

NEGLECTED COXITIS TUBERCULOSA MANAGEMENT IN CHILDREN

Sulis Bayusentono¹, Erwin Ramawan¹, Henry Dominica^{2*}¹Staff of Orthopaedic and Traumatology Department, Faculty of Medicine, Universitas Airlangga, Dr Soetomo General Hospital, Surabaya²Resident of Orthopaedic and Traumatology Department, Faculty of Medicine, Universitas Airlangga, Dr Soetomo General Hospital, Surabaya

*Corresponding Author: Henry Dominica, Resident of Orthopaedic and Traumatology Department, Faculty of Medicine, Universitas Airlangga, Jl. Mayjen Prof. Dr. Moestopo 6-8, Surabaya

E-mail: henrydominica@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Tuberkulosis masih merupakan salah satu masalah kesehatan serius di seluruh dunia termasuk di Indonesia. Insiden tuberkulosis terus meningkat setiap tahunnya, terutama kasus tuberkulosis tulang yang merupakan bagian dari tuberkulosis ekstra pulmonal sebanyak 10-20%.**Kasus:** Laporan kasus terhadap pasien perempuan, 2 tahun, dengan *neglected posterior hip dextra et causa coxitis TB dextra* di RSUD Dr. Soetomo Surabaya, periode Oktober 2013 - September 2015. Data diambil secara restropektif dari rekam medis melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan radiologis, dan laboratorium.**Diskusi:** Seorang anak perempuan berumur 2 tahun didiagnosa sebagai *Neglected Posterior Hip Dextra et causa Coxitis TB Dextra*, dilakukan *open biopsi, debridement*, dan open reposisi melalui pendekatan *Anterior Smith Peterson*. Dilakukan pemasangan *Kirschner wires* dan fiksasi eksternal dengan *hemispica*. Diberikan obat anti-tuberkulosis selama 12 bulan. Dalam pemantauan selama 2 tahun pascaoperasi, pasien dilaporkan mengalami perbaikan.**Kesimpulan:** tuberkulosis panggul memiliki variasi manifestasi yang mirip dengan penyakit lainnya. Biopsi dari jaringan lesi tulang merupakan *gold standard* diagnosis coxitis TB terutama di daerah endemis. Namun interpretasi awal dari gambaran radiologi panggul dapat menjadi prediksi *outcome* pada kasus coxitis TB.**Kata kunci:** tuberkulosis panggul, biopsi jaringan, pendekatan *Anterior Smith Peterson*

ABSTRACT

Background: Tuberculosis is one of serious health problems throughout the world, including in Indonesia. The incidence of tuberculosis continue to increase annually, especially the case of bone tuberculosis which is part of tuberculosis extra pulmonary as much as 10-20%.**Case:** A case report of 2 years old girl, with a neglected posterior hip dextra et causa coxitis tuberculosa dextra in Dr. Soetomo General Hospital, in period October 2013 until September 2015. Data were taken from the retrospective medical record through the anamnesis, physical findings, radiological, and laboratory examinations.**Discussion:** A 2 years old girl diagnosed as Neglected Posterior Hip dextra et causa Coxitis TB dextra, carried out of open biopsy, debridement, and open repositioning through the anterior approach Smith Peterson. Do installation of K-Wires and external fixation with hemispica. Given anti-tuberculosis drug for 12 months. In the monitoring for 2 years post-operatively, the patient reported an improvement.**Conclusion:** Hip Tuberculosis have a variety of manifestasi similar to other diseases. Biopsy of the bone tissue lesions is a gold standard diagnosis for coxitis TB. However interpretation of the early picture of pelvic radiology can be a predictor outcome in the case of coxitis TB.**Keywords:** tuberculosis pelvis, tissue biopsy, anterior approach smith peterson

PENDAHULUAN

Tuberkulosis merupakan masalah kesehatan di seluruh dunia dengan 8,8 juta penduduk yang mengidap TB. Berdasarkan laporan terakhir WHO, maka TB masuk dalam peringkat kedua sebagai penyebab kematian pada kasus penyakit infeksi setelah HIV. Pada tahun 2011 dilaporkan angka kejadian kasus TB sekitar 59 % di Asia dan 26 % di Afrika. Sedangkan India memiliki angka kejadian kasus baru TB sebesar 2 sampai dengan 2.5 juta kasus.¹

Angka kejadian kasus tuberkulosis terus meningkat, terutama TB osteoartikular yang merupakan salah satu TB ekstra pulmonal dengan angka kejadian sekitar 10-20%. Infeksi tuberkulosis yang menyerang organ tulang melalui penyebaran infeksi secara hematogen memiliki prevalensi bervariasi tergantung lokasinya. Menurut penelitian meta-analisis yg dilakukan Kulchavenya disebutkan bahwa prevalensi TB pada tulang dan sendi meliputi 11,3 % di USA, 34,5 % di Rusia, dan 20% di Nepal dari seluruh kasus TB di masing-masing negara.²

Sulitnya deteksi penyakit TB osteoartikular dapat menyebabkan destruksi tulang dan kolaps pada sendi panggul sehingga dapat menimbulkan kecacatan. Oleh karena itu perlu dilakukan upaya deteksi dan tatalaksana sesegera mungkin

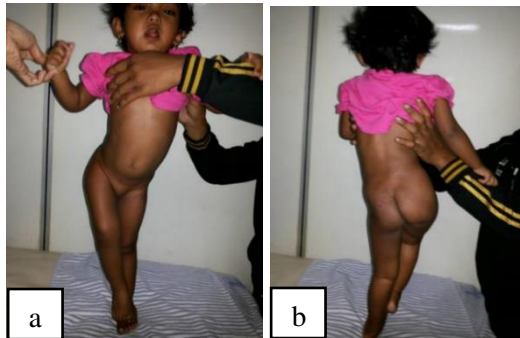
untuk mencegah komplikasi yang dapat timbul.¹ Namun, dalam praktek sehari-hari, deteksi dini kasus ini masih sulit dilakukan secara langsung akibat terbatasnya fasilitas diagnostik yang digunakan sehingga seringkali terjadi keterlambatan dalam menegakkan diagnosa dan melakukan tatalaksana. Selain itu *misdiagnosis* dan tata laksana yang salah masih sering terjadi khususnya di daerah endemis karena TB memiliki manifestasi klinis yang mirip dengan penyakit lainnya.³ Keadaan ini juga diperburuk dengan kurangnya pengetahuan masyarakat mengenai kasus ini, sehingga seringkali kasus coxitis ditemukan pada stadium lanjut.

Laporan kasus ini bertujuan untuk mengetahui penegakan diagnosis dan tatalaksana Coxitis TB pada anak. Dengan demikian, diharapkan dapat membantu pemahaman dalam manajemen kasus Coxitis TB.

LAPORAN KASUS

Seorang anak perempuan berusia 2 tahun dengan keluhan utama tidak bisa berjalan sejak 7 bulan sebelum masuk rumah sakit. Benjolan di lipat paha sebelah kanan, bengkak, tampak kemerahan sekitar benjolan, nyeri sendi panggul saat digerakan sejak 6 bulan SMRS. Nyeri bersifat tajam,

hilang timbul, intensitas nyeri bertambah setelah terjatuh, nyeri tidak menjalar. Pemeriksaan fisik status generalis dalam batas normal. Status lokalis *regio hip dextra* berada dalam posisi rotasi internal dan fleksi, tampak *shortening deformity*, tanda Galeazzi positif (Gambar 1).



Gambar 1. Foto klinis pasien. Dari depan (a) maupun belakang (b), tampak adanya rotasi internal dan fleksi disertai *shortening deformity* pada *hip* kanan.

Teraba massa pada *regio hip posterior*, konsistensi padat kenyal, bentuk bulat, batas tegas, diameter 3 cm, *mobile*, nyeri tekan positif. Dari pengukuran *Leg Length Discrepancy*, didapatkan perbedaan sebesar 2 cm antara ekstremitas kanan dan kiri. Pengukuran *Bryant Triangle* antara sendi panggul kanan dan kiri tidak sesuai. *Range of Motion (RAM) hip* dekstra terbatas.

Gambaran *rontgen* terdapat gambaran lisis pada *caput femur* dekstra. (Gambar 2). Hasil laboratorium didapatkan leukositosis dan limfositosis. Pasien terdiagnosis sebagai *Neglected Posterior Hip Dextra et causa Coxitis TB Dextra*.

Pasien kemudian dilakukan imobilisasi dengan skin traksi, dan dilakukan tindakan *open biopsy, debridement* untuk membuang pus dan jaringan *caseosa caput femoral* dan jaringan kartilago, *open reposisi* dan fiksasi dengan *K-wires* (Gambar 3).



Gambar 1. Foto Rongten Pelvis AP initial nampak *bone destruction* pada metafisis *os femur* kanan, subluksasi caput femur kanan terhadap *fossa acetabulum*, trabekulasi tulang diluar lesi normal, celah dan permukaan sendi masih tampak baik, tak tampak jelas *soft tissue swelling*.

Teknik Operasi

Incise yang digunakan adalah anterior *approach* (Smith-Petersen). Superficial *intermuscular plane* melalui otot Sartorius dan Tensor fascia lata. Profundal *intermuscular plane* melalui otot Rectus femoris dan Gluteus medius. Setelah kapsul sendi terlihat, tungkai di-positisikan adduksi dan eksternal rotasi, kemudian dilakukan *incise* pada kapsul sendi. Setelah *incise* kapsul, didapatkan destruksi dari permukaan

kartilago kaput femur dan acetabulum disertai jaringan kaseosa. Tidak didapatkan adanya pus. Tampak sublüksasi dari hip joint. Kemudian dilakukan biopsi dari jaringan pada kaput femur, dilanjutkan *debridement synovectomy*, dan irigasi dengan normal saline. Pada jaringan kapsul yang menebal dilakukan *excise*. Pasca *debridement*, dilakukan reposisi dari kaput femur dan fiksasi dengan K-wire untuk mempertahankan stabilitas sendi. Dilakukan penjahitan luka operasi lapis demi lapis tanpa *drainage*. Pasca operasi dilanjutkan pemasangan hemispica cast dan pemberian Obat Anti-Tuberculosis (OAT).

Hasil pemeriksaan Patologi Anatomi jaringan kaput femur dekstra didapatkan adanya radang *granulomatous tuberkulosa* dengan *Bacill Tahan Asam* (BTA) positif.



Gambar 3. Foto Rongtrent Pelvis AP pascaoperasi. Dilakukan fiksasi dengan *K-Wires* dan dipasang penyangga eksternal dengan hemispica.

Dari hasil kontrol poli rawat jalan, dilakukan pencabutan fiksasi K-wire 6 minggu pascaoperasi. Gips hemispica diganti secara berkala saat kontrol disertai

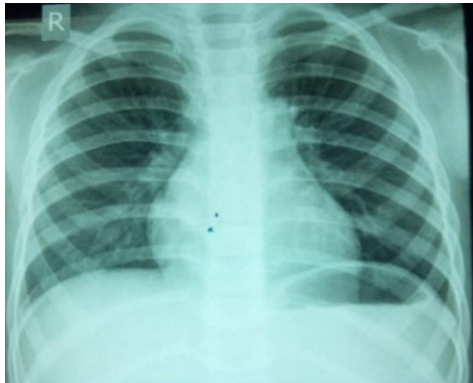
perawatan luka pascaoperasi. Dilakukan pelepasan hemispica 16 minggu pascaoperasi. Post pelepasan hemispica, pasien mulai mobilisasi berjalan. Hasil foto *rongtrent* menunjukkan adanya perbaikan. (Gambar 4).



Gambar 4. Foto Rongtrent Pelvis AP post pelepasan hemispica (13/02/2014). Masih tampak gambaran *bone destruction* pada metafisis os femur kanan. Masih tampak destruksi pada acetabulum kanan (dengan gambaran tepi yang mulai kabur). Tampak sublüksasi caput femoris kanan dengan fossa acetabulum yang mulai membaik. Trabekulasi tulang diluar lesi normal. Celah dan permukaan sendi masih tampak baik. Tidak tampak *soft tissue swelling*.

Pada bulan Oktober 2014 pasien selesai menjalani pengobatan TB. Telah dilakukan pemeriksaan pada X-Ray Thorax pada bulan kontrol sebelumnya dan tidak didapatkan adanya kelainan (Gambar 5). Hasil kontrol poli 3 bulan pasca lepas pengobatan TB menunjukkan perbaikan klinis yang bermakna. Pasien telah dapat menggerakkan sendi panggul sisi sebelah kanan secara bebas tanpa disertai rasa nyeri. Dari hasil pemeriksaan X-Ray, tidak didapatkan lagi adanya destruksi maupun

subluksasi sendi (Gambar 6). Hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan hasil neutropenia (2,85/36,7%) dan hipereosinofilia (0,152/196%), sedangkan jumlah leukosit masih dalam batas normal. Nilai laboratorium lainnya dalam batas normal.



Gambar 2. Foto Rontgen Thorax AP (25 Agustus 2014). Gambaran cor dan pulmo dalam batas normal. Tak tampak adanya proses spesifik.

Hasil pemantauan klinis terakhir (24 bulan pascaoperasi) seperti pada Gambar 7 didapatkan pasien telah mampu berjalan dan beraktivitas secara normal. Tidak didapatkan adanya tanda-tanda peradangan pada regio hip dekstra. Tampak luka bekas operasi pada regio inguinal dan hip dekstra. *Leg Length Discrepancy dalam batas normal.* ROM hip dekstra bebas.



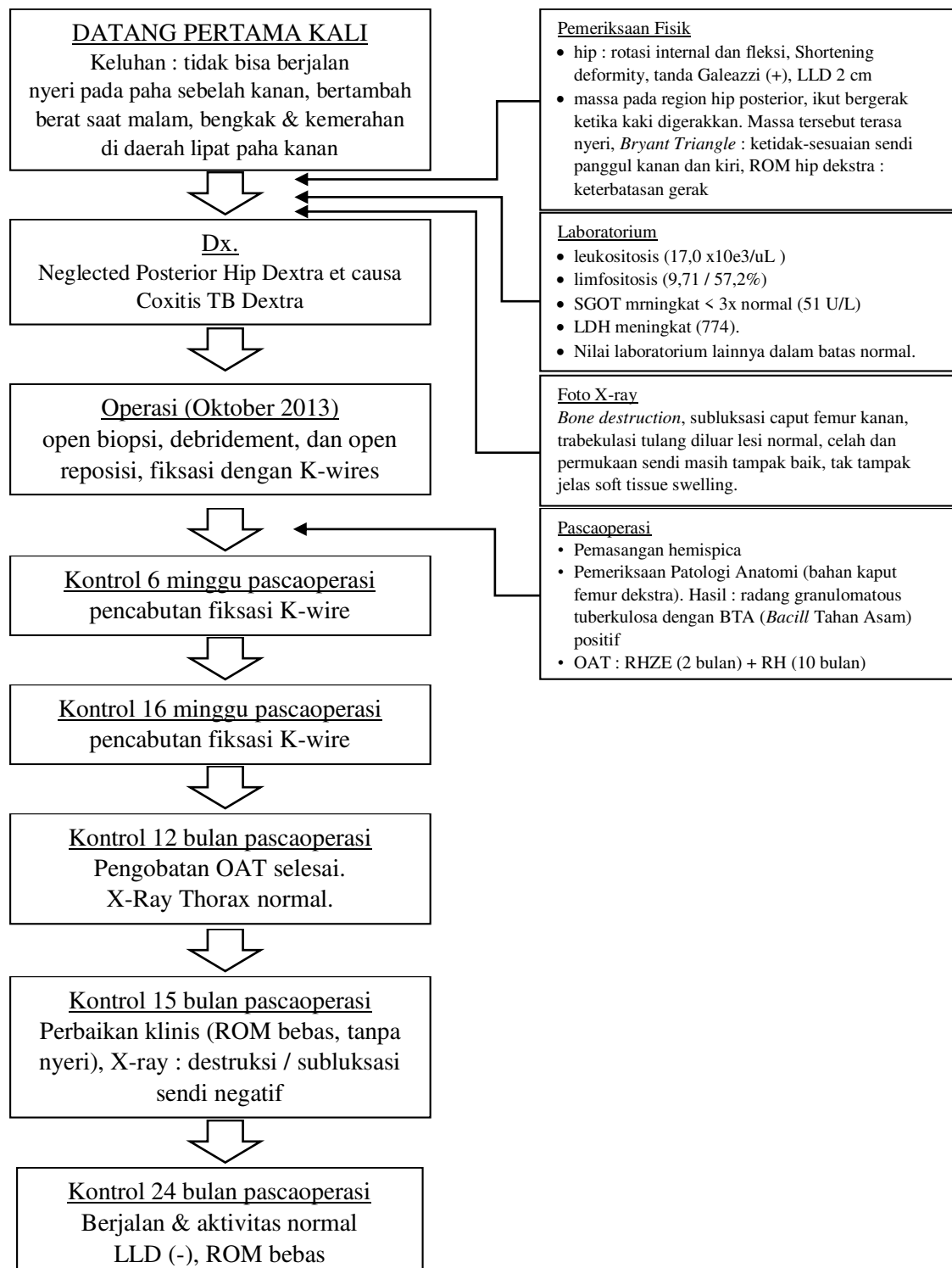
Gambar 3. Foto Rontgen Pelvis AP (7 Januari 2015). Tampak area destruksi pada metafisis sudah mulai mengecil, Sudah tidak didapatkan lagi gambaran subluksasi Caput femoris kanan dengan fossa acetabulum, Sudah tidak didapatkan gambaran destruksi pada acetabulum, Trabekulasi tulang diluar lesi normal.



Gambar 7. Foto klinis pasien (11/06/2015)

Resume pasien dapat dilihat pada Gambar 8 berikut:

RESUME PASIEN



Gambar 8. Resume perjalanan penyakit pasien mulai dari awal datang ke Rumah Sakit hingga penyakit membaik

DISKUSI

Coxitis TB merupakan salah satu TB osteoartikular pada articulation coxae akibat penyebaran oleh kuman *Mycobacterium Tuberculosis* dari suatu fokus infeksi primer di paru. (Gambar 9). Pada umumnya bersifat unilateral atau hanya mengenai satu sendi coxae. Pada pasien yang terkena pada kedua sendi, seringkali terjadi pada saat yang bersamaan.⁴

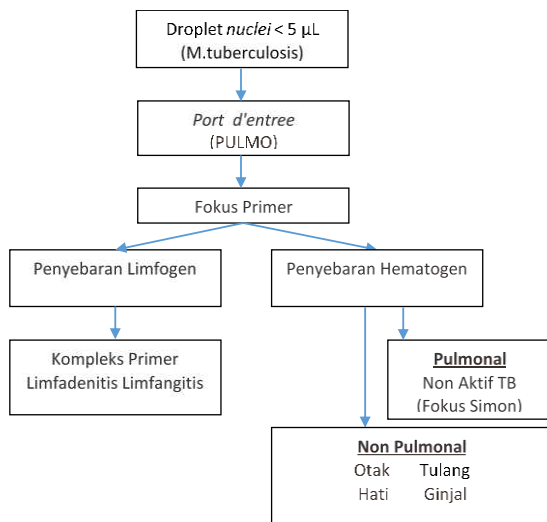
Paru merupakan *port d'entree* lebih dari 98% kasus infeksi TB. Meskipun tidak didapatkan adanya kelainan pada pemeriksaan fisik paru, tidak menutup kemungkinan terjadinya infeksi TB mengingat kuman TB memiliki kecenderungan bersarang di organ yang mempunyai vaskularisasi baik, paling sering di apeks paru. Pada umumnya, kuman di sarang tersebut tetap hidup, tetapi tidak aktif (tenang), dikenal sebagai *fokus Simon*, yang dikemudian hari dapat mengalami reaktivasi dan terjadi TB apeks paru saat dewasa.⁵ (Gambar 9).

Dari fokus tersebut, kemudian dapat menyebar secara limfogen maupun hematogen ke seluruh tubuh, yang pada kasus ini menyebar ke tulang dan sendi panggul. Penyebaran hematogen yang paling sering terjadi adalah dalam bentuk penyebaran hematogenik tersamar (*occult hematogenic spread*).⁵ Melalui cara ini, kuman TB menyebar secara sporadik dan

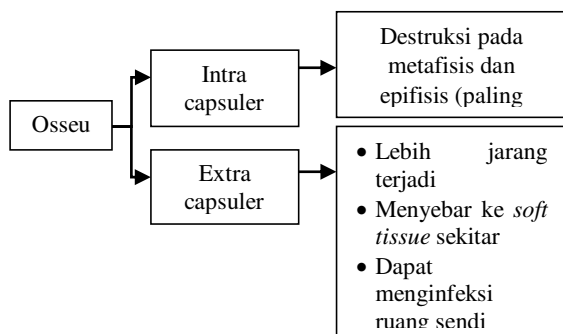
sedikit demi sedikit sehingga tidak menimbulkan gejala klinis. Pada kasus ini, gejala baru diketahui setelah anak mengalami trauma dan timbul manifestasi gangguan pada sendi panggul.

Melalui penyebaran hematogen, bakteri akan mencapai synovium dan tulang. Ketika mencapai synovium, akan menyebabkan membran sinovial menjadi oedem dan kongesti. Jaringan granulasi pada synovium dapat menyebar ke tulang dan menyebabkan necrosis subkondral, sekuestra, dan mungkin dapat menimbulkan *kissing lesion* pada sisi sendi lainnya.⁶

Infeksi pada tulang dapat terjadi baik pada intrakapsuler maupun ekstrakapsuler.⁵ (Gambar 10). Ketika infeksi melibatkan intraartikuler, maka progresivitas penyakit akan dengan cepat menyebar ke seluruh sendi. Infeksi pada ekstraartikuler pun dapat melibatkan sendi. *Cold abscess* yang biasanya terbentuk dapat menimbulkan perforasi pada kapsul sendi dan meluas ke area di sekitar sendi seperti *trigonum femorale*, aspek medial, lateral posterior paha, serta fossa ischiorectal.⁷



Gambar 9. Bagan pathogenesis penyebaran infeksi TB⁵



Gambar 10. Bagan pathogenesis coxitis pada region osseus⁵

Pasien biasanya datang dengan presentasi klinis nyeri, gangguan berjalan, dan keterbatasan gerak sendi. Beberapa gangguan sendi *hip* yang muncul dengan nyeri dan gangguan berjalan seperti transien sinovitis *hip*, penyakit *Legg – Calve - Perthes, osteomyelitis proximal femur*, injuri pada *hip*, arthritis akut pada anak, osteoid osteoma pada collum femur dengan keterlibatan sinovial, *sinovitis villonodular, rheumatoid arthritis, avascular necrosis caput femur, giant cell tumour proximal*

femur, dan lain sebagainya. Pemeriksaan penunjang seperti biopsi jaringan mampu membantu menyingkirkan penyebab lain tersebut.⁸

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan dalam menegakkan diagnosis pada kasus ini adalah melalui pemeriksaan laboratorium, X-Ray dan pemeriksaan histopatologi. *Golden standar* pemeriksaan TB adalah dengan pemeriksaan pengecatan BTA (Basil Tahan Asam) / AFB (*Acid Fast Bacilli*) dengan pewarnaan *Ziehl Neelsen*, pemeriksaan histopatologi dan PCR (*Polymerase Chain Reaction*).⁹ Pada kasus ini, didapatkan limfositosis dari pemeriksaan laboratorium, akan tetapi hasil interpretasi tersebut tidak spesifik. Temuan laboratoris pada Coxitis TB secara umum menunjukkan gambaran penyakit kronis seperti anemia ringan, sedangkan jumlah leukosit dapat normal atau meningkat.¹⁰ Pemeriksaan laju endap darah dan CRP hampir selalu meningkat pada kasus TB, namun pada kasus ini tidak didapatkan data. Hasil ini telah dapat dikonfirmasi dengan pengecatan BTA dengan ZN pada hasil biopsi.

Dari pemeriksaan radiologis, didapatkan gambaran *bone destruction* pada metafisis os Femur Dextra, disertai subluksasi caput femoris dextra dengan fossa acetabulum, trabekulasi tulang diluar lesi normal, celah dan permukaan sendi

masih tampak baik, tak tampak jelas *soft tissue swelling*. Babhulkar dan Pande memperkenalkan klasifikasi berdasarkan gambaran klinis dan radiologis coxitis TB dan membaginya menjadi 4 stadium (Tabel 1).^{7,11} Menurut klasifikasi tersebut, kasus ini termasuk dalam stadium 3/Arthritis, dengan pertimbangan didapatkan adanya fleksi, adduksi, rotasi internal, pemendekan dari gejala klinis dan terdapat lesi pada caput femoris disertai destruksi pada permukaan articular. Tuli menyarankan modifikasi klasifikasi tersebut. Sedangkan menurut Tuli (Tabel 2), kasus ini masuk dalam Arthritis Stadium Lanjut. Menurut Shanmugasundaram,^{12,13} (Gambar 11) tipe kelainan sendi panggul pada pasien ini adalah tipe 3 (*dislocating*). Pada tipe ini panggul mengalami dislokasi atau subluksasi karena kelenturan kapsul sendi dan hipertrofi sinovial.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Mohideen et al, menyebutkan bahwa gambaran radiologis dari presentasi awal dapat memprediksi *outcome* dari penyakitnya.¹⁴ Jika terjadi penyempitan ruang sendi kurang dari atau sama dengan 3 mm, maka prognosinya kurang baik.⁸ Pada kasus ini celah dan permukaan sendi masih tampak baik, sehingga prognosinya masih baik.

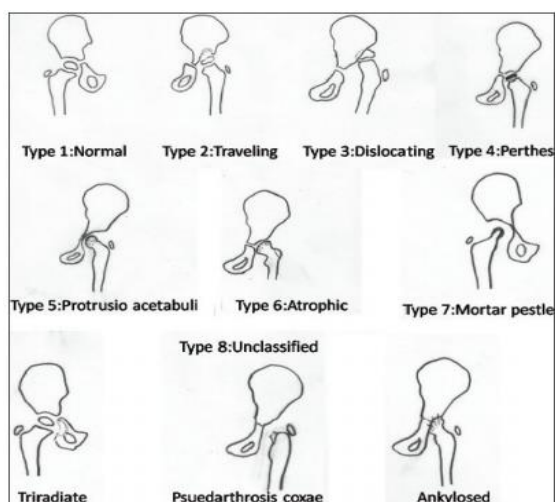
Tabel 1. Klasifikasi coxitis TB berdasarkan gambaran klinis dan gambaran radiologis (Babhulkar dan Pande)¹¹

Stadium	Gambaran Klinis	Gambaran Radiologi
Stadium 1 Sinovitis	Fleksi, abduksi, rotasi eksternal, <i>apparent lengthening</i>	<i>Haziness, rarefaction</i>
Stadium 2 Arthritis awal	Fleksi, aduksi, rotasi internal, pemendekan.	Rarefaction, osteopenia, lesi tulang pada caput femur, asetabulum atau keduanya. Tidak ada pengurangan ruang sendi.
Stadium 3 Arthritis	Fleksi, aduksi, rotasi internal, pemendekan.	Sesuai dengan kriteria pada stadium 2, terdapat destruksi pada permukaan articular, ada pengurangan ruang sendi.
Stadium 4 Arthritis Lanjut	Fleksi, aduksi, rotasi internal dengan pemendekan yang masif.	Destruksi komplet, tidak ada ruang sendi, penyimpangan acetabulum.

Tabel 2. Klasifikasi Tuli tentang perjalanan alamiah TB Arthritis⁷

Stadium	Gambaran Klinis	Gambaran Radiologi	Terapi
Sinovitis	Pembengkakan jaringan lunak. 75% masih bisa melakukan pergerakan sendi.	Pembengkakan jaringan lunak. Osteopenia.	Kemoterapi Istirahat. ROM. Gips
Arthritis Awal	Pembengkakan jaringan lunak. Kehilangan pergerakan sendi sekitar 25-50%.	Pembengkakan jaringan lunak. Erosi sendi marginal Pengurangan ruang sendi.	Kemoterapi Istirahat. ROM. Gips Synovectomy

Arthritis stadium lanjut	75% mengalami kehilangan pergerakan sendi	Erosi marginal Kista. Hilangnya ruang sendi secara signifikan.	Kemoterapi Osteotomi Artrodesis Artroplasti
Arthritis stadium lanjut dengan subluksasi/dislokasi	75% mengalami kehilangan pergerakan sendi. Subluksasi atau dislokasi.	Destruksi sendi.	Kemoterapi Osteotomi Artrodesis Artroplasti



Gambar 11. Diagram kelainan sendi panggul menurut Shanmugasundara.¹³

Terapi pada TB extra-pulmonal memiliki prinsip dasar yang sama dengan terapi pada TB pulmonal.¹⁵ Obat anti-TB adalah pilar dari manajemen TB extra-pulmonal.^{15,16} Menurut Tuli *et al* (Tabel 2), tatalaksana yang disarankan pada *Arthritis Stadium Lanjut* meliputi kemoterapi, osteotomi, arthrodesis, artroplasti. Pada pasien ini dilakukan reposisi terbuka (*Anterior Smith-Petersen Approach*). Kemudian dilakukan debridement untuk membuang jaringan kaseosa pada caput

femoral dan jaringan kartilago. Lalu dilakukan fiksasi dengan K-wires dan dipasang penyangga eksternal dengan hemispica. Tindakan *debridement synovektomi* diperlukan pada 30 % kasus yang tidak berespon pada terapi konservatif. Kelebihan dari *approach* ini yaitu:¹⁷

- Diseksi secara superficial maupun profundal dilakukan melalui *internervous planes*.
- Memudahkan dalam visualisasi dari kolumna anterior dan dinding medial dari acetabulum sehingga dapat memudahkan operator terutama dalam kasus-kasus dislokasi panggul kongenital dan Dysplasia Acetabulum.
- Menghindari terjadinya kerusakan mekanisme abduktor sehingga menghindari komplikasi gangguan berjalan pascaoperasi.

Kekurangan dari *approach* ini yaitu :¹⁷

- Operator dapat mengalami kesulitan jika ingin mengidentifikasi kolumna acetabulum dan *anal femoral medullary*.
- Insisi kulitnya tidak sejenis dengan plane dari *intramuscular interval*.

Pemberian kemoterapi yang efektif dan diagnosis dini berperan penting dalam menyelamatkan fungsi sendi.⁶ Wang *et al* menyarankan kombinasi dari terapi OAT selama minimal 2 bulan sebelum operasi dan dilanjutkan dengan minimal 12 bulan setelah operasi.¹⁸ Prinsip dasar terapi TB pada anak yang disarankan Depkes - IDAI adalah minimal 3 jenis obat (Rifampizin, Pirazinamid, Isoniazid) dalam jangka waktu relatif lama (6-12 bulan), meliputi fase intensif (2 bulan pertama) dan sisanya

sebagai fase lanjutan.¹⁹ Pada kasus TB ekstrapulmonal, fase intensif diberikan Rifampisin, Isoniazid, Pirazinamid, dan Ethambutol atau Streptomycine, sedangkan fase lanjutan hanya diberikan Rifampisin dan Isoniazid saja. Pada kasus ini pasien mendapat terapi fase intensif selama 2 bulan dan fase lanjutan selama 10 bulan. Dosis yang diberikan sesuai dengan Tabel 3. Pemberian OAT telah dimulai 2 minggu sebelum operasi dilakukan untuk mencegah penyebaran sistemik.

Tabel 3. Dosis Obat Anti Tuberkulosis (OAT).¹⁹

Nama Obat	Dosis harian (mg/kgBB /hari)	Dosis maksimal (mg/kgBB/hari)
Rifampicin (R)	10 - 20	600
Isoniazid (H)	5 - 15	300
Pirazinamid (Z)	15 - 30	2000
Etambutol (E)	15 - 20	1250
Streptomisin (S)	15 - 40	1000

Sebagai tambahan dari terapi farmakologis, Moon *et al* merekomendasikan pemasangan traksi, terutama skeletal traksi pre operatif.⁶ *Weight bearing* sedini mungkin disarankan segera setelah pasien mampu mentolerir nyeri.⁸

Keberhasilan pengobatan tergantung dari stadium coxitis pada saat terdiagnosa. Campbell dan Hoffman mengobservasi terdapat hubungan antara tipe gambaran lesi radiologi dan keberhasilan tata laksana.²⁰

Hasil pengobatan dengan tingkat keberhasilan baik untuk tipe normal dan tipe Perthes, sedangkan *traveling acetabulum*, *dislocation*, *mortar and pestle type* menunjukkan prognosis buruk. Pada kasus ini, pasien tetap memiliki *residual deformity* sesudah dilakukan penanganan

KESIMPULAN DAN SARAN

TB coxitis memiliki gejala yang menyerupai infeksi panggul lainnya yang berakibat sulit untuk terdeteksi secara dini sehingga dapat terjadi keterlambatan diagnosa serta melakukan tatalaksana. Diagnosa coxitis TB ditegakkan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. *Golden standard* dalam penegakan diagnosa adalah melalui pemeriksaan kultur kuman *M.tuberculosis*, pengecatan BTA dengan ZH dan PCR. Di negara berkembang seperti negara Indonesia, yang aplikatif digunakan oleh ahli orthopaedi adalah dengan melihat riwayat penyakit, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan radiologi. Pemeriksaan laboratorium tidak dapat menunjukkan penyakit secara spesifik dibandingkan radiologis. Lalu, dikonfirmasi dengan pemeriksaan biopsi jaringan atau pengecatan BTA. Tatalaksana coxitis TB meliputi tatalaksana umum, pemberian OAT, dan operatif. OAT diberikan sesuai dosis baik sebelum maupun setelah menjalani operasi.

Tatalaksana operasi ditujukan sebagai upaya debridement, biopsi jaringan dan reposisi deformitas yang mungkin ditimbulkan. Tingkat keberhasilan terapi dikaitkan dengan stadium tipe gambaran radiologi coxitis TB.

REFERENSI

- Sharma D, Dhiman P, Rajendiran S, Ravikumar N, Krishna MH. Osteoarticular tuberculosis: in search of new biomarkers. *Eur Orthop Traumatol*. 2015;6(3):195-200.
- Kulchavenya E. Extrapulmonary tuberculosis: Are statistical reports accurate? *Ther Adv Infect Dis*. 2014;2(2):61-70.
- Vijay PG, Joseph M V. Retrospective Analysis of Varied Clinical Presentations and Delayed Diagnosis in Tuberculosis affection of Extremities. *J Orthop case reports*. 2012;2(3):12-16.
- Thijn CJP, Steensma JT. *Tuberculosis of the Skeleton: Focus on Radiology*. Springer Science & Business Media; 2012.
<https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=YA3HBAAAQBAJ&pgis=1>. Accessed October 24, 2015.
- Kementrian Kesehatan RI. *Petunjuk Teknis Manajemen TB Anak*. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2013.
- Moon Y-W, Kim S-S, Moon M-S, Lee S-R, Moon S-I, Moon J-L. Tuberculosis of hip in children: A retrospective analysis. *Indian J Orthop*. 2012;46(2):191.
- Tuli SM. *Tuberculosis of the Skeletal System (Bones, Joints, Spine and Bursal Sheaths)*. 4th ed. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers Pvt. Ltd; 2010.
- Saraf SK, Tuli SM. Tuberculosis of hip: A current concept review. *J Orthop*. 2015;49(1):1-9.
- Deshmukh A, Deo S, Salgia AK, Agarwal T. A Rare unusual case presentation of the Tuberculosis of the Shoulder Joint. *J Orthop Case Reports*. 2013;3(4):25-29.
- Copley LAB, Herring JA. Infections of the Musculoskeletal System. In: Herring JA, ed. *Tachdjian's Pediatric Orthopaedics*. 5th ed. Philadelphia: Elsevier; 2014:1057-1061.
- Babhulkar S, Pande S. Tuberculosis of the hip. *Clin Orthop Relat Res*. 2002;(398):93-99.
- Shanmugasundaram TK. Tuberculosis of spine. *Indian J Tuberc*. 1982.
- Agarwal A, Gupta N, Suri T, et al. Tuberculosis of the hip in children a retrospective analysis of 27 patients. *Indian J Orthop*. 2014;48(5):463.
- Mohideen M, Rasool M. Tuberculosis of the hip joint region in children. *South Africa Orthop J*. 2013;12(1):38-43.
- Sia IG, Wieland ML. Current concepts in the management of tuberculosis. *Mayo Clin Proc*. 2011;86(4):348-361.
- Lee JY. Diagnosis and Treatment of Extrapulmonary Tuberculosis. *Tuberc Respir Dis*. 2015;3536:47-55.
- Schwend R. Anterior Drainage of the Septic Hip in Children. In: Wiesel SW, ed. *Operative Technique in Orthopaedic Surgery*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012:1511-1516.
- Wang Y, Wang J, Xu Z, Li Y, Wang H. Total hip arthroplasty for active tuberculosis of the hip. *Int Orthop*. 2010;34(8):1111-1114.
- Kelompok Kerja DEPKES RI - IDAI. *Diagnosis Dan Tatalaksana Tuberkulosis Anak*. Jakarta: DEPKES - IDAI; 2008.
- Campbell JAB, Hoffman EB. Tuberculosis of the hip in children. *J Bone Jt Surg - Ser B*. 1995;77(2):319-326.