secara perlahan-lahan dan kadang-kadang tidak menunjukkan gejala khas. Oleh karenanya sering kali kita menghadapi permasalahan dalam menegakkan diagnosis, antara lain, apabila :

1) Pada pemeriksaan rontgen tidak ditemukan sacroiliitis

Pada umumnya para dokter enggan membuat diagnosis *ankylosing spondylitis* bila pemeriksaan rontgen tidak terbukti adanya sacroiliitis. Perlu diketahui bahwa pada kenyataannya sanak-saudara penderita *ankylosing spondylitis* yang menunjukkan gejala khas kadang-kadang dalam jangka waktu yang lama pada pemeriksaan radiologis tidak menunjukkan sacroiliitis. Adanya sacroiliitis pada pemeriksaan rontgen sering ditemukan pada penderita *ankylosing spondylitis*, akan tetapi hal ini bukan berarti manifestasi dini atau manifestasi yang harus ada pada penyakit ini.

Mau dkk (1988) menemukan bahwa 27% penderita dengan kemungkinan *ankylosing spondylitis*, dengan sendi sacroiliaca normal pada awal penelitian, akan menjadi *ankylosing spondylitis* definitif disertai kelainan sendi sacroiliaca (sacroiliitis) pada pemeriksaan radiologis, 5 tahun kemudian.⁽¹³⁾

2) Nyeri dada tanpa kelainan lain

Kadang-kadang penderita penyakit ini mengalami nyeri dinding dada yang berulang tanpa kelainan sendi sacroiliaca pada pemeriksaan radiologis atau tanpa adanya tanda-tanda nyeri lumbal inflamasi. Nyeri dinding dada akan bertambah pada waktu batuk atau bersin dan keadaan ini sangat menyertai dan khas untuk nyeri pleura (*pleuritic pain*).

3) Umur

Walaupun *ankylosing spondylitis* jarang timbul pada umur 50 tahun, akan tetapi *late onset of ankylosing spondylitis* dapat terjadi. Penyakit dengan permulaan yang terlambat ini pada awal penyakitnya secara klinis kerangka aksial (*axial skeleton*)

mungkin tidak terserang, akan tetapi terjadi oligoarthritis dengan jumlah sel yang sedikit pada cairan sendinya disertai *pitting edema* pada ekstremitas bawah.

Disamping itu *juvenile onset of ankylosing spondylitis* juga tidak jarang ditemukan. Kasus ini sering menunjukkan artritis perifer dan enthesitis. Pada penderita usia muda pada umumnya ditemukan laju endap darah yang tinggi, anemia dan hiper-gamma-globulinemia dibanding dengan penderita usia dewasa. Artritis perifer pada kasus ini sering kali berat dan mengakibatkan cacat⁽⁶⁾.

PENGELOLAAN

Pengelolaan pada penyakit *ankylosing spondylitis* dapat dibagi dalam tiga kelompok, yaitu :

1) *Ankylosing spondylitis* tanpa keluhan nyeri dan kaku

Kebanyakan penderita penyakitnya ringan, tanpa mengganggu aktivitas sehari-hari. Dalam hal ini obat-obatan belum diperlukan, akan tetapi olah raga harus dilakukan secara rutin untuk memelihara kelenturan persendian dan mencegah terjadinya osifikasi sendi.

Manifestasi ekstra skeletal yang paling sering adalah uveitis atau iridosiklitis. Keadaan ini biasanya dapat dikendalikan dengan steroid tetes mata untuk mengendalikan inflamasi yang terjadi dan perlu obat untuk melebarkan pupil untuk mencegah timbulnya glaukoma.

2) *Ankylosing spondylitis* disertai keluhan rasa nyeri dan kaku

Tujuan/sasaran pengobatan pada *ankylosing spondylitis* adalah : menghilangkan rasa sakit/kaku, capai dan memelihara sikap tubuh dan fungsi jasmani. Hal ini dapat dicapai dengan cara memberikan obat-obatan, latihan dan penyulahan/penerangan.

• Obat-obatan

Obat-obatan terutama untuk mengobati keluhan atau gejala yang ada dan keluhan penderita telah teratasi atau hilang, obat-obatan dapat dihentikan. Jadi obat-obatan diberikan untuk menghilangkan rasa sakit agar penderita dapat melakukan mobilitas atau latihan dengan baik dan teratur.

Obat-obatan yang diberikan antara lain adalah :

a) Obat-obatan anti inflamasi non steroid.

Obat-obatan yang tergolong dalam kelompok ini sangat luas dipakai untuk mengatasi rasa sakit. Hasilnya pada umumnya cukup memuaskan. Salah satu obat OAINS yang telah lama dipakai dan konon dalam pemakaian jangka lama dapat menghambat terjadinya osifikasi skeletal adalah phenylbutazon, akan tetapi pemakaian dalam jangka waktu yang lama harus hati-hati karena efek samping hematologik yang dapat terjadi.⁽¹⁾

Pada kasus-kasus dengan keluhan kaku sendi pagi hari, pada umumnya pemberian OAINS ditingkatkan pada sore atau malam hari atau dapat ditambah dengan obat lain.

b) Sulfasalazin

Pemakaian sulfasalazin pada *ankylosing spondylitis* berdasarkan atas hubungan yang erat antara *inflammatory bowel disease* dengan spondyloarthropathy, dan sulfasalazine terbukti cukup efektif untuk pengobatan *inflammatory bowel disease*.

Sulfasalazin telah dicoba untuk mengobati penderita *ankylosing spondylitis* dan ternyata cukup berhasil dalam mengurangi/menghilangkan kaku pagi hari, rasa sakit dan menurunkan kadar IgA dalam darah serta dapat mencegah terjadinya uveitis yang berulang⁽¹⁾.

• **Latihan**

Antara tahun 1920-1930-an, *ankylosing spondylitis* dianggap sebagai variant dari artritis reumatoid, maka terapi yang diberikan adalah istirahat dan plaster *jackets* atau *brace*, dengan asumsi bahwa proses inflamasi tersebut akan berhenti apabila sendi yang sakit termasuk tulang punggung diistirahatkan. Akan tetapi kenyataannya hal ini akan membawa petaka, tulang punggung maupun sendi lain yang terserang akan lebih cepat menjadi ankylose, kaku dan tidak dapat dipakai secara efektif.

Salah satu kunci keberhasilan dalam pengelolaan *ankylosing spondylitis* adalah mobilitas, padahal penderita pada umumnya mengalami pergerakan yang sangat terbatas karena rasa sakit dan kaku. Oleh karena itu sangat perlu diberikan obat-obatan untuk menekan rasa sakit agar penderita dapat melakukan latihan-latihan dengan baik dan teratur⁽¹⁴⁾. Latihan yang dianjurkan adalah berenang (hidroterapi) atau latihan berkelompok yang dipimpin oleh seorang fisioterapist untuk menjaga agar mobilitas vertebra thoracolumbal tetap baik. Di samping itu olah raga yang lainnya dapat pula dilakukan seminggu paling sedikit 2 kali selama 3 jam tiap kali olah raga⁽¹⁾.

• **Radioterapi**

Telah dicoba pemakaian radioterapi untuk *ankylosing spondylitis*, ternyata menimbulkan efek samping leukemia atau kanker kulit. Dengan ditemukannya dosimetri, dilaporkan bahwa komplikasi ini jarang terjadi.⁽¹⁾

• **Penerangan/penyuluhan.**

Penderita harus diberi penerangan tentang sifat dan perjalanan penyakit agar program pengelolannya dapat dilaksanakan dengan baik dan penuh kesadaran, sehingga tidak menimbulkan cacat jasmani. Dengan demikian penderita dapat melakukan kegiatannya sehari-hari tanpa memerlukan bantuan orang lain dan percaya dirinya akan besar, sehingga mampu untuk mencari nafkah baik untuk dirinya sendiri maupun untuk keluarganya.

3) Ankylosing spondylitis disertai gangguan fungsi

Apabila sendi panggul terserang dan menimbulkan cacat jasmani yang sangat mengganggu penderita dalam melakukan aktivitas sehari-hari, maka perlu dilakukan tindakan operasi. Demikian pula apabila terjadi deformitas lain misalnya deformitas fleksi yang mengakibatkan penderita tidak dapat melihat lurus ke depan, perlu tindakan operasi untuk membetulkan deformitas tersebut.

KESIMPULAN

Ankylosing spondylitis adalah penyakit inflamasi kronis dengan etiologi yang belum diketahui, dan menyerang terutama pada persendian kerangka aksial dan juga sendi perifer.

Penyakit ini mempunyai manifestasi skeletal dan ekstra skeletal. Manifestasi skeletal berupa : nyeri/kaku tulang belakang, nyeri dada, nyeri tekan pada tempat tertentu, nyeri sendi lutut dan bahu, sedang manifestasi ekstra skeletal dapat terjadi pada organ jantung, paru-paru, sistem saraf dan ginjal. Perlu anamnesis untuk mencari adanya nyeri pinggang inflamasi dan riwayat keluarga. Pemeriksaan jasmani yang perlu diperhatikan adalah postur tubuh, mobilitas tulang punggung, ekspansi dinding dada, adanya enthesitis dan sacroiliitis.

Untuk menegakkan diagnosis diperlukan anamnesis pemeriksaan jasmani yang dibantu dengan pemeriksaan radiologis untuk menentukan apakah data tersebut memenuhi kriteria New York tahun 1984.

Masalah dapat terjadi dalam menegakkan diagnosis bila tidak ditemukan sacroiliitis pada pemeriksaan radiologis; nyeri dada tanpa kelainan yang lain; umurnya terlalu muda atau terlalu tua.

Pengelolaan pada penyakit tanpa keluhan : olah raga secara rutin tanpa obat, dan bila dengan keluhan : obat-obatan, latihan secara teratur dan penerangan; dan bila telah terjadi gangguan fungsi : operasi.

KEPUSTAKAAN

1. Van der Linden S, Ankylosing Spondylitis. In: Kelly W, Harris ED, Ruddy S, Sledge CB. Eds. Textbook of Rheumatology. 5th ed, Philadelphia-London-Toronto-Sydney-Tokyo : WB Saunders Co 1997; pp : 969-82.
2. Parker CW. Seronegative HLA related arthritis. In : Parker CW Ed. Clinical Immunology Vol II. Philadelphia, London, Toronto: WB Saunders 1980; pp : 753-73.
3. Haslock I. Ankylosing spondylitis. In : Dippe PA, Bacon PA, Bamji AN, Watt I Eds. Atlas of clinical rheumatology. Gower Medical Publisher, London, New York : 1986 ; pp: 12.1-12.12.
4. Van der Linden S, Khan MA, Rentsch HU. Chest pain without radiographic sacroiliitis in relatives of patients with ankylosing spondylitis. J Rheumatol, 1988; 15 : 836-9.
5. Mander M, Sikupson JM, Mclellan A. Studies with an enthesitis index as a method of clinical assessment in ankylosing spondylitis. Ann Rheum M, 1987; 46 : 197-202.
6. Burgos-Vargas R, Naranjo A, Castillo J. Ankylosing spondylitis in the Mexican Mestizo : Pattern of disease according to age at onset. J Rheumatol 1989 ; 16 : 186-91.
7. Graham DC, Smythe HA. The carditis and aortitis of ankylosing spondylitis. Bull Rheum Dis 1958; 9 : 171-4.
8. Boushea DK, Sundstrom WR. The pleuropulmonary manifestation of ankylosing spondylitis Semin Arthritis Rheum 1989; 18 : 277-81.
9. Tyrrel PNM, Davies AM, Evans N. Neurological disturbances in ankylosing spondylitis. Ann Rheum Dis. 1994 ; 53 : 714-7.
10. Lai KN, Li PKT, Hawkins B, et al. IgA nephropathy associated with ankylosing spondylitis. Occurrence in women as well as in men. Ann Rheum Dis, 1989; 48 : 435-7.
11. Calin A, Porta J, Fries JF, Schurman DJ. Clinical history of a screen test for ankylosing spondylitis. JAMA 1977; 237 : 2613-4.
12. Van der Linden SM, Fahrner H. Occurrence of spinal pain syndrome in a group of apparently healthy and physically fit sportsmen (orienteers). Scand J Rheumatol 1988; 17 : 475-81.
13. Mau W, Zeidler H, Mau R, et al. Clinical feature and prognosis of patients with possible ankylosing spondylitis : Results of a 10 year follow-up. J Rheumatol, 1980 ; 1109-14.
14. Hart FD. Practical problem in rheumatology. Singapore, Hongkong : PG Publishing Pte Ltd 1984.