

Total Abdominal Histerektomi dan Bilateral Salpingo Ooforektomi pada Mioma Uteri: Sebuah Laporan Kasus

Izzia Gustiari, Norman Ahmad Riyandi, Armansyah Harahap

Rumah Sakit Umum Daerah Cut Nyak Dhien Meulaboh, Aceh Barat

ABSTRAK

Kata Kunci:

*Mioma uteri,
Tumor jinak,
Histerektomi*

Latar Belakang. Mioma uteri atau fibroid uterus adalah tumor jinak sel otot polos rahim. Tumor ini memiliki batas tegas dan terdiri dari sel jaringan otot polos, fibroid, dan kolagen. Angka kejadian mioma uteri pada wanita usia subur adalah 25–40%, dan pada masa pramenopause mencapai 50-70%. Gejala yang timbul tergantung lokasi, ukuran, perubahan dan komplikasi yang terjadi akibat mioma.

Kasus. Laporan ini menunjukkan wanita usia 46 tahun dengan nyeri perut disertai benjolan di perut semakin membesar. Pemeriksaan fisik perut tampak distensi, umbilical menonjol, teraba massa permukaan bulat berbatas tegas, konsistensi padat dan keras, imobile, nyeri tekan ada. Hasil pemeriksaan ultrasonografi tampak massa hyperechoic intra uterine kesan mioma uteri.

Pembahasan. Dilakukan tindakan operatif yaitu Total Abdominal Histerektomi (TAH) dan Bilateral Salpingo Ooforektomi (BSO), diambil massa mioma dengan berat 3,6 kg disertai pengangkatan uterus, serviks, kedua tuba falopi dan ovarium. Selama operasi maupun setelah operasi tidak ditemukan adanya komplikasi.

Korespondensi: iizziaagustiari@gmail.com (Izzia Gustiari)

ABSTRACT

Keywords:

Uterine myoma,
Benign tumor,
Histerectomy

Background. Uterine myomas or uterine fibroids are benign tumors of the uterine muscle cells. These tumors have a definite boundary and consist of the cells of the muscle tissue, fibroid, and collagen. The incidence of uterine fibroids in women of childbearing age is 25–40%, and at the time of premenopause reaches 50-70%. The symptoms that occur depend on the location, size, changes and complications that occur as a result of the fibroid.

Case. This report shows a 46 – year – old women with abdominal pain accompanied by lumps in the abdomen are increasing. The physical examination of the abdomen appears dense, umbilical pronounced, the mass of the round surface is bordered tightly, the consistency is tight and hard, immobile, tenderness in the abdomen. The results of ultrasound examination showed intra-uterine hyperechoic mass, impression uterine myoma.

Discussion. Total Abdominal Histerectomy (TAH) and Bilateral Salpingo Ooforektomy (BSO) were performed, taking a 3.6 kg mass of myoma along with the removal of the uterus, cervix, both the fallopian tubes and the ovaries. No complications were found during or after the surgery.

PENDAHULUAN

Tumor merupakan jaringan baru yang tubuh akibat pengaruh berbagai faktor penyebab yang menyebabkan jaringan setempat pada tingkat gen hilang kendali atas pertumbuhan normalnya. Mioma uteri adalah tumor jinak sel otot polos rahim. Mioma berwarna lebih pucat, relatif bulat, kenyal, berdinging licin, dan apabila dibelah bagian dalamnya akan menonjol keluar sehingga mengesankan bahwa permukaan luarnya adalah kapsul.¹

Etiologi pasti yang mendasari mioma uteri belum diketahui. Selama fase sekretorik, siklus menstruasi dan kehamilan, jumlah reseptor estrogen di miometrium normal berkurang. Mioma uteri merupakan tumor ginekologi jinak yang paling umum ditemukan. Mioma umumnya berupa tumor melingkar yang berbatas tegas dan telah ditemukan pada 70-80% wanita sebelum atau pada saat menopause. Prevalensi meningkat dengan bertambahnya usia, dan meskipun jarang dilaporkan pada remaja, etiologi pasti dari leiomioma tidak dipahami dengan jelas. Sejumlah faktor risiko telah

terlibat.^{2,3}

Angka kejadian mioma uteri pada wanita usia subur adalah 25–40%, dan pada masa pramenopause mencapai 50-70%. Prevalensi sebenarnya dari mioma uteri belum diketahui dengan pasti. Hal ini berkaitan dengan perjalanan penyakit yang asimtomatik pada 25% wanita.² Mioma uteri menjadi penyakit ginekologi yang menjadi alasan seseorang harus menjalani histerektomi (30%), dimana hal tersebut menjadikannya operasi kebidanan dan kandungan terbanyak kedua setelah operasi caesar. Mioma uteri tidak terjadi pada usia prapubertas, namun dapat berkembang pada usia remaja.⁴

Mioma uteri umumnya ditemukan pada wanita usia reproduksi dan tidak diamati pada gadis pra-puber, sehingga menunjukkan asal tumor yang tergantung pada perubahan hormonal. Penelitian menunjukkan beberapa faktor yang berhubungan dengan kejadian mioma yang lebih tinggi, tetapi datanya tidak konsisten dan bertentangan. Faktor yang meningkatkan kejadian mioma uteri dan ini adalah: ras kulit hitam, peningkatan indeks massa tubuh (IMT), usia, status premenopause, hipertensi,

riwayat keluarga yang positif, waktu berlalu sejak tenaga kerja terakhir, konsumsi bahan tambahan makanan, dan susu kedelai.⁵

Anamnesis dan pemeriksaan fisik mencakup riwayat menstruasi menyeluruh untuk menentukan waktu, jumlah, dan faktor-faktor yang berpotensi memperparah perdarahan abnormal. Gejala umum yang muncul meliputi metroragia, menoragia, atau kombinasi keduanya. Gejala yang kurang umum adalah disporeunia, nyeri panggul, masalah usus, gejala saluran kemih, atau tanda dan gejala yang berhubungan dengan anemia. Sebagian besar gejala yang lebih jarang terjadi merupakan cerminan dari efek massa yang dihasilkan oleh leiomioma pada struktur di sekitarnya.⁶

Pasien mungkin juga tidak menunjukkan gejala sama sekali karena ditemukannya fibroid secara tidak sengaja pada pencitraan, seperti pemeriksaan ultrasonografi (USG). Keputusan untuk memilih tatalaksana pasien dengan mioma uteri harus memperhatikan usia pasien, gejala yang muncul, dan keinginan untuk mempertahankan kesuburan. Lokasi dan ukuran fibroid akan menentukan pilihan pengobatan yang tersedia. Pilihan penatalaksanaan dapat dibagi menjadi tiga kategori, mulai dari pengawasan hingga penatalaksanaan medis atau terapi bedah dengan semakin parahnya gejala.⁶⁻⁸

Laporan kasus ini membahas tentang diagnosis dan tatalaksana secara operatif pada pasien dengan mioma uteri.

DESKRIPSI KASUS

Seorang wanita usia 46 tahun datang ke Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Cut Nyak Dhien Meulaboh dengan keluhan nyeri perut yang dirasakan sejak seminggu dan memberat dua hari terakhir. Nyeri dominan perut terasa di bagian bawah yang menjalar hingga ke pinggang dan dirasakan hilang timbul. Pasien juga mengeluhkan benjolan pada perut yang semakin lama makin membesar sejak 9 bulan sebelum masuk rumah sakit. Pasien sudah tiga bulan tidak mengalami menstruasi dan tidak ada keputihan yang berlebihan. Pasien juga merasakan sulit buang air besar. Buang air kecil masih ancar.

Pasien mengalami menarche pertama kali pada usia 13 tahun, siklus menstruasi teratur 4 – 5 hari berlangsung 28 hari.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan tanda vital berupa tekanan darah 134/83 mmHg, nadi 87x/l, respirasi 20x/i, dan suhu 36,6°C. Dari inspeksi abdomen tampak distensi dinding abdomen, umbilikus tampak menonjol. Pada palpasi teraba massa, permukaan bulat berbatas tegas, konsistensi padat dan keras, imobile, nyeri tekan ada (gambar 1). Hasil pengukuran indeks massa tubuh 26,6 kg/m³ (obesitas tipe 1).

Pada pemeriksaan penunjang yaitu hasil laboratorium didapatkan leukosit 7,6 x 10³/μL, eritrosit 4,3 x 10⁶/μL, hemoglobin 11,2 gr/dL, trombosit 280 x 10³/μL, gula darah sewaktu 117 mg/dL. Pemeriksaan ultrasonografi tampak massa hyperechoic intra uterine kesan mioma uteri (gambar 2). Pasien dilakukan tindakan Total Abdominal Histerektomi (TAH) dan Bilateral Salpingo Ooforektomi (BSO), diambil massa mioma dengan berat 3,6 kg disertai pengangkatan uterus, serviks, kedua tuba falopi dan ovarium (gambar 3 dan 4). Selama operasi maupun setelah operasi tidak ditemukan adanya komplikasi. Pasien dipulangkan setelah dirawat selama tiga hari.



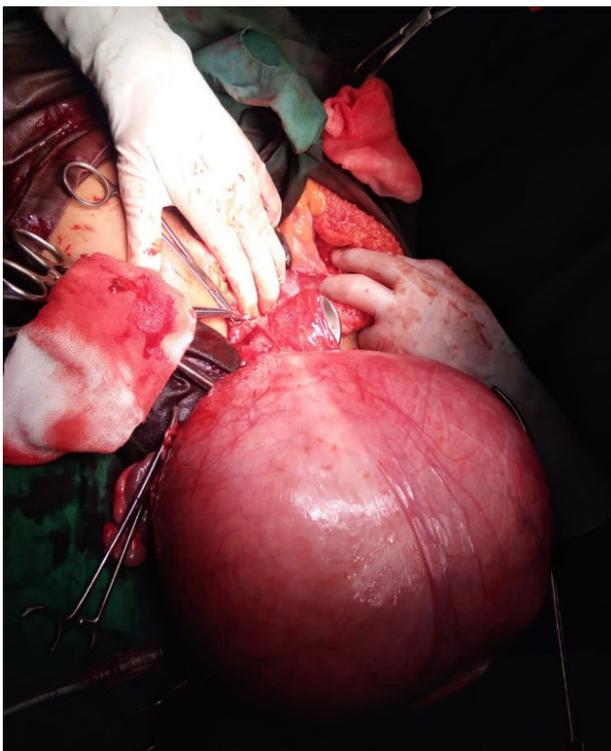
Gambar 1. Klinis abdomen pasien



Gambar 2. Hasil pemeriksaan ultrasonografi



Gambar 4. Makroskopik Mioma Uteri



Gambar 3. Inspeksi Mioma Uteri

PEMBAHASAN

Mioma uteri adalah tumor jinak sel otot polos rahim. Tumor ini memiliki batas tegas dan terdiri dari sel jaringan otot polos, fibroid, dan kolagen.¹ Pasien dalam kasus ini merupakan perempuan berusia >40 tahun dengan nyeri pada perut yang disertai dengan perut semakin membesar. Gejala yang timbul tergantung lokasi, ukuran, perubahan dan komplikasi yang terjadi akibat mioma. Keluhan yang sering ditemukan adalah nyeri panggul dan gejala yang berhubungan dengan kompresi oleh tumor, seperti frekuensi kencing atau urgensi. Perdarahan abnormal dapat terjadi apabila terjadi atrofi endometrium di atas mioma submukosum, dan miometrium tidak dapat berkontraksi optimal.¹

Pasien dalam kasus ini memiliki IMT >25 yang menunjukkan bahwa pasien mengalami obesitas I. Hubungan antara obesitas dengan pertumbuhan mioma belum masih menunjukkan hasil yang inkonsisten. Beberapa data epidemiologis menunjukkan adanya peningkatan risiko pada individu yang mengalami resistensi insulin, misalnya pasien obesitas dan diabetes mellitus.⁷ Resistensi insulin ini dipercaya berperan dalam terjadinya

mioma yang terjadi pada wanita obesitas. Mioma uteri merupakan dampak dari pertumbuhan jaringan otot polos rahim atau miometrium yang tidak tepat. Pertumbuhan uterus bergantung pada kadar estrogen dan progesteron, meskipun patofisiologi yang mendasarinya tidak pasti.⁹

Pemeriksaan USG mengarahkan pada diagnosis mioma uteri. Ultrasonografi (USG) merupakan pemeriksaan pencitraan lini pertama pada dugaan fibroid. Pemeriksaan ini menunjukkan sensitivitas dan spesifisitas yang tinggi. Pemindaian ultrasonografi dapat dilakukan secara transvaginal (TVS) atau transabdominal (TAS). Kedua pemindaian tersebut memiliki kelebihan dan kekurangan, namun sonografi transvaginal secara umum lebih unggul dibandingkan sonografi transabdominal dalam sebagian besar kasus patologi panggul. Leiomioma dapat tampak sebagai massa berbatas tegas, padat, konsentris, hipoekoik yang menyebabkan sejumlah bayangan akustik.¹⁰

Diagnosis banding penting dilakukan selama pemeriksaan mioma. Beberapa patologi yang paling sering salah didiagnosis adalah adenomiosis, tumor padat adneksa, dan polip endometrium. Kesalahan diagnosis leiomyosarcoma memiliki dampak paling negatif, dimana gejala yang muncul sangat mirip dengan leiomyoma jinak, dan tidak ada teknik pencitraan panggul yang dapat membedakan patologi tersebut dengan pasti.⁶ Pemeriksaan MRI dan CT scan mungkin dapat membantu dalam diagnosis leiomioma uterus, meskipun pemeriksaan ultrasonografi merupakan tes pencitraan dasar yang memastikan adanya leiomioma, sehingga dapat membedakan mioma dengan adenomiosis, polip endometrium, tumor ovarium, dan kehamilan.⁹

Penatalaksanaan mioma uteri secara garis besar dibagi menjadi tata laksana obat-obatan, tata laksana pembedahan, dan alternatif nonbedah. Selain itu, tata laksana ekspektan juga sering kali dipilih pada pasien-pasien asimtomatik atau dengan mioma berukuran kecil. Penanganan mioma uteri lini pertama biasanya terbatas pada tata laksana obat-obatan karena gejala yang biasanya ringan. Penanganan harus dibedakan menjadi penanganan

etiologis dan simtomatis. Analgesik dapat diberikan untuk manajemen nyeri pasien. Umumnya, analgesik yang digunakan adalah golongan antiinflamasi nonsteroid, misalnya naproxen 500 mg dua kali sehari, bila dibutuhkan.¹¹

Strategi utama dalam penanganan mioma uteri adalah intervensi bedah. Tindakan-tindakan yang paling sering dilakukan di antaranya yaitu histerektomi, miomektomi laparoskopik, dan miomektomi histeroskopik. Selain itu, metode minimal invasif menggunakan embolisasi arteri uteri dan ablasi mioma uterus juga mulai dikembangkan sebagai tata laksana mioma uteri. Histerektomi merupakan penanganan radikal dan definitif, khususnya untuk pasien yang sudah tidak berharap memiliki anak, atau wanita-wanita berusia 40-50 tahun.^{12,13}

Dalam kasus ini, pasien menjalani total abdominal hysterectomy bilateral salpingo oophorectomy. Histerektomi merupakan tindakan pengangkatan rahim dan leher rahim, dimana total abdomen merupakan teknik bedah yang akan digunakan. Operasi ini dilakukan dilakukan melalui sayatan abdomen. Salpingo-ooforektomi bilateral merupakan operasi untuk mengangkat kedua ovarium dan saluran tuba. Histerektomi dan salpingo-ooforektomi bilateral akan dilakukan dalam satu tindakan. Operasi ini akan mengangkat rahim, leher rahim, ovarium, dan saluran tuba.¹⁴

Penelitian menunjukkan bahwa usia pada saat histerektomi merupakan prediktor kuat untuk menjalani BSO. Hal ini dimaksudkan karena BSO paling jarang terjadi pada wanita di bawah usia 40 tahun karena potensi dampak buruk dari menopause dini akibat pembedahan. Pedoman *American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)* menegaskan pendekatan ini terhadap BSO dengan menyatakan status pramenopause akan mendukung pelestarian ovarium dan status pascamenopause akan mendukung BSO.¹⁵

Penelitian menunjukkan bahwa BSO masih merupakan tindakan umum pada wanita pramenopause yang disertai dengan histerektomi untuk kondisi jinak pada 40% wanita berusia 40-44

Tabel 1. Ringkasan perjalanan penyakit pasien

Tanggal	Riwayat Penyakit dan Intervensi	
21/02/2023	<p>S/ Pasien datang ke IGD RSUD Cut Nyak Dhien dengan keluhan nyeri perut disertai benjolan perut semakin membesar,</p> <p>O/ Sens : E4M6V5 TD 134/83 mmHg; HR 87 x/m; RR 20 x/m; T 36,6 °C; Spo2 99% room air Abdomen: distensi dinding abdomen, umbilical menonjol, teraba massa, permukaan bulat berbatas tegas, konsistensi padat dan keras, imobile, nyeri tekan ada</p> <p>A/ P1A0 + Mioma Uteri</p>	<p>USG Tampak massa hyperechoic intra uterine kesan mioma uteri</p> <p>Laboratorium Leukosit $7,6 \times 10^3/\mu\text{L}$, Eritrosit $4,3 \times 10^6/\mu\text{L}$, Hemoglobin 11,2 gr/dL, Trombosit $280 \times 10^3/\mu\text{L}$, GDS 117 mg/dL</p> <p>Terapi</p> <ul style="list-style-type: none"> - IVFD RL 20 gtt - Inj ranitidine 50 mg/12 jam/IV - Inj ketorolac 30 mg/8 jam/IV - Puasakan pasien
22/02/2023	<p>S/ bejolan perut semakin membesar</p> <p>O/ Sens : E4M6V5 TD 120/80 mmHg; HR 81 x/m; RR 20 x/m; T 36,7 °C; Spo2 99% room air</p> <p>A/ P1A0 + Mioma Uteri</p>	<p>Terapi</p> <ul style="list-style-type: none"> - IVFD RL 20 gtt - Inj. Ceftriaxone 1 gr/ 12jam/IV - Inj ranitidine 50 mg/12 jam/IV - Inj ketorolac 30 mg/8 jam/IV <p>Dilakukan TAH dan BSO pukul 10.30 WIB</p>
23/02/2023	<p>S/ nyeri bekas operasi, pendarahan pervaginam sedikit, belum BAB, kentut ada, BAK terpasang kateter</p> <p>O/ Sens : E4M6V5 TD 115/89 mmHg; HR 84 x/m; RR 20 x/m; T 36,8 °C; Spo2 99% room air</p> <p>A/ P2A0 + post op TAH dan BSO H1 a/I Mioma Uteri</p>	<p>Terapi</p> <ul style="list-style-type: none"> - IVFD RL 20 gtt - Inj. Ceftriaxone 1 gr/ 12jam/IV - Inj ranitidine 50 mg/12 jam/IV - Inj ketorolac 30 mg/8 jam/IV
24/02/2023	<p>S/ nyeri bekas operasi, pendarahan pervaginam sedikit, BAB ada dan BAK lancar</p> <p>O/ Sens : E4M6V5 TD 125/90 mmHg; HR 78 x/m; RR 20 x/m; T 36,6 °C; Spo2 99% room air</p> <p>A/ P2A0 + post op TAH dan BSO H2 a/I Mioma Uteri</p>	<p>Terapi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cefadroxil 2x500 mg tab - Meloxicam 2x15 mg tab - Inbion 2x1 tab - Pasien boleh pulang - Kontrol ulang ke poli

tahun dan 63% wanita usia 45–49 tahun. Angka ini mencerminkan ketidakpastian mengenai rasio risiko / manfaat BSO bagi wanita pramenopause. Mayoritas wanita pascamenopause menjalani BSO (78% pada usia 50–54 tahun, 68% pada usia >55 tahun) karena ovarium umumnya tidak produktif lagi. Namun, beberapa penelitian menunjukkan produksi estrogen dan testosteron yang berkelanjutan pada wanita pascamenopause dan hormon-hormon ini mungkin berhubungan dengan fungsi seksual pada wanita yang lebih tua.¹⁵

KESIMPULAN

Mioma uteri adalah tumor jinak sel otot polos rahim. Tumor ini memiliki batas tegas dan terdiri dari sel jaringan otot polos, fibroid, dan kolagen. Penatalaksanaan mioma uteri secara garis besar dibagi menjadi tatalaksana obat – obatan atau konservatif, tata laksana pembedahan, dan alternatif non bedah. Pada kasus ini dilakukan tatalaksana secara konservatif dan operatif yaitu total abdominal histerektomi dan bilateral salpingo ooforektomi sesuai indikasi telah mendapatkan hasil yang baik.

DAFTAR PUSTAKA

1. Statnykh N V, Padrul MM, Olina AA, Sadykova GK, Chugaeva TN, Shirinkina E V. Uterine myoma guidelines. 2021;
2. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020 : GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. Vol. 71. 2021.
3. Balungwe S, Maroyi R, Joyeux M, Omari M, Philemon M, Olivier N. Epidemiological aspects of uterine myomas among nulligest women at the general reference hospital of Panzi in Democratic Republic of the Congo. *Int J Reprod Contraception, Obstet Gynecol.* 2021;10(5):1759–63.
4. Tseng J-J, Huang C-C, Chiang H-Y, Chen Y-H, Lin C-H. Prior uterine myoma and risk of ovarian cancer: a population-based case-control study. *J Gynecol Oncol.* 2019;30(5).
5. Gofur NRP, Gofur AR, Soesilaningtyas GA, Kahdina M, Putri HM. Uterine myoma, risk factor and pathophysiology: a review article. *Clin Onco.* 2021;4(3):1–4.
6. Laberge P-Y, Murji A, Vilos GA, Allaire C, Leyland N. Guideline no. 389-medical management of symptomatic uterine leiomyomas—an addendum. *J Obstet Gynaecol Canada.* 2019;41(10):1521–4.
7. Dolmans M, Donnez J, Fellah L. Uterine fibroid management: Today and tomorrow. *J Obstet Gynaecol Res.* 2019;45(7):1222–9.
8. Amoah A, Joseph N, Reap S, Quinn SD. Appraisal of national and international uterine fibroid management guidelines: a systematic review. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2022;129(3):356–64.
9. Ahmad A, Kumar M, Bhoi NR, Badruddeen, Akhtar J, Khan MI, et al. Diagnosis and management of uterine fibroids: current trends and future strategies. *J Basic Clin Physiol Pharmacol.* 2023;34(3):291–310.
10. Russo C, Camilli S, Martire FG, Di Giovanni A, Lazzeri L, Malzoni M, et al. Ultrasound features of highly vascularized uterine myomas (uterine smooth muscle tumors) and correlation with histopathology. *Ultrasound Obstet Gynecol* [Internet]. 1 Agustus 2022;60(2):269–76. Tersedia pada: <https://doi.org/10.1002/uog.24855>
11. Giuliani E, As-Sanie S, Marsh EE. Epidemiology and management of uterine fibroids. *Int J Gynecol Obstet.* 2020;149(1):3–9.
12. Fatkullin IF, Orlov Y V, Fatkullin FI. Modern approaches to the management of pregnancy in uterine myoma. *Med Her South Russ.* 2023;14(2):44–51.
13. Lazaridis A, Hirsch M, Pistofidis G, Odejinmi F. Surgical management of uterine fibroids. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2023;35(5):440–5.

14. Cusimano MC, Moineddin R, Chiu M, Ferguson SE, Aktar S, Liu N, et al. Practice variation in bilateral salpingo-oophorectomy at benign abdominal hysterectomy: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2021;224(6):585.e1-585.e30. Tersedia pada: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937820325904>
15. Scime N V, Brown HK, Metcalfe A, Simpson AN, Brennand EA. Bilateral salpingo-oophorectomy at the time of benign hysterectomy among females with disabilities: a population-based cross-sectional study. *Am J Obstet Gynecol*. 2023;229(6):658-e1.