

Diagnostik dan Tata laksana Osteoartritis (OA) pada Praktek Sehari-hari

dr. Andry Ganesha Rombe; dr. Novita Panggau, Sp. PD
RSUD Teluk Bintuni, Papua Barat

“
Osteoartritis dapat terjadi dengan etiologi yang berbeda-beda, namun mengakibatkan kelainan biologis, morfologis dan keluaran klinis yang sama
”



Osteoartritis (OA) bentuk artritis yang paling sering ditemukan di masyarakat dan berdampak besar dalam masalah kesehatan masyarakat terutama disabilitas pada lansia, bersifat kronik dengan progresifitas yang lambat, berkaitan dengan kerusakan kartilago sendi. OA sering menyerang vertebra, panggul, lutut dan pergelangan kaki yang merupakan sendi penyangga berat tubuh.¹ Osteoartritis dapat terjadi dengan etiologi yang berbeda-beda, namun mengakibatkan kelainan biologis, morfologis dan keluaran klinis yang sama.² WHO melaporkan 40% penduduk dunia yang lansia akan menderita OA, dari jumlah tersebut 80% mengalami keterbatasan gerak sendi. Prevalens Osteoartritis di Indonesia cukup tinggi dimana faktor usia merupakan salah satu faktor yaitu 5% pada usia >40 tahun, 30% pada usia 40-60 tahun dan 65% pada usia > 61 tahun.³

FAKTOR RISIKO

Faktor risiko OA terbagi dua yaitu predisposisi dan biomekanis. Faktor predisposisi meliputi usia yaitu proses penuaan menyebabkan penurunan kelenturan sendi kalsifikasi tulang rawan dan menurunkan fungsi kondrosit. Prevalens penderita OA pada perempuan lebih tinggi

dibanding laki-laki berusia diatas 50 tahun. Merokok merusak sel dan meningkatkan kadar karbonmonoksida yang menghambat proliferasi tulang rawan sendi. Indeks massa tubuh berlebih melipat gandakan beban sendi saat berjalan terutama sendi lutut. Faktor biomekanis seperti tingginya aktivitas fisik, olahraga berlebihan, riwayat trauma sebelumnya juga meningkatkan risiko terjadinya OA.³

PATOGENESIS

OA disebabkan oleh perubahan biomekanikal dan biokimia tulang rawan yang terjadi oleh adanya penyebab multifaktorial dimana akan terjadi ketidakimbangan antara degradasi dan sintesis tulang rawan. Ketidakimbangan ini menyebabkan

pengeluaran enzim-enzim degradasi (metaloproteinase dan aggrecanases) dan pengeluaran kolagen yang akan mengakibatkan kerusakan tulang rawan sendi dan sinovium (sinovitis sekunder). Pada keadaan inflamasi, sel menjadi kurang sensitif terhadap efek *IGF-1*, peningkatan enzim degradasi menjadi indikasi osteoarthritis awal dan memberikan kontribusi signifikan terhadap hilangnya struktur dan fungsi tulang rawan.

DIAGNOSTIK

Evaluasi klinis OA didasarkan pada anamnesis dan pemeriksaan reumatologi ringkas dengan prinsip GALS (*Gait, Arms, Legs,*

Spine). Penegakan diagnosis sesuai kriteria *American College Rheumatology (ACR)* (lihat tabel). Gejala OA umumnya dimulai saat usia dewasa, dengan tampilan klinis kaku sendi di pagi hari atau kaku sendi setelah istirahat. Sendi dapat mengalami pembengkakan, dan krepitus saat digerakkan, dapat disertai keterbatasan gerak sendi. Peradangan umumnya tidak ditemukan atau sangat ringan. Banyak sendi yang dapat terkena OA, terutama sendi lutut, jari-jari kaki, jari-jari tangan, tulang punggung dan panggul.

PENATALAKSANAAN

Strategi penatalaksanaan dan pilihan jenis pengobatan ditentukan oleh letak sendi, sesuai karakteristik serta kebutuhan masing-masing. Diperlukan penilaian cermat pada sendi dan pasien secara keseluruhan, agar penatalaksanaannya aman, sederhana, memperhatikan edukasi pasien dan melibatkan multidisiplin.

Terapi non farmakologi berfokus pada edukasi pasien, modifikasi gaya hidup, bila berat badan berlebih (IMT > 25) program penurunan berat badan (minimal penurunan 5% dari berat badan) dengan target IMT 18,5-25; terapi fisik meliputi latihan perbaikan lingkup gerak sendi; penguatan otot-otot (quadrisep/pangkal paha) dan alat bantu gerak sendi seperti pemakaian tongkat pada sisi yang sehat; terapi okupasi meliputi proteksi sendi dan

konservasi energi; menggunakan splint dan alat bantu gerak sendi untuk aktivitas fisik sehari-hari.

Terapi farmakologi lebih efektif bila dikombinasi dengan terapi nonfarmakologi untuk OA dengan gejala nyeri ringan hingga sedang, dapat parasetamol (kurang dari 4 gram per hari), obat anti inflamasi non-steroid (OAINS) dan pemberian obat pelindung lambung (*gastro-protective agent*) jika terdapat masalah ulkus saluran pencernaan atau OAINS topikal. Pemberian terapi alternatif jika terapi awal tidak adekuat seperti tramadol (200-300 mg dalam dosis terbagi) untuk penderita nyeri sedang hingga berat, terapi intraartikular seperti pemberian hyaluronan atau kortikosteroid jangka pendek juga dapat dipilih sebagai alternatif. Tatalaksana lanjutan oleh dokter ahli reumatologi/bedah ortopedi bila ada kecurigaan terjadinya artritis inflamasi seperti bursitis dan efusi sendi; memerlukan pungsi atau aspirasi diagnostik; merupakan kasus gawat darurat (risiko sepsis tinggi); deformitas varus atau valgus (>15 hingga 20 derajat) pada OA lutut dan subluksasi lateral ligament atau dislokasi sendi. **MD**

Daftar Pustaka:

1. S Jowono, I Harry, K Handono, B Rawan, P Riardi. Chapter 279: Osteoarthritis. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Edisi IV FKUI 2006. 1195- 1202
2. Berenbaum F, Wallace IJ, Lieberman DE, Felson DT. Modern-day environmental factors in the pathogenesis of osteoarthritis. *Nat Rev Rheumatol*. 2018 Nov;14(11):674-681
3. Stewart HL, Kawcak CE. The Importance of Subchondral Bone in the Pathophysiology of Osteoarthritis. *Front Vet Sci*. 2018;5:178
4. Collins NJ, Hart HF, Mills KAG. Osteoarthritis year in review 2018: rehabilitation and outcomes. *Osteoarthritis Cartilage*. 2019 Mar;27(3):378-39