



Tenosinovitis Sendi Panggul

Muthia Rana Zahra^{1*}

¹Semen Padang Hospital, Padang, Sumatera Barat, Indonesia

*Email : mutheranaz@gmail.com

Abstrak

Transient synovitis atau *toxic synovitis* adalah kondisi nyeri panggul pada anak-anak yang disebabkan oleh peradangan pada sendi panggul. Gejala yang dapat muncul bisa secara unilateral atau bilateral, atau terkadang awalnya unilateral lalu berkembang menjadi bilateral. Gejala yang dialami berupa nyeri panggul dengan kurangnya rentang gerak, gaya berjalan tidak simetris, jika nyeri dapat dilokalisasi biasanya akan terasa di selangkangan, paha bagian depan dan lutut bagian dalam. Pasien sering menolak untuk menahan bobot tubuh ke kaki yang sakit. Selain itu akan timbul gejala demam tidak terlalu tinggi (biasanya suhu <38°C). Faktor penyebab penyakit ini dapat bersifat non-traumatik paling sering, traumatik dan alergi. Penanganan utama yang diberikan disesuaikan dengan gejala pasien dan latihan fisik sesuai dengan toleransi nyeri yang dirasakan pasien.

Kata kunci : *Transient synovitis, toxic synovitis, sendi panggul, radang.*

Abstract

Transient synovitis or toxic synovitis is a condition of pelvic pain in children caused by inflammation of the hip joint. Symptoms that can appear can be both unilateral or bilateral and sometimes they start unilaterally and then develop bilaterally. Symptoms experienced include pelvic pain with lack of range of motion, asymmetrical gait, if the pain can be localized it will usually be felt in the groin, front of the thigh and inner knee. Patients often refuse to put their weight on the affected leg. Furthermore, symptoms of fever will not be too high (usually a temperature <38°C). The causative factors of the disease can be non-traumatic most often, traumatic and allergic. The main treatment depends on patient's symptoms and physical exercise is according to the patient's pain tolerance.

Keywords : *Transient synovitis, toxic synovitis, hip joint, inflammation.*

PENDAHULUAN

Sendi panggul merupakan sendi yang memiliki gerakan kompleks untuk segala arah dan dapat memberikan kekuatan pada berat tubuh. Sendi ini merupakan tipe *ball-and-socket synovial joint* yang dilindungi oleh kapsula fibrosus, sehingga terbentuk artikulasi antara bagian proksimal tulang femur dengan acetabulum pelvis.¹

Transient synovitis (*irritable hip*) merupakan kondisi paling umum terjadi pada anak usia lebih dari 4 tahun (sering di rentang usia 3-10 tahun) yang memiliki gejala nyeri pada area sendi panggul terutama saat berdiri dan /atau berjalan (ketika menahan beban tubuh). Hal ini diakibatkan adanya inflamasi /peradangan pada sendi panggul tersebut.²

Anak-anak yang mengalami keluhan pada panggul secara akut dapat menunjukkan berbagai gejala tidak spesifik seperti nyeri, gaya berjalan yang tidak normal akibat penolakan untuk menahan beban atau berkurangnya pergerakan sendi yang terlibat. Keluhan ini merupakan masalah diagnostik bagi dokter anak dan dokter di unit gawat darurat, tidak hanya karena diagnosis banding yang bervariasi, dari kondisi yang cukup berbahaya seperti *transient synovitis* pada panggul hingga masalah yang lebih parah seperti penyakit *Legg-Calve-Perthes* (LCP), yakni tergelincirnya kapital femoral epifisis (SCFE) dan kondisi yang mengancam jiwa seperti artritis septik pada panggul.³

Populasi anak yang mengalami *Transient synovitis* atau *toxic synovitis* terhitung sekitar 0.4% hingga 0.9% dari kunjungan di unit gawat darurat anak. Angka kejadian pada anak laki-laki lebih dominan dibandingkan Perempuan (2:1). Secara keseluruhan, diperkirakan sekitar 3% anak-anak menderita *Transient synovitis* atau *toxic synovitis* dan tingkat kekambuhan gejala sekitar 4% hingga 17% dari seluruh kasus. Insiden

puncak penyakit ini terjadi pada pada usia 6 tahun hingga 8 tahun. Gejala yang dapat muncul bisa secara unilateral atau bilateral, atau terkadang awalnya unilateral lalu berkembang menjadi bilateral. Gejala yang dialami berupa nyeri panggul dengan kurangnya rentang gerak panggul, gaya berjalan tidak simetris, jika nyeri dapat dilokalisir biasanya akan terasa di selangkangan, paha bagian depan dan lutut bagian dalam. Pasien sering menolak untuk menahan bobot tubuh ke kaki yang sakit. Selain itu akan timbul gejala demam tidak terlalu tinggi (biasanya suhu <38°C).⁴

Etiologi dari penyakit ini masih belum jelas. Ada beberapa hipotesis yang menduga bahwa penyakit ini disebabkan oleh agen virus yang belum teridentifikasi. *Transient synovitis* atau *toxic synovitis* biasanya didahului dengan gejala infeksi saluran napas atas akibat virus. Selain itu, etiologi lainnya termasuk trauma yang melibatkan sendi panggul, dan reaksi alergi.⁴

Diagnosis *transient synovitis* atau *toxic synovitis* ditegakkan dari anamnesis, gejala klinis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Penyakit ini biasanya muncul dengan serangan akut pada selangkangan atau paha, rasa sakit dan gaya berjalan yang pincang serta keenganan untuk menanggung beban tubuh di kaki yang sakit. Dari pemeriksaan fisik, panggul yang terkena dapat melakukan gerakan fleksi yang bervariasi, abduksi dan rotasi eksternal yang se-nyaman mungkin bagi pasien, lalu akan timbul gerakan terbatas saat dilakukan gerakan pasif. Posisi ini mungkin menjadi lebih nyaman akibat adanya tekanan di intrakapsular yang lebih rendah dibandingkan posisi yang lain. Pada sebagian kecil kasus dapat terjadi secara bilateral.⁵ Pemeriksaan laboratorium darah yang mendukung adalah peningkatan leukosit atau jumlah sel darah putih serum yaitu lebih dari 12.000 sel/m³, sedimentasi eritrosit (ESR) 40 mm/h, protein C-reaktif (CRP) sebagai tambahan atau pengganti ESR. Penggunaan

penanda inflamasi yang lebih baru yaitu prokalsitonin (PCT).^{7,9}

Umumnya gejala akan muncul dalam 2 minggu pertama hingga berbulan-bulan. Pemeriksaan penunjang perlu dilakukan untuk menegakkan diagnosis berupa USG tahap awal yang menunjukkan adanya gambaran efusi pada sinovial. Pemeriksaan yang lain berupa X-ray yang akan tampak pada beberapa minggu pertama gejala dan perhatikan juga apakah tampak gambaran nekrosis epifisis femoralis superior untuk menyingkirkan diagnosis banding. MRI juga dapat dilakukan dan hasil lebih sensitif.⁶

Tatalaksana pada kasus ini dilakukan sesuai gejala yaitu penggunaan antinyeri seperti asetaminophen atau ibuprofen sesuai skala nyeri dan berat badan anak, tidak boleh diberikan aspirin kepada anak. Istirahat yang optimal dan batasi aktivitas seperti mengangkat beban berat yang dapat membebani panggul. Setelah itu, ajari anak untuk memulai aktivitas fisik untuk kegiatan sehari-hari secara bertahap sesuai dengan toleransi nyeri yang dirasakan anak. Hal-hal yang perlu diperhatikan sebagai berikut : (1) tidak terdapat perubahan pada anak selama 3 hari atau tidak membaik dalam 2 minggu, (2) nyeri yang dirasakan semakin memburuk, (3) demam dengan derajat suhu melebihi 38, dan (4) gejala kambuh kembali walaupun sudah pernah membaik. Jika hal ini terjadi, segera bawa anak ke dokter untuk tatalaksana lebih lanjut.⁸

I. LAPORAN KASUS

a. Identitas Pasien

Nama : An. MRN
Jenis kelamin : Perempuan
Usia : 4 tahun
Pekerjaan : Belum bekerja

b. Anamnesis

- Keluhan Utama : Nyeri paha kanan
- Keluhan tambahan : Kaki panjang sebelah

- Riwayat Sekarang : Pasien datang dengan keluhan nyeri pada paha kanan sejak terjatuh (lebih kurang 4 hari SMRS). Nyeri terasa mulai dari pangkal paha kanan menjalar hingga ke tungkai kanan bawah, anak tampak rewel karena nyeri yang dirasakan hilang timbul, memberat saat mobilisasi. Sulit berjalan dengan posisi yang normal.
- Riwayat Penyakit Dahulu : disangkal
- Riwayat Keluarga : disangkal
- Riwayat Pekerjaan, Sosial Ekonomi, Alergi dan Kebiasaan : pasien anak yang belum sekolah, aktivitas sehari-hari bermain dirumah dan lingkungan sekitar. Pasien tidak ada alergi obat atau makanan.

c. Pemeriksaan Fisik

- Keadaan umum : Sedang
- Kesadaran : Compos mentis
- Vital Sign
Frekuensi nadi : 90 kali/menit
Frekuensi napas : 22 kali/menit
Suhu : 36,3°C
- Status Generalisata
 - Kulit : Kuning langsung, ikterik (-), sianosis (-), edema (-)
 - Kepala : Rambut hitam, distribusi merata, sukar dicabut
 - Wajah : Simetris, edema (-), deformitas (-)
 - Mata : Anemis (-/-), sklera ikterik (-/-), sekret (-/-), refleks cahaya langsung (+/+), refleks cahaya tidak langsung (+/+)
 - Telinga : Normotia, sekret (-/-), serumen (-/-)
 - Hidung : Sekret (-/-), cavum nasi hiperemis (-), napas cuping hidung (-)
 - Mulut : Sianosis (-), tremor (-), hiperemis (-), tonsil hiperemis (-/-) T₁/T₁.
 - Leher : Retraksi suprasternal (-), pembesaran KGB axila (-) retroauricula (-) suprasternal (-), kaku kuduk (-).

- Thoraks : gerakan statis dan dinamis simetris, palpasi dan perkusi dalam batas normal, auskultasi vesikuler (+/+), rhonki (-/-), wheezing (-/-).
- Jantung : iktus cordis dalam teraba, palpasi dan perkusi dalam batas normal, auskultasi bunyi jantung regular, S1 S2 normal, murmur (-), gallop (-).
- Abdomen : Soepel, simetris, distensi (-), peristaltik (+) normal
- Ekstremitas: sianosis(-/-), edema(-/-), pucat(-/-), CRT <2 detik

- Status Lokalis

Ekstremitas inferior : Deformitas (+), Nyeri tekan pada paha hingga tungkai kanan (+), NVD masih dalam batas normal, sianosis (-/-), edema(-/-), pucat (-/-), CRT <2 detik.

- X-Ray
 - Tak tampak soft tissue swelling
 - Tulang-tulang pelvis dan femur proximal intak,
 - Tak tampak fraktur
 - Shenton`s line dextra discontinue
 - Caput femur dextra tampak endorotasi
 - Kesan : Suspect subluksasi hip joint dextra



GAMBAR 1. RONTGEN PELVIS AP

d. Diagnosis Kerja

Suspek Subluksasi Hip Joint Dextra

e. Diagnosis Banding

Transient Synovitis Hip Dextra

f. Pemeriksaan Penunjang

- Laboratorium

(30 April 2023)

Hemoglobin : 11,9
Hematokrit : 35
Trombosit : 419
Leukosit : 10,4
GDS : 76

(01 Mei 2023)

Hemoglobin : 12,2
Hematokrit : 38
Trombosit : 439
Leukosit : 10,7
GDS : 84
LED : 29
PT : 10,9
APTT : 27,1
CRP Kualitatif: Negatif



GAMBAR 2. RONTGEN FEMUR AP



GAMBAR 3. RONTGEN FEMUR LATERAL

g. Diagnosis

Transient Synovitis Hip Joint Dextra

h. Rencana Terapi

- IVFD Kaen 1B 20 tpm
- Inj. Ceftriaxone 2x650mg (IV drip)
- Inj. Paracetamol 4x200mg (IV drip)
- Diet Makan Biasa

i. Prognosis

- Quo ad vitam : Dubia ad malam
- Quo ad functionam : Dubia ad bonam
- Quo ad sanactionam : Dubia ad bonam

II. DISKUSI

Seorang anak perempuan usia 4 tahun dibawa oleh keluarga dengan keluhan nyeri pada paha kanan sejak terjatuh (lebih kurang 4 hari SMRS). Nyeri terasa mulai dari pangkal paha kanan menjalar hingga ketungkai kanan bawah, anak tampak rewel karena nyeri yang dirasakan hilang timbul, memberat saat mobilisasi. Sulit berjalan dengan posisi yang normal.

Kasus ini banyak dialami pada anak di rentang usia 3-10 tahun. Secara umum penyakit ini disebabkan oleh peradangan pada sendi panggul yang tidak disebabkan oleh trauma, namun pada beberapa kasus yang disebabkan oleh trauma dan reaksi alergi. Pada kasus yang dilaporkan ini, gejala muncul setelah pasien terjatuh dari ketinggian lebih kurang 1,5 meter yang bertumpu pada kaki sebelah kanan, setelah itu pasien mulai mengeluhkan nyeri di paha dan pinggul kanan, tidak enak badan, rewel, dan demam. Tidak terdapat riwayat pasien mengalami infeksi saluran napas, infeksi pencernaan maupun infeksi saluran kemih sebelumnya. Gejala awal dari penyakit ini adalah rasa nyeri yang muncul di pinggul bisa menjalar ke paha, keluhan muncul pada satu sisi dan bisa juga pada kedua sisi tungkai. Nyeri ini memicu gaya berjalan pasien yang menjadi tidak normal, pasien enggan untuk memberikan tumpuan beban pada bagian yang sakit sehingga menyebabkan gaya berjalan menjadi asimetris. Nyeri akan terasa hilang timbul dan makin diperkuat dengan peningkatan aktivitas. Proses radang pada sendi ini juga mengakibatkan gejala sistemik berupa demam, dapat disertai dengan tanda infeksi lainnya pada saluran napas, pencernaan dan/ atau saluran kemih. Akibat gejala tersebut, akan berpengaruh pada aktivitas fisik sehari-hari dan postur tubuh yang dapat menimbulkan ketidaknyamanan dan tidak percaya diri pada pasien.

Gejala klinis yang mengarah pada diagnosis perlu disertakan dengan pemeriksaan penunjang. Diawali dengan pemeriksaan laboratorium darah, dimana yang perlu dilakukan pemeriksaan adalah pemeriksaan darah rutin dan penanda infeksi/ inflamasi, yakni Hemoglobin, Hematokrit, Leukosit, Trombosit, dan sebagai tambahan perlu diperiksa C-reaktif protein. Pada pasien ini tidak tampak gambaran yang khas pada pemeriksaan laboratorium darah namun terdapat peningkatan leukosit di hari rawatan pertama dengan hari rawatan berikutnya.

Pemeriksaan penunjang pada kasus ini diperukan untuk menyingkirkan diagnosis banding. Pemeriksaan penunjang perlu dilakukan untuk menegakkan diagnosis berupa USG tahap awal yang menunjukkan adanya gambaran efusi pada sinovial. Pemeriksaan lainnya berupa X-ray yang akan tampak pada beberapa minggu pertama gejala dan perhatikan juga apakah tampak gambaran nekrosis epifisis femoralis superior untuk menyingkirkan diagnosis banding. Pada pasien ini dilakukan pemeriksaan X-ray regio pelvis dengan proyeksi anteroposterior, lateral dan X-ray regio femoral. Dari gambaran pada pasien ini tak tampak *soft tissue swelling*, tulang-tulang pelvis dan femur proksimal intak, tak tampak fraktur, *shenton's line* dextra *discontinue*, dan caput femur dextra tampak endorotasi. Kesan dari gambaran X-ray adalah suspek subluksasi hip *joint* dextra. Kasus *transient synovitis* lebih banyak dijumpai pada pasien yang tidak memiliki riwayat trauma (atraumatik). sebelumnya bisa terdapat riwayat infeksi baik itu saluran napas, pencernaan maupun infeksi lainnya. Namun, ada beberapa kasus yang disebabkan oleh proses trauma dan alergi, seperti pada pasien ini yang didahului dengan trauma akibat terjatuh dari ketinggian, setelah itu timbul gejala yang mengarah ke *transient synovitis* dengan selang waktu beberapa hari dan gejala tersebut terus menetap. Gejala linis yang menetap lebih dari 7 hari bahkan meningkat dan adanya keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari mengindikasikan pasien untuk dilakukan pemeriksaan lebih lanjut.

Transient synovitis merupakan penyakit *self-limiting* yang dapat sembuh secara spontan. Tatalaksana pada kasus ini dapat dilakukan secara konservatif melalui observasi dan istirahat. Pemanfaatan analgetik golongan NSAID sebagai tambahan terapi farmakologi untuk gejala klinis pasien. Posisi pasien perlu diperhatikan selama proses pemulihan dimana kasus ini akan memberat saat posisi pasien lurus, posisi ideal yang disarankan

selama imobilisasi adalah fleksi sendi pinggul 45° untuk mengurangi tekanan intrakapsular. Pasien ini mendapatkan terapi antibiotik, analgetik dan perawatan imobilisasi di rumah sakit selama 5 hari. Awal masuk pasien merasakan nyeri dan sulit untuk berjalan, posisi kedua kaki pasien tidak simetris sehingga memberikan kesan “pincang” selama berjalan. Pada hari pertama dan kedua pasien sudah terhitung 7 hari mengalami gejala tersebut, pasien diajarkan imobilisasi yang benar dengan posisi yang ideal di tempat tidur. Mulai di hari ke-3, pasien sudah diajarkan untuk mobilisasi bertahap sesuai dengan toleransi nyeri yang dirasakan. Diawali dengan posisi duduk mandiri yang tidak menggunakan sandaran, berdiri tegak lalu berjalan beberapa langkah. Latihan memberikan beban pada sendi panggul dengan posisi berdiri dan berjalan dilakukan selama 10-15 menit dan dapat diulang kembali, hingga pada hari ke-5 rawatan atau hari ke-10 dari awal gejala dilakukan asesmen ulang.

Pada hari terakhir rawatan, pasien merasakan gejala nyeri sudah berkurang, pasien dapat berdiri dengan posisi kaki yang simetris tanpa mengeluh nyeri yang signifikan seperti sebelumnya, pasien mampu berjalan lebih dari 15 menit dalam satu kali proses latihan. Tujuan akhir yaitu pasien dapat melakukan aktivitas sehari-hari seperti semula walaupun terkadang masih merasakan nyeri di posisi tertentu dan merasakan kedua kaki belum simetris secara sempurna.

Edukasi diberikan sebelum rencana rawat jalan adalah dengan melanjutkan terapi farmakologi terutama saat gejala makin terasa, lalu mengajarkan latihan lanjutan untuk melatih kekuatan dan ketahanan otot serta fleksibilitas.

DAFTAR PUSTAKA

- [1]. Neville, Desiree Noel Wagner & Noel Zuckerbraun. *Pediatric Nontraumatic Hip Pathology*. 2016. Elsevier Inc Vol. 17, No.1
- [2]. Orthopaedic Department of Women's and Children's Hospital. *Transient Synovitis*

- (Irritable Hip). 2016. Australia : Government of South Australia.
- [3]. Ferriere, Victor Dubois. dkk. Transient Synovitis of the Hip : Which in Investigations are Truly Useful?. 2015. Switzerland : Swiss Medical Weekly.
- [4]. Takundwa, Prisca, dkk. Evaluation of Hip Pain and Management of Toxic Synovitis in the Ultrasound Era. 2021 : Wilters Kluwer Health, Inc Ed. Pediatric Emergency Care, Vol. 37, No. 1
- [5]. Nouri, Aria, dkk. Transient Synovitis of the Hip : A Comprehensive Review. 2013 : Wilters Kluwer Health, Inc Ed, Journal of Pediatric Orthopaedics B.
- [6]. Heylen, Charled Edouard, dkk. Transient Synovitis of the Hip : is Systematic Radiological Screening Necessary for the Detection of Perthes Disease?. 2021: Acta Orthop, Belgica, Vol. 87-2.
- [7]. Anggraini, D., Hasni, D., & Amelia, R. (2022). Pathogenesis of Sepsis. Scientific Journal, 1(4), 332-339.
- [8]. Matthew J., dkk. Transient Synovitis of the Hip: Current Practice and Risk of Misdiagnosis. 2022: American Journal of Emergency Medicine, Elsevier.
- [9]. Alberta. Ca. & The Royal Children`s Hospital. Transient Synovitis. 2020: Australia, The Foundation for Medical Practice Education.
- [10]. Anggraini, D. (2022). Aspek Klinis Hiperurisemia. Scientific Journal, 1(4), 299-308.
- [11]. James J., dkk. Toxic Synovitis. 2008. USA : SringerLink, Departement of Orthopaedic, Pediatric Division, University of Wisconsin Hospital.