

## TINDAKAN OPERATIF PADA MIOMA UTERI: LAPORAN KASUS

Angga Pratama<sup>1</sup>, Melda Sinolungan<sup>2</sup>, Tri Setyawati<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Medical Profession Program, Faculty of Medicine, Tadulako University – Palu, INDONESIA, 94118

<sup>2</sup>Departement of Obstetrics & Gynecology, Kabelota Hospital – Palu, INDONESIA, 94118

<sup>3</sup>Department of Biochemistry, Faculty of Medicine, Tadulako University – Palu, INDONESIA, 94118

<sup>4</sup>Departement of Tropical Diserses and Traumatology, Faculty of Medicine, Tadulako University – Palu, INDONESIA, 94118

### ABSTRACT

*Uterine myoma is a benign tumor of uterine smooth muscle consisting of cells of smooth muscle tissue, fibroid binding tissue and collagen. Epidemiological studies show several risk factors, signs and symptoms related to the incidence of uterine myoma, including age, parity, race and genetic factors. This report shows a 48-year-old woman with lumps in the region of the lower abdominal quadrant. From the results of the ultrasound the enlarged uterus shows a dominant heterogeneous mass of hyperechoic, firm boundaries, regular edges measuring 7.3 X 12.3 cm. Impression: uterine myoma. Handling of uterine myoma with surgery, total hysterectomy will be performed*

**Keywords:** Uterine myoma, Hysterectomy, Benign tumor

### ABSTRAK

Mioma uteri merupakan tumor jinak otot polos uterus yang terdiri dari sel-sel jaringan otot polos, jaringan pengikat fibroid dan kolagen. Studi epidemiologi menunjukkan beberapa faktor resiko, tanda dan gejala terkait kejadian mioma uteri, diantaranya adalah umur, paritas, faktor ras dan genetik. Laporan ini menunjukkan perempuan 48 tahun dengan benjolan ada regio kuadran bawah abdomen, Dari hasil USG menunjukkan uterus membesar tampak massa heterogen dominan *hiperechoic*, batas tegas, tepi regular dengan ukuran 7,3 X 12,3 cm. Kesan: mioma uteri. Penanganan mioma uteri dengan tindakan operatif, yaitu akan dilakukan histerektomi total **Kata kunci:** Mioma Uteri, Histerektomi, Tumor jinak.

### PENDAHULUAN

Tumor ini merupakan tumor pelvik terbanyak pada organ reproduksi wanita. Diperkirakan insiden mioma uteri sekitar 20%-30% dari seluruh wanita. Mioma uteri ini menimbulkan masalah besar dalam kesehatan dan terapi yang paling efektif belum didapatkan, karena sedikit sekali informasi mengenai etiologi mioma uteri itu sendiri. Baru-baru ini penelitian sitogenetik, molekuler dan epidemiologi mendapatkan peranan besar komponen genetik dalam patogenesis dan patobiologi mioma uteri(1)

Mioma belum pernah ditemukan sebelum terjadinya menarche, sedangkan setelah menopause hanya kira-kira 10% mioma yang masih tumbuh. Mioma uteri sering ditemukan pada wanita usia

reproduksi (20-25%), dimana prevalensi mioma uteri meningkat lebih dari 70 % dengan pemeriksaan patologi anatomi uterus, membuktikan banyak wanita yang menderita mioma uteri asimtomatik.(1)

Penanganan mioma uteri dapat dilakukan secara konservatif maupun dengan tindakan pembedahan. Beberapa pilihan terapi pembedahan tergantung pada beberapa faktor, diantaranya ukuran mioma, gejala yang ditimbulkan tidak dapat teratasi dengan penanganan konservatif, sangkaan keganasan, dan pertimbangan-pertimbangan khusus lainnya.(2)

Laporan ini bertujuan untuk melaporkan kasus mioma uteri dan dilakukan penanganan secara operatif.

## LAPORAN KASUS

Seorang perempuan berusia 48 tahun datang ke IGD Kebidanan RSUD Anutapura Palu dengan keluhan timbul benjolan pada regio kuadran bawah abdomen yang disadari sejak  $\pm 1$  tahun yang lalu. Awalnya benjolan kecil semakin lama benjolan makin membesar sejak 6 bulan SMRS dan teraba keras. Pasien mengeluh setiap menstruasi terjadi pengeluaran volume darah yang lebih banyak dari biasanya hingga mengganti pembalut 4x sehari dengan lama haid terkadang lebih dari 5 hari. Pasien mengaku siklus haidnya teratur. Pasien juga mengeluh nyeri kuadran bawah abdomen hilang timbul menjalar hingga ke pelvis dan makin terasa nyeri saat timbul menstruasi. Selain itu pasien mengeluh pusing sejak 3 hari yang lalu. Pasien menyangkal adanya fluor albus yang berlebihan. Pasien merasa ingin mencedan tetapi sulit BAB, BAK lancar. Pada pemeriksaan USG, didapatkan kesan mioma uteri.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan dari inspeksi tampak benjolan pada regio kuadran bawah abdomen setinggi umbilicus, pada palpasi teraba massa pada regio abdomen setinggi umbilicus dengan ukuran diameter 12 cm, permukaan bulat, berbatas tegas, konsistensi padat, keras, imobile, nyeri tekan (-).

Pada pemeriksaan penunjang didapatkan dari hasil laboratorium darah rutin HB: 6,8 g/dL, WBC:  $6,8 \times 10^3/\text{mm}$ , PLT:  $242 \times 10^3/\text{mm}$ , HCT: 27,3 %, RBC: 2,72

$10^6/\text{mm}$ . Dari hasil USG menunjukkan uterus membesar tampak massa heterogen dominan *hiperechoic*, batas tegas, tepi regular dengan ukuran 7,3 X 12,3 cm. Kesan : mioma uteri.



Gambar 1. Foto USG uterus



Gambar 2. Mioma pada Uteri

## DISKUSI

Mioma uteri merupakan neoplasma jinak yang berasal dari otot uterus dan jaringan ikat yang menumpangnya. Dikenal juga dengan sebutan fibromioma, leiomioma atau pun fibroid(1)

Myoma terutama terdiri atas sel otot polos dan mengandung sejumlah jaringan fibrosa yang berbeda. Selama pertumbuhannya, mioma menekan struktur sekitarnya (miometrium dan jaringan ikat), menyebabkan pembentukan progresif semacam pseudokapsul, kaya serat kolagen, neurofibers dan pembuluh darah.(3)

Penegakkan diagnosis didasarkan pada anamnesis, pemeriksaan fisik serta pemeriksaan penunjang yang sesuai. Pada pasien ini, didapatkan beberapa faktor resiko, tanda dan gejala terkait kejadian mioma uteri, diantaranya : Umur, paritas, faktor ras dan genetik. Adapun beberapa tanda dan gejala yang didapatkan(1,2,4-6)

a. Perdarahan uterus abnormal

Gangguan perdarahan yang terjadi umumnya adalah hipermenore, menoragia dan dapat juga terjadi metroragia. Ini telah sesuai dengan teori bahwa mioma uteri menimbulkan perdarahan yang banyak ketika haid, dan pada pasien ini juga kadang kadang mengalami haid yang banyak hingga pasien biasanya 5 kali mengganti pembalut.

b. Rasa Nyeri

Rasa nyeri bukanlah gejala yang khas tetapi dapat timbul karena

gangguan sirkulasi darah pada sarang mioma, yang disertai nekrosis setempat dan peradangan. Nyeri juga dirasakan oleh pasien dan biasanya menyebabkan dismenore.

c. Gejala dan Tanda Penekanan

Gangguan ini tergantung dari besar dan lokasi mioma uteri. Penekanan pada kandung kemih akan menyebabkan poliuri, pada uretra dapat menyebabkan retensio urine, pada ureter dapat menyebabkan hidroureter dan hidronefrosis, pada rektum dapat menyebabkan obstipasi dan tenesmia, pada pembuluh darah dan pembuluh limfe dipanggul dapat menyebabkan edema tungkai dan nyeri panggul.

d. nfertilitas dan Abortus

Infertilitas dapat terjadi apabila sarang mioma menutup atau menekan pars interstialis tuba, sedangkan mioma submukosum juga memudahkan terjadinya abortus oleh karena distorsi rongga uterus. Rubin (1958) menyatakan bahwa apabila penyebab lain infertilitas sudah disingkirkan, dan mioma merupakan penyebab infertilitas tersebut, maka merupakan suatu indikasi untuk dilakukan miomektomi<sup>1</sup>(1,2,4-6)

Pada kasus ini, terdapat gejala seperti perdarahan uterus abnormal, adanya rasa nyeri saat haid (*dismenore*), nyeri pada panggul karena adanya gejala penekanan pada pelvis serta sulit dalam BAB sedangkan tidak ditemui adanya infertilitas karena pasien ini tidak dalam usia aktif bereproduksi melainkan masuk dalam pre menopause sehingga tidak dapat disimpulkan terdapat gejala infertilitas.(4)

Pada pasien ini, direncanakan penanganan dengan tindakan operatif, yaitu akan dilakukan histerektomi total. Pemilihan tindakan operatif didasarkan pada beberapa indikasi menurut ACOG (*American Association of Obstetricians and Gynecologist*) dan ASRM (*American Society for Reproductive Medicine*), diantaranya: 1) Perdarahan uterus yang tidak respon terhadap terapi konservatif, 2) Pertumbuhan mioma pada masa menopause, 3) Infertilitas karena gangguan pada cavum uteri maupun karena oklusi tuba, 4) Nyeri dan penekanan yang sangat mengganggu, 5) Gangguan berkemih maupun obstruksi traktus urinarius, 6) Anemia akibat perdarahan:(1,6)

Secara teori penatalaksanaan mioma uteri tidak semua mioma uteri memerlukan pengobatan bedah.

Penanganan mioma uteri tergantung pada umur, status fertilitas, paritas, lokasi dan ukuran tumor, sehingga biasanya mioma yang ditangani yaitu yang membesar secara cepat dan bergejala serta mioma yang diduga menyebabkan fertilitas. Secara umum, penanganan mioma uteri terbagi atas penanganan konservatif dan operatif. Penanganan konservatif bila mioma berukuran kecil pada pra dan post menopause tanpa gejala. Cara penanganan konservatif yaitu observasi dengan pemeriksaan pelvis secara periodic setiap 3-6 bulan, bila pasien anemia lakukan transfusi(1)

Histerektomi adalah prosedur bedah ginekologi utama yang paling umum dilakukan pada wanita, dan 33,5% dilakukan untuk mioma. Tergantung pada ukuran, jumlah, dan lokasi tumor, keterampilan ahli bedah dan ketersediaan instrumen, teknik terbuka, laparoskopi, dan rute vagina adalah port akses ke uterus mioma. Histerektomi telah menjadi prosedur bedah pilihan untuk mioma ketika pertimbangan melahirkan telah terpenuhi atau ketika ada kemungkinan keganasan yang masuk akal.(7)

Histerektomi adalah pengangkatan uterus, yang umumnya tindakan terpilih.

Histerektomi dapat dilaksanakan perabdominan atau pervaginam. Yang akhir ini jarang dilakukan karena uterus harus lebih kecil dari telur angsa dan tidak ada perlekatan dengan sekitarnya. Adanya prolapsus uteri akan mempermudah prosedur pembedahan. Histerektomi total umumnya dilakukan dengan alasan mencegah akan timbulnya karsinoma servisis uteri. Histerektomi supravaginal hanya dilakukan apabila terdapat kesukaran teknis dalam mengangkat uterus(1)

Pada kasus ini juga diberikan terapi konservatif sebelum operatif yaitu pemberian injeksi asam traneksamat 1A/8 jam/ IV dan injeksi ketorolac 30 mg/ 8 jam/ IV. Berdasarkan teori secara klasik, obat anti-inflamasi nonsteroid (NSAID) telah menjadi solusi reguler untuk nyeri, selain hormon, baik estroprogestin atau progestogen, yang bekerja di endometrium. Bahkan, sistem intrauterin levonorgestrel (LNG-IUS) telah menjadi sukses dalam terapi ginekologi, dan itu adalah referensi untuk pengobatan progestin. Meskipun tidak bertindak langsung pada UF, itu mengurangi kehilangan darah menstruasi pada wanita dengan ini secara patologi. Oleh karena itu, ini bisa menjadi solusi yang sangat baik untuk

perdarahan ringan dan bahkan berat ketika ditoleransi dengan baik.<sup>5</sup>

Asam traneksamat adalah obat prokoagulan yang juga menunjukkan hasil yang baik dengan mengurangi kehilangan darah selama menstruasi, dan sangat berguna pada wanita dengan UF yang mengalami perdarahan ringan. Ini hanya diresepkan selama 3 atau 4 hari per bulan dan dosisnya dapat disesuaikan sesuai dengan kebutuhan setiap wanita. Biasanya ditoleransi dengan baik dengan sedikit efek samping(6)

Komplikasi yang terjadi pada mioma uteri (1,4–6)

a. Degenerasi ganas.

Mioma uteri yang menjadi leiomyosarkoma ditemukan hanya 0,32-0,6% dari seluruh mioma; serta merupakan 50-75% dari semua sarkoma uterus. Keganasan umumnya baru ditemukan pada pemeriksaan histologi uterus yang telah diangkat. Kecurigaan akan keganasan uterus apabila mioma uteri cepat membesar dan apabila terjadi pembesaran sarang mioma dalam menopause.

b. Torsi (putaran tangkai).

Sarang mioma yang bertangkai dapat mengalami torsi, timbul gangguan sirkulasi akut sehingga

mengalami nekrosis. Dengan demikian terjadilah sindrom abdomen akut. Jika torsi terjadi perlahan-lahan, gangguan akut tidak terjadi.

c. Nekrosis dan infeksi.

Sarang mioma dapat mengalami nekrosis dan infeksi yang diperkirakan karena gangguan sirkulasi darah padanya.

Pada kasus ini, belum ditemukan komplikasi karena pemeriksaan tambahan lainnya belum dilakukan seperti pemeriksaan patologi anatomi dan foto thoraks untuk menilai adanya metastasis yang menunjukkan suatu keganasan.

Pencegahan yang dilakukan adalah dengan melakukan diagnosa dini dan pengobatan yang tepat. Pada kasus ini dilakukan pencegahan sekunder karena pasien telah terdiagnosis mioma uteri. Pencegahan dilakukan dengan mendiagnosis sedini mungkin dan dilakukan penanganan berupa terapi konservatif dan operatif karena pada pasien ini mengindikasikan dilakukannya histerektomi.(3)

Histerektomi dengan mengangkat seluruh mioma adalah kuratif. Myomectomy yang extensif dan secara significant

melibatkan miometrium atau menembus endometrium, maka diharuskan SC (Sectio caesaria) pada persalinan berikutnya. Myoma yang kambuh kembali (rekurens) setelah myomektomi terjadi pada 15-40% pasien dan  $\frac{2}{3}$  nya memerlukan tindakan lebih lanjut. (6) Pada kasus ini, menunjukkan prognosis dubia karena dilakukan pengangkatan pada area uterus dimana tempat tumbuhnya mioma sehingga angka rekurensi dapat menurun. Namun, tidak menutup kemungkinan dapat mengarah ke arah keganasan karena tidak dilakukan pemeriksaan patologi anatomi. Sehingga diperlukan evaluasi lebih lanjut untuk menilai adanya suatu keganasan berupa pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang seperti foto thoraks untuk menilai adanya metastasis.

**Tabel 1. Ringkasan Perjalanan Penyakit Pasien**

Tanggal	Riwayat Penyakit dan Intervensi	
2 April 2018	<p>Pasien datang ke ke IGD Kebidanan RSUD Anutapura Palu dengan keluhan timbul benjolan pada perut bagian bawah</p> <p><b>A: P2A0 48 tahun + Mioma Uteri + Anemia Berat</b></p>	<p><b>USG</b></p> <p>Uterus membesar tampak massa heterogen dominan hiperechoic, batas tegas, tepi regular dengan ukuran 7,3 X 12,3 cm. Kesan : mioma uteri</p> <p><b>Laboratorium</b></p> <p>HB: 6,8 g/dL, WBC: 6,8 10<sup>3</sup>/mm, PLT: 242 10<sup>3</sup>/mm, HCT: 27,3 %, RBC: 2,72 10<sup>6</sup>/mm,</p> <p><b>Terapi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perbaiki keadaan umum dan observasi tanda vital pasien</li> <li>• IVFD RL 24 tpm</li> <li>• Transfusi 2 kantong PRC</li> <li>• Inj. Asam Traneksamat 1A/ 8 jam/ IV</li> <li>• Inj. Ketorolak 30 mg/ 8jam/ IV</li> </ul>
3 April 2018	<p>S: Keluar darah dari jalan lahir (+), banyak, nyeri perut bawah(+)</p> <p>O: Konjungtiva anemis +/-</p> <p>TD: 110/70 MmHg</p> <p><b>A: P2A0 48 tahun + Mioma Uteri</b></p>	<p><b>Terapi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IVFD RL 24 tpm</li> <li>• Lanjutkan transfusi 1 kantong PRC</li> <li>• Inj. Asam Traneksamat 1A/ 8 jam/ IV</li> <li>• Inj. Ketorolak 30 mg/ 8jam/ IV</li> <li>• Cek darah rutin post transfus</li> </ul>
4 April 2018	<p>S: Perdarahan pervaginam (+) sedikit, nyeri perut bawah (+), mual (-)</p> <p>O: Konjungtiva anemis -/- TD: 110/70 MmHg</p> <p><b>A: P2A0 48 tahun + Mioma Uteri</b></p>	<p><b>Laboratorium (darah lengkap)</b></p> <p>HB :10,8 g/dl WBC : 6,7 x 10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup></p> <p>PLT : 353x 10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup></p> <p><b>Terapi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IVFD RL 24 tpm</li> <li>• Injeksi ceftriaxone 1 gram/12 jam/ IV</li> <li>• Inj. Asam Traneksamat 1A/ 8 jam/ IV</li> <li>• Inj. Ketorolak 30 mg/ 8jam/ IV</li> <li>• Siapkan operasi besok. Siapkan darah 2 kantong.</li> </ul> <p>☐ Puaskanan pasien</p>

5 April 2018	S: Perdarahan pervaginam (+) sedikit, nyeri perut bawah (-), mual (-), muntah(-), BAB (+) sedikit, BAK (+) per kateter O: Konjungtiva anemis -/- TD: 130/90 MmHg <b>A: P2A0 48 tahun + Mioma Uteri</b>	Dilakukan histerektomi total pukul 12 : 00 wita
6 April 2018	S: Sakit bekas operasi (+), perdarahan pervaginam (-), mual (-), Muntah (-), sesak (-), nafsu makan menurun, muntah (-), BAB belum ada, Flatus (+), BAK (pasang kateter) O: Konjungtiva anemis -/- TD: 120/90 MmHg <b>A: P2A0 48 tahun + post op Histerektomi totalis H1 a/i mioma uteri</b>	Terapi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• IVFD RL 24 tpm</li> <li>• Injeksi Ceftriaxone 1 gram/12 jam/ IV</li> <li>• Injeksi Ketorolac 30 mg/ 8 jam/IV</li> <li>• Cek darah rutin post operasi</li> </ul>
7 April 2018	S: Nyeri bekas operasi (+) berkurang, perdarahan pervaginam (-), nyeri ulu hati (-), pusing (+), mual (-), muntah (-), BAB (+) biasa, BAK (+) per kateter. O: konjungtiva anemis -/- TD: 120/80 MmHg <b>A: P2A0 48 tahun + post op Histerektomi totalis H2 a/i mioma uteri</b>	Terapi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• IVFD RL 24 tpm</li> <li>• Injeksi Ceftriaxone 1 gram/12 jam/ IV</li> <li>• Injeksi Ketorolac 30 mg/ 8 jam/IV</li> </ul> Darah rutin post operasi HB : 9,8 g/dl WBC : 9,7 x 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> PLT : 199x 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>
8 April 2018	S: Nyeri bekas operasi (+) berkurang, perdarahan pervaginam sedikit, nyeri ulu hati (-), pusing (-), mual (-), muntah (-), BAB (+) biasa, BAK (+) lancar O: konjungtiva anemis -/- TD: 120/80 MmHg <b>A: P2A0 48 tahun + post op Histerektomi totalis H3 a/i mioma uteri</b>	Terapi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cefadroxil 3x 500 mg</li> <li>• Meloxicam 2x7,5 mg</li> <li>• Vit C 3x 1</li> <li>• Pasien diperbolehkan pulang</li> <li>• Kontrol kembali ke poli</li> </ul>

## KESIMPULAN

Mioma uteri merupakan neoplasma jinak yang berasal dari otot uterus dan jaringan ikat yang menumpangnya. Dikenal juga dengan sebutan fibromioma, leiomioma atau pun fibroid. Penanganan mioma uteri dapat dilakukan secara konservatif maupun dengan tindakan pembedahan. Beberapa pilihan terapi pembedahan tergantung pada beberapa faktor. Pada kasus ini, dilakukan penatalaksanaan konservatif dan operatif yaitu miomektomi sesuai dengan indikasi. Tetapi, tidak dilakukan evaluasi lebih lanjut untuk menilai adanya keganasan.

## REFERENSI

1. Joedosoepetro P. Tumor-tumor Jinak Pada Alat-alat Genital Dalam Ilmu Kandungan [Internet]. 3 ed. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2009. 338–344 hlm. Tersedia pada: <https://www.scribd.com/doc/259454390/ILMU-KANDUNGAN>
2. Benson RC. Buku Saku Obstetri dan Ginekologi. 9 ed. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC; 2008.
3. Sparic R, Mirkovic L, Malvasi A, Tinelli A. Epidemiology of Uterine Myomas: A Review. *Int J Fertil Steril*. Maret 2016;9(4):424–35.
4. Hart DM, Norman JE, Callander R, Ramsden I, Govan ADT. *Gynaecology illustrated*. 5th ed. Edinburgh ; New York: Churchill Livingstone; 2000. 213–216 hlm.
5. Mehine M, Kaasinen E, Mäkinen N, Katainen R, Kämpjärvi K, Pitkänen E, dkk. Characterization of Uterine Leiomyomas by Whole-Genome Sequencing. *N Engl J Med*. 4 Juli 2013;369(1):43–53.
6. DeCherney AH, Laufer N, Goodwin TM. *Current diagnosis and treatment: obstetrics and gynecology*. McGraw-Hill; 2013. 693–699 hlm.
7. Duhan N. Current and emerging treatments for uterine myoma - an update. *Int J Womens Health*. 2011;3:231–41.

