

Risiko Kardiovaskuler pada Pasien Arthritis Reumatoid

Rudy Hidayat

Divisi Reumatologi, Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI/RSCM, Jakarta

Arthritis reumatoid (AR) adalah salah satu penyakit autoimun di bidang reumatologi yang paling banyak ditemukan dalam praktik sehari-hari. Penyakit autoimun ini bersifat sistemik dan non-organ spesifik, sehingga selain manifestasi artikuler (sinovitis poliartrikuler), juga didapatkan manifestasi ekstra-artikuler. Salah satu manifestasi ekstra-artikuler yang saat ini menjadi perhatian para klinisi dan para peneliti adalah keterlibatan kardiovaskuler, yang secara signifikan memberikan kontribusi peningkatan angka morbiditas dan mortalitas pasien AR.¹

Pasien AR telah diketahui mempunyai risiko mengalami penyakit jantung koroner sebesar 1,5–2 kali dibandingkan dengan populasi umum, dan hal ini setara dengan faktor risiko pada kelompok populasi dengan diabetes melitus. Sedangkan, risiko untuk mengalami gagal jantung pada populasi AR juga telah dibuktikan meningkat sebesar dua kali lipat dibanding populasi non-AR. Pada umumnya kasus gagal jantung pada populasi AR adalah kasus dengan disfungsi diastolik, dengan fraksi ejeksi yang masih baik (>50%). Sebagai manifestasi tambahan dari AR sering kali masalah kardiovaskuler ini tidak mendapat perhatian yang cukup dari para klinisi, dan tentu saja tidak ditata laksana dengan baik.²

Patofisiologi autoimunitas, yang melibatkan aktivasi berbagai sel imun (sel T, sel B, makrofag, sel dendritik, fibroblast, dan lain-lain) serta berbagai sitokin (TNF α , IL-6, IL-1, IL-17, dan lain-lain) secara sistemik, berperan terhadap kejadian gangguan kardiovaskuler sebagai faktor risiko non-tradisional. Ditambah dengan adanya peningkatan *acute phase reactant* yaitu *C-reactive protein* (CRP) yang telah diketahui sebagai faktor risiko yang sangat jelas berperan pada kejadian kardiovaskuler. Hal tersebut diperberat dengan adanya peningkatan angka kejadian berbagai faktor risiko kardiovaskuler tradisional pada AR seperti diabetes melitus, hipertensi, dislipidemia, obesitas, merokok, dan aktifitas fisik yang kurang.

Suatu studi potong lintang oleh Antono, dkk.³, pada kelompok pasien AR yang belum ditemukan gejala gagal

jantung, mendapati angka kejadian disfungsi diastolik sebesar 30,8%, hipertrofi ventrikel kanan 34,6%, dan gangguan katup 34,6%. Ketiga keadaan ini merupakan keadaan sub-klinis yang dapat berkontribusi pada kejadian gagal jantung yang simptomatik di kemudian hari, maupun kejadian kardiovaskuler yang lainnya. Berbagai faktor yang dinilai pada studi ini yaitu lama sakit, derajat aktifitas penyakit, dan derajat disabilitas, ternyata tidak berkorelasi secara statistik dengan kejadian disfungsi diastolik. Namun demikian, pilihan desain penelitian dan adanya berbagai faktor risiko lain baik yang tradisional maupun non-tradisional, sangat mungkin mempengaruhi hasil ini.³

DAFTAR PUSTAKA

1. Turesson C, Matteson EL. Extraarticular features of rheumatoid arthritis and systemic involvement. Dalam: Hochberg MC, et al, editors. Rheumatology. Edisi ke-6. Mosby Elsevier: Philadelphia; 2015. hal.712-20
2. Crowson CS, Liao KP, Davis JM, Solomon DH, Matteson EL, Knutson KL, et al. Rheumatoid arthritis and cardiovascular disease. Am Heart J. 2013;166(4):622-8.
3. Antono D, Dakhi BAS, Isbagio H, Shatri H. Korelasi antara lama sakit, derajat aktifitas penyakit, dan skor disabilitas dengan disfungsi diastolik pada wanita pasien arthritis reumatoid di RS Dr. Cipto Mangunkusumo. JPDI. 2017;4(2):74-8.