



Pemahaman Seputar Penyakit Lupus

dr. Farrell Tanoto

Perhimpunan Reumatologi Indonesia menyelenggarakan Temu Ilmiah Reumatologi 2017 di Jakarta beberapa waktu lalu yang mengangkat tema 'Strengthen Neurology Practice for Community Beneficence'. Salah satu topik yang dibahas dalam acara tersebut adalah SLE dengan menghadirkan pembicara dr. Bambang Setyohadi, SpPD-KR.

Systemic Lupus Erythematosus (SLE) merupakan penyakit autoimun berupa inflamasi kronik dengan insiden di Amerika Serikat mencapai 5.1/100.000 penduduk per tahun. Sedangkan poli reumatologi di RSCM (tahun 2002), mencatat sekitar 1.4% pasien menderita SLE. Angka kematian yang disebabkan SLE di RSCM (1990-2002) mencapai hingga lima kali lebih tinggi dibandingkan populasi umum.

Kriteria diagnosis SLE sesuai dari *Systemic Lupus International Collaborating Clinics* (SLICC) yaitu sebagai berikut:

Kriteria Klinis	Kriteria Imunologis
Cutaneous Lupus Akut	ANA
Cutaneous Lupus Kronik	Anti-DNA
Oral atau nasal ulcers	Anti-Sm
Non-scarring alopecia	Antifosfolipid Ab
Artritis	Kadar komplemen rendah (C3, C4, CH50)
Serositis	Coombs' test direk (tidak dihitung jika ada anemia hemolitik)
Renal	
Neurologis	
Anemia hemolitik	
Leukopenia	
Trombositopenia (<100.000/mm ³)	

Anamnesa pada pasien lupus akan didapatkan nyeri/pembengkakan pada sendi, fenomena Raynaud, foto sensitivitas, ruam, rambut rontok, napas tersengal, nyeri pleuritik. Sedangkan gejala umum didapatkan berupa depresi, kelelahan, demam, perubahan berat badan.

Pemeriksaan fisik umumnya akan ditemukan seperti yang tertera pada kriteria SLICC, sedangkan tanda lain mengikuti riwayat dan gejala yang ditanyakan ke pasien. Pemeriksaan penunjang yang dapat diperiksa berupa LED, DPL, urinalisis, kimia darah (ureum, kreatinin, fungsi hati, profil lipid), fungsi pembekuan darah, *antibody anti cardiolipin* (ACA), foto rontgen toraks dan elektrokardiografi.

Hingga kini tes ANA merupakan tes yang sensitif namun tidak spesifik dan hanya dikerjakan jika ada kecurigaan mengarah ke diagnosis SLE. Di sisi lain tes anti-dsDNA jika positif menunjang

diagnosis SLE, namun jika negatif tidak menyingkirkan kemungkinan diagnosis SLE.

Pada pasien-pasien dengan SLE yang berat akan muncul berbagai gangguan multiorgan. Gangguan pada jantung umumnya berupa endokarditis Libman-Sacks, vaskulitis arteri koroner, miokarditis, tamponade jantung hingga hipertensi maligna. Pada sistem respirasi dapat muncul gangguan berupa hipertensi pulmonal, perdarahan paru, pneumonitis, emboli paru, infark paru, fibrosis interstisial hingga *shrinking lung*.

Pasien dengan SLE berat juga mungkin memiliki gejala gastrointestinal seperti pancreatitis dan vaskulitis mesenterika. Nefritis proliferatif dan/atau membranous pada pasien SLE berat dapat menyebabkan gangguan fungsi ginjal yang berat. Kelainan kulit dapat berupa vaskulitis berat, ruam difus yang disertai ulkus atau melepuh (blister).

Gangguan neurologis dapat berupa kejang, *acute confusional state*, stroke, mielopati transversa, mononeuritis, polineuritis, neuritis optik, psikosis, sindrom demielinasi hingga pasien koma. Kelainan hematologi yang dapat timbul berupa anemia hemolitik, neutropenia (leukosit <1.000/mm³), trombositopenia <20.000/mm³, purpura trombotik trombositopenia, trombotosis vena atau arteri.

Edukasi menjadi penting pada pasien SLE dalam menghadapi penyakitnya. Pasien perlu memahami dan mengerti apa itu lupus dan kemungkinan penyebab-penyebabnya. Tipe dari berbagai penyakit SLE dan sifat masing-masing penyakit dapat membantu, baik dokter maupun pasien, dalam merencanakan terapi SLE. Berbagai masalah yang mungkin muncul dalam pengobatan SLE perlu didiskusikan kepada pasien, seperti latihan fisik terkait dengan

osteoporosis akibat pemakaian steroid dan mengatasi infeksi secepatnya serta penggunaan kontrasepsi. Pasien SLE tentunya akan merasa lelah, mendapatkan berbagai tekanan emosional serta trauma psikis setelah mengetahui menderita SLE juga harus dibicarakan terutama dalam mengatasi rasa nyeri yang ada. Untuk agen terapi SLE yang umum digunakan adalah OAINS, kortikosteroid, klorokuin dan hidroksiklorokuin, azatioprin, siklofosamid, metotreksat, siklosporin A, dan mikofenolatemofetil.

Peran dokter umum dalam diagnosis SLE yaitu mengenali pasien dengan kecurigaan lupus yang didapat dari anamnesa riwayat pasien serta pemeriksaan fisik serta melakukan berbagai tes dasar seperti pemeriksaan darah lengkap dan urinalisis. Dirujuk kepada spesialis reumatologi bila pasien dicurigai menderita lupus atau terjadi perburukan. Pemantauan rutin dapat dilakukan oleh dokter umum.

Berbagai penyulit penyerta pada pasien dengan SLE sebaiknya ditangani dan direncanakan dengan baik untuk menghindari komplikasi yang mungkin timbul. Pada pasien SLE yang hamil sebaiknya kontrol reumatologis dan kandungannya

setiap bulan. Pasien SLE yang tidak boleh hamil adalah pasien yang menggunakan terapi siklofosamid atau warfarin, hipertensi pulmonal berat, penyakit paru restriktif, gagal jantung, CKD, riwayat stroke 6 bulan terakhir, riwayat PEB atau sindrom HELLP dan kekambuhan SLE berat dalam 6 bulan terakhir.

Terapi yang disarankan berupa steroid ($\leq 7,5$ mg/hari); azatioprin (sebaiknya $\leq 1,5-2$ mg/kgBB/hari); dan heparin atau aspirin dosis rendah. Jika ada riwayat abortus sebaiknya pasien diperiksa ACA, terapi heparinisasi, aspirin dosis rendah dan konsultasi dengan ahli hematologis.

Konfirmasi diagnosis pasien SLE dengan trombositopenia dilakukan dengan pemeriksaan apusan darah tepi dan sumsum tulang untuk menentukan derajat keparahan. Singkirkan kemungkinan efek samping obat, purpura trombotik trombositopenia, infeksi, dan cari kemungkinan aktivitas lupus di organ lain. Gunakan prednison 0.25-1.0 mg/kg/hari selama 3-4 minggu jika platelet <50.000/mm³ dan titrasi turun setelahnya. Target terapi tercapai pada platelet >50.000/mm³.

Pasien dengan nefritis lupus harus menjalani biopsi ginjal untuk

menentukan derajat kelainan ginjal. Jika tidak dapat dilakukan dengan berbagai alasan, dapat digunakan panduan berdasarkan klasifikasi WHO dan dilakukan penatalaksanaan berdasarkan derajat kelainan ginjal tersebut.

Vaksinasi pada SLE dapat diberikan mengingat pasien dengan SLE memiliki risiko tinggi untuk terserang infeksi. Vaksinasi dapat diberikan kecuali vaksin hidup yang dilemahkan. Walaupun kemampuan vaksinasi yang diberikan pada pasien dengan SLE lebih rendah dibandingkan dengan individu sehat, efek proteksinya terbilang cukup baik.

Pasien SLE yang akan menjalani operasi memerlukan dosis stres steroid. Operasi minor diberikan dua kali dosis oral atau sampai 15 mg prednison selama 1-3 hari. Sedangkan pada operasi besar diberikan hidrokortison 100 mg IV pada hari pertama operasi atau 20-30 mg metilprednisolon IV, diikuti 25-50 mg hidrokortison setiap 8 jam untuk 2-3 hari atau dengan melanjutkan dosis steroid oral atau setara secara parenteral pada hari pembedahan dilanjutkan dengan 25-50 mg hidrokortison selama 2-3 hari. MD



Jakarta International GI Endoscopy Symposium & Live Demonstration 2017

**Borobudur Hotel, Jakarta
October 05-07, 2017**

SECRETARIAT:
Menteng Square Apartment, Tower A No.6
Jl. Matraman Raya No. 30E
Jakarta 10430 - Indonesia
Phone : +62-21-2961 4303, 3148680
Fax : +62-21-2395 1145, 3148681
E-mail : jiges.ld@gmail.com

Endorsed by :

