

SINDROM ASHERMAN: LAPORAN KASUS ASHERMAN SYNDROME: CASE REPORT

Ni Ketut Sulastr¹, Herdhana Suwartono², Muhammad Ardi Munir^{3,4}

¹ Program Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Tadulako-Palu, Sulawesi tengah, Indonesia, 94118

² Departemen Obstetri dan Ginekologi, Rumah Sakit Undata, Sulawesi Tengah, Indonesia, 94118

³ Departemen Bioethics, Humanity and Social Health Science, Fakultas Kedokteran, Universitas Tadulako-Palu, Indonesia, 94118

⁴ Departemen Infeksi Tropis dan Traumatologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Tadulako-Palu, Sulawesi Tengah, Indonesia, 94118

Corresponden Author: niketutsulastr99@gmail.com

ABSTRAK

Introduction: Asherman syndrome is an abnormal condition of the uterine cavity due to adhesions or attachment. The prevalence is lower than 5 in 10,000 people. Asherman syndrome if left untreated will result in amenorrhea and even infertility

Case Report: A 31-year-old female patient with a pregnancy history of P2A1 was admitted to the hospital with amenorrhea for the last 2 years, with complaints of pain in the left lower abdomen felt once every month for 3-5 days. History of curettage 3 times.

Conclusion: Asherman syndrome is a 'rare disease'. Treatment for Asherman's syndrome consists of dilatation and ballooning to prevent recurrent adhesions, combined with hormonal therapy as a treatment for endometrial restoration. This treatment provides a good prognosis for patients.

Keywords: Asherman Syndrome, Amenorrhea, Infertility, Dilatation, Ballooning

ABSTRAK

Pendahuluan: Sindrom asherman merupakan suatu kondisi kelainan rongga uterus dikarenakan mengalami adhesi atau perlengketan. Prevalensinya lebih rendah dari 5 dalam 10.000 orang. Sindrom asherman jika tidak ditangani akan mengakibatkan amenorea hingga infertilitas.

Laporan Kasus: Seorang pasien perempuan P2A1 usia 31 tahun masuk RS dengan tidak menstruasi 2 tahun terakhir, keluhan disertai nyeri pada perut bagian bawah kiri yang dirasakan setiap bulan sekali selama 3-5 hari. Riwayat kuretase 3 kali.

Kesimpulan: Sindrom asherman merupakan suatu 'penyakit langka'. Penanganan sindrom asherman berupa dilatasi dan ballooning untuk pencegahan adhesi berulang, dan kombinasi dengan terapi hormonal sebagai tatalaksana restorasi endometrium. Tatalaksana ini memberikan prognosis yang baik pada pasien.

Kata Kunci: sindrom asherman, amenorea, infertilitas, dilatasi, ballooning

PENDAHULUAN

Sindrom Asherman merupakan suatu keadaan di mana dalam rongga uterus terdapat perlekatan – perlekatan (adhesi) yang

menyebabkan distorsi anatomis ruang uterus, akibat adanya luka (jaringan parut) di dalam rongga uterus, yaitu di endometrium.¹ Baru-baru ini, *European Medicine Agency*

(EMA) telah menetapkan Khususnya, nilai perkiraan ini berada di bawah ambang batas yang ditetapkan oleh EMA untuk suatu kondisi yang dianggap sebagai penyakit langka, yaitu prevalensinya lebih rendah dari 5 dalam 10.000. Berdasarkan kriteria ini, sindrom asherman dianggap sebagai ‘penyakit langka’ dan termasuk dalam daftar Basis data Orphanet di bawah register ORPHA137686.²

Sekitar 15% –20% dari seluruh kehamilan yang diketahui secara klinis berakhir dengan kegagalan kehamilan intrauterin. Pada tahun 2014, Hooker dkk menerbitkan tinjauan sistematis dan meta-analisis pembentukan adhesi intrauterin setelah keguguran. Mereka akhirnya mengidentifikasi 10 studi prospektif yang melaporkan 912 wanita yang menjalani evaluasi histeroskopi dalam waktu 12 bulan pengusiran spontan atau perawatan medis

LAPORAN KASUS

Seorang pasien perempuan P2A1 usia 31 tahun masuk RS dengan keluhan tidak menstruasi sejak 2 tahun terakhir, keluhan disertai nyeri pada perut bagian bawah kiri yang dirasakan hilang timbul dan muncul sebulan sekali, selama 3-5 hari. Nyeri perut dirasakan sejak 2 tahun terakhir. Pasien riwayat kuretase pada tahun prevalensi Sindrom Asherman di Eropa sebesar 4 dari setiap 10.000 orang.

2012 atas indikasi abortus, kuretase berikutnya pada tahun 2020 atas indikasi retensio plasenta, kemudian 14 hari setelah kuretase darah masih keluar banyak dan dilakukan kuretase kembali. Setelah 2 bulan post kuretase terakhir, pasien mulai merasakan nyeri perut kiri bawah dan tidak pernah menstruasi lagi.

Pada pemeriksaan tanda vital

didapatkan TD: 110/80 mmHg, HR: 62 x/m, RR: 20 x/m, SB: 36,7°C, dan SpO2: 99%. IMT pasien adalah 24 kg/m². Pada pemeriksaan fisik abdomen semua dalam batas normal. Pada pemeriksaan VT teraba posisi antefleksi, tidak teraba massa, permukaan licin, nyeri tekan (-). Pada pemeriksaan RT tidak teraba massa, mukosa licin, nyeri tekan (-). Kemudian diminta pemeriksaan laboratorium darah rutin (Tabel 1).

Tabel 1. Hasil Darah Rutin

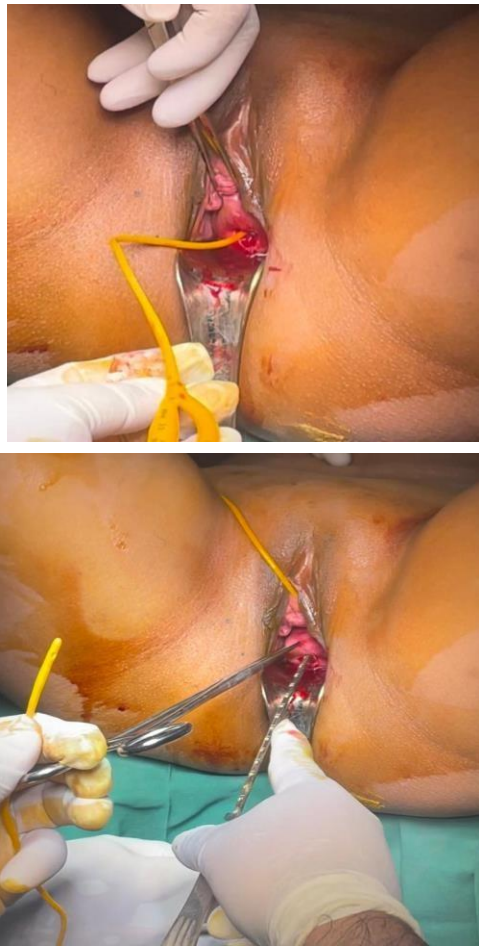
Darah Rutin	Hasil	Nilai Normal
Hemoglobin	12,8	12-16 g/dl
Leukosit	6,3	4,0-11,0 x10 ³ /uL
Eritrosit	4,27	4,1-5,1 x10 ⁶ /uL
Hematokrit	38,9	36-47%
Trombosit	235	150-450 x10 ³ /uL

Pada pemeriksaan penunjang USG transvaginal ditemukan kesan suspek sindrom asherman. (Gambar 1).



Gambar 1. Foto ultrasonografi uterus.

Pasien didiagnosis sebagai sindrom Asherman. Pasien menjalani tindakan operatif berupa dilatasi dan *balloning* (Gambar2).



Gambar 2. Tindakan dilatasi dan *ballooning*.

PEMBAHASAN

Sindrom Asherman, yang juga disebut perlengketan intrauterin atau sinekia intrauterin, terjadi ketika jaringan parut (perlengketan) terbentuk di dalam rahim dan/atau serviks. Sindrom Asherman terjadi terutama setelah dilatasi dan kuretase yang dilakukan untuk penghentian kehamilan elektif, keguguran yang terlewat atau tidak tuntas, atau untuk mengobati retensi plasenta setelah melahirkan.⁴ Sindrom Asherman ditandai dengan tiga gejala termasuk nyeri, kelainan menstruasi, dan infertilitas dan merupakan akibat dari jaringan parut intrauterin setelah instrumentasi rahim.⁵ Presentasi klinis yang paling sering timbul

adalah infertilitas dan menstruasi tidak teratur.⁶

Penyebab utama sindrom Asherman adalah kerusakan endometrium. Kerusakan endometrium ini menyebabkan pembentukan jaringan parut, yaitu fibrosis, di mana stroma endometrium sebagian besar digantikan oleh epitel cubocolumnar yang tidak aktif. Epitel ini tidak dapat distimulasi oleh hormon, dan banyak terjadi kalsifikasi dan osifikasi di antara stromanya.¹

Penyebab paling sering kerusakan endometrium yang akhirnya menimbulkan sindrom Asherman adalah proses kuretase (*dilatation & curettage*), apapun indikasinya. Schenker, et al, menemukan bahwa dari 1856 pasien dengan perlekatan intrauteri, setidaknya 67% di antaranya pernah dikuretase. Kuretase umumnya diindikasikan pada keguguran untuk pembersihan sisa-sisa jaringan kehamilan (*maternal decidua*) agar perdarahan berhenti. Proses ini dilakukan dengan menggunakan sendok kuret, dan rongga uterus dikerok (*scrap*) secara menyeluruh. Proses pengerokan inilah yang dapat merusak endometrium dan pada kasus tertentu, menimbulkan sindrom Asherman.¹ Pada pasien memiliki keluhan tidak menstruasi 2 tahun terakhir, keluhan disertai nyeri pada perut bagian bawah kiri yang dirasakan hilang timbul dan muncul sebulan sekali, selama 3-5 hari. Nyeri perut dirasakan sejak 2 tahun terakhir. BAB dan BAK dalam batas normal. gejala sindrom asherman umumnya tidak khas, biasanya pasien akan mengeluh gangguan pola menstruasi (*hipomenorea*, *oligomenorea*, serta *dismenorea*), selain itu sering nyeri, keguguran berulang, dan infertilitas.¹

Manchanda's Endoscopic Center (MEC) pada tahun 2016 mengelompokkan sindrom asherman berdasarkan luasnya

keterlibatan rongga endometrium, yaitu: derajat 1 (ringan) hanya akan terjadi adhesi/perlengketan pada kurang dari 1/3 kavitas uterus, derajat 2 (sedang) hanya akan terjadi adhesi/perlengketan pada 1/3- 2/3 kavitas uterus, dan derajat 3 (berat) akan terjadi adhesi/perlengketan pada lebih dari 2/3 kavitas uterus.⁷

Pasien pada kasus ini memiliki riwayat kuretase pada tahun 2012 a/i abortus, kuretase berikutnya 2 tahun yang lalu (2020) a/i retensio plasenta, kemudian 14 hari setelah kuretase darah masih keluar banyak dan dilakukan kuretase kembali. Setelah 2 bulan post kuretase terakhir pasien mulai merasakan nyeri perut kiri bawah dan tidak pernah menstruasi lagi. Hal ini sesuai dengan teori yang menyebutkan faktor risiko yang mendominasi adalah kuretase pasca-aborsi/keguguran dengan angka sebesar 66,7%, diikuti oleh kuretase pascapersalinan, yang bertanggung jawab atas 21,5% kasus. Faktor etiologi lain seperti kuretase diagnostik, miomektomi, biopsy serviks atau polipektomi, pemasangan alat kontrasepsi dalam rahim, infeksi intrauterin seperti TBC juga merupakan faktor risiko IUA, yang terlihat pada rahim yang tidak hamil.⁸

Sebuah penelitian mendapatkan bahwa riwayat ≥ 3 aborsi meningkatkan kejadiannya Sindrom Asherman sebanyak 4,6 kali lipat, serupa dengan penelitian lain yang melaporkan bahwa kejadian IUA meningkat seiring dengan keguguran berulang dan prosedur dilatasi dan kuretase; Tetapi terdapat kekurangan data mengenai hasil reproduksi jangka panjang. Sebelumnya, dilaporkan adanya peningkatan insiden dan tingkat keparahan IUA dengan jumlah keguguran dan penghentian operasi; dengan tingkat IUA meningkat dari 16% menjadi 32% ketika

jumlah terminasi bedah meningkat dari satu menjadi tiga.⁸

Pada pemeriksaan penunjang USG transvaginal didapatkan kesan sindrom asherman. Menurut teori, Ultrasonografi (USG) adalah pemeriksaan diagnostik non-invasif yang umumnya digunakan sebagai modalitas pencitraan diagnostik lini pertama pada pasien bergejala dengan patologi ginekologi. Sindrom asherman muncul sebagai tampakan gema padat di dalam rongga endometrium dengan endometrium yang tipis dan garis endometrium tampak tidak beraturan. USG khususnya berguna pada wanita dengan perlengketan rongga rahim bawah yang padat dimana peran HSG terbatas. Sensitivitas dan spesifisitas USG transvaginal masing-masing sebesar 52% dan 11%.⁸

Pada pasien ini dilakukan tindakan dilatasi dan ballooning, hal ini sesuai dengan teori yang menjelaskan terapi pada sindrom asherman untuk penanganan adhesinya salah satunya dengan tindakan dilatasi dan kuretase, hal ini banyak digunakan sebelum histeroskopi digunakan secara luas.¹

Kemudian penanganan untuk pencegahan adhesi berulang/sekunder pada pasien ini dilakukan tindakan ballooning dengan menggunakan kateter foley no.8, hal ini sesuai dengan teori yang menyebutkan pencegahan dapat dilakukan dengan beberapa cara, salah satu yang paling awal digunakan adalah intrauterine device (IUD) atau alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) dan Foley catheter, keduanya dimasukkan ke dalam uterus untuk mencegah pembentukan adhesi kembali. Intrauterine balloon stenting dan asam hialuronat adalah metode yang relatif baru untuk mencegah adhesi berulang. Intrauterine balloon stenting dan asam hialuronat adalah metode yang relatif baru

untuk mencegah adhesi berulang. Selain itu, dapat dilanjutkan untuk terapi restorasi endometrium menggunakan terapi hormonal.¹

Pada pasien diresepkan obat hormonal setelah tindakan sebagai metode perbaikan kembali fungsi endometrium, obat yang diberikan yaitu cyclo progynova yang terdiri dari estradiol valerat 2 mg dan 16 tablet estradiol valerate 2 mg selama 16 hari. Hal ini sesuai dengan teori bahwa prinsip utamanya adalah mengembalikan jaringan endometrium basal untuk mempercepat kembalinya fungsi endometrium normal, sekaligus mencegah adhesi kembali. Banyak metode yang disarankan, terutama menggunakan terapi hormonal; Myers, et al, menyarankan penggunaan estrogen saja, March, et al, menggunakan kombinasi 2 mg micronized oestradiol dua kali sehari selama 30 – 60 hari dengan medroxyprogesterone acetate 10 mg setiap hari selama 5 hari terakhir terapi estrogen. Diharapkan melalui stimulasi hormonal dapat terjadi proliferasi dan penebalan endometrium, kadar hormonal di atas normal diharapkan juga menekan pembentukan adhesi kembali.¹

Ketika kesuburan pulih setelah pengobatan sindrom asherman, komplikasi obstetrik pun dapat terjadi, misalnya penurunan berat badan janin dan komplikasi terkait plasenta. Persalinan norgestrol 0.5 mg, yang diresepkan sebanyak 14 tablet estradiol valerate 2 mg + 7 tablet norgestrel 0.5 mg selama 21 hari, kemudian dilanjutkan dengan pemberian prematur juga dijelaskan oleh Roy dkk dan Zikopoulos dkk setelah perawatan bedah sindrom asherman. Friedman dkk menggambarkan tiga pasien dengan plasenta akreta, sakukulasi uterus, dan fundus uterus setipis kertas pada kehamilan setelah perawatan bedah adhesi intrauterin. Siegler dan Valle menemukan plasenta akreta

pada 8% wanita hamil setelah pengobatan sindrom asherman. Terjadinya plasenta akreta hanya dijelaskan dalam literatur terkini dalam bentuk cerita kasus.⁹

KESIMPULAN

Riwayat kuretase ≥ 3 kali dapat meningkatkan kejadian Sindrom Asherman. Tatalaksanaan definitif penanganan adhesi berupa dilatasi dan ballooning memiliki efektivitas untuk pencegahan adhesi berulang/sekuler. Setelah tindakan operatif pasien diberikan tatalaksana restorasi endometrium dengan terapi hormonal. Dan memberikan prognosis yang baik pada pasien.

REFERENSI

1. Djuanda JK. Prinsip Manajemen Sindrom Asherman. Cdk. 2017;44(4):2017.
2. Santamaria X, Isaacson K, Simón C. Asherman's Syndrome: It may not be all our fault. Hum Reprod. 2018;33(8):1374–80.
3. Freedman MF, Schlaff WD. Avoiding Asherman's syndrome: refining our approach to uterine evacuation. Fertil Steril [Internet]. 2021;116(4):961–2. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2021.06.037>
4. Smike C, Yarrarapu SNS, Khetarpal S. Asherman Syndrome. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2023. 1–5 p.
5. Zaraq K. Etiology, Risk Factors, and Management of Asherman Syndrome. Obstet Gynecol J. 2023;142(3):543–54.
6. Siferih M, Gebre T, Hunduma F, Abebe A, Gebremichael A, Sewunet H. Review of Asherman syndrome and its hysteroscopic treatment outcomes : experience in a low-resource setting.

- BMC Women's Health. 2024;24(99):1–9.
7. Manchanda R, Rathore A, Carugno J, Della Corte L, Tesarik J, Török P, et al. Classification systems of Asherman's syndrome. An old problem with new directions. Minim Invasive Ther Allied Technol [Internet]. 2021;30(5):304–10. Available from: <https://doi.org/10.1080/13645706.2021.1893190>
 8. Sevinç F, Oskovi-Kaplan ZA, Çelen Ş, Ozturk Atan D, Topçu HO. Identifying the risk factors and incidence of Asherman Syndrome in women with post-abortion uterine curettage. J Obstet Gynaecol Res. 2021;47(4):1549–55.
 9. Dreisler E, Kjer JJ. Asherman's syndrome: Current perspectives on diagnosis and management. Int J Womens Health. 2019;11:191–8.