

Laporan Kasus

MIOMEKTOMI SAAT SEKSIO SESAREA

Merlin Margreth Maelissa¹, Trika Irianta², Hasnawaty²

¹ Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin

² BLU Rumah Sakit Dr. Wahidin Sudirohusodo, Makassar
Corresponding author e-mail : merlincezt@yahoo.com

Abstrak

Ahli Obstetri dan Ginekologi dahulu tidak melakukan miomektomi saat seksio sesarea karena khawatir akan terjadi perdarahan hebat akibat peningkatan vaskularisasi pada uterus yang hamil. Sedangkan beberapa penelitian baru yang dipublikasikan dalam beberapa literatur mendukung konsep bahwa seksio sesarea yang dikombinasikan dengan miomektomi dapat dipertimbangkan sebagai suatu prosedur operasi yang aman. Dilaporkan satu kasus, G1P0A0 gravid 38 minggu belum inpartu, usia 27 tahun, masuk ke RS Islam Faisal dengan keluhan hamil disertai benjolan di perut. Palpasi abdomen teraba massa padat, *mobile*, bertepi rata pada abdomen bagian kanan atas, ukuran 15 cm x 10 cm, tinggi fundus uteri 35 cm dan DJJ 140 x/mnt. Pada pemeriksaan USG didapatkan Gravid 38 minggu 4 hari dan Mioma Uteri. Pada hari kedua perawatan, setelah dilengkapi pemeriksaan dilakukan tindakan seksio sesarea dan miomektomi. Lahir bayi perempuan, berat badan 3320 gram, panjang badan, 48 cm, nilai Skor Apgar, 8/10. Didapatkan mioma uteri multipel dengan ukuran 23 cm x 18 cm dan berat 2500 gram. Jumlah perdarahan 250 ml. Diagnosis post operatif adalah G1P0A0 gravid 38 minggu belum inpartu + mioma uteri multipel. Hasil pemeriksaan patologi anatomi adalah Leiomioma uteri. Pada intraoperasi s.d. 24 jam post operasi, pasien diberikan drips oksitosin 20 IU dalam 500 ml RL, 28 tetes per menit. Pada pemantauan 2 jam post operasi, kontraksi baik, perdarahan 50 ml/2 jam. Setelah dirawat sampai hari kelima setelah operasi, keadaan pasien baik, pasien diperbolehkan pulang. Maka dapat disimpulkan miomektomi yang dilakukan pada saat seksio sesarea telah dibuktikan pada kasus ini, aman. Jumlah perdarahan tidak banyak dan kontraksi uterus baik.

Kata kunci: miomektomi, seksio sesarea, miomektomi saat seksio sesarea

Abstract

Obstetricians and gynecologists in the past did not perform myomectomy during cesarean section because they feared that there would be massive bleeding due to increased vascularity in the pregnant uterus. While some new research published supports the concept that cesarean section combined with myomectomy can be considered as a safe surgical procedure. One case reported, G1P0A0 gravid 38 weeks before birth, 27 years, entered Faisal Islamic Hospital with complaints of pregnancy accompanied by a mass in the stomach. Palpation of the abdomen the palpable solid mass, mobile, even-edged mass in the upper right abdomen, 15 cm x 10 cm in size, 35 cm in height of the uterine fund and fetal heart rate 140/minute. On USG examination, it was obtained Gravid 38 weeks 4 days and Myoma Uteri. On the second day of treatment, after completing the examination, performed cesarean section and myomectomy. Born baby girl, body weight 3320 grams, body length, 48 cm, Apgar Score value, 8/10. Multiple uterine myomas were obtained, measuring 23 cm x 18 cm and weighing 2500 grams. The amount of bleeding is 250 ml. The postoperative diagnosis is G1P0A0 gravid 38 weeks before labor with multiple uterine myomas. The result of anatomic pathology examination is uterine leiomyoma. Intraoperatively until 24 hours postoperatively, patients were given oxytocin drips of 20 IU in 500 ml of RL, 28 drops per minute. At 2 hours postoperative monitoring, good contractions, bleeding 50 ml / 2 hours. After being treated until the fifth day after surgery, the patient's is good, and allowed to go home. It has been proven in this case that it safe to performed myomectomy during cesarean section. The amount of bleeding is not much and uterine contractions are good.

Keywords: myomectomy, cesarean section, myomectomy during cesarean section

Pendahuluan

Leiomioma atau mioma uteri adalah tumor jinak yang berkembang dari sel-sel uterus dan mengandung matriks ekstraseluler yang banyak jumlahnya. Mioma uteri adalah

tumor pelvik yang paling sering pada wanita di atas 30 tahun. Perkembangan mioma berhubungan dengan paparan sirkulasi estrogen.^{1,2} Mioma uteri yang diobservasi dalam kehamilan ditemukan dengan frekuensi

lebih banyak pada akhir kehamilan atau akhir trimester ketiga. Namun demikian, dengan penggunaan ultrasonografi meningkatkan kemampuan mendeteksi mioma dengan ukuran yang kecil. Leiomioma ditemukan pada sekitar 2 % wanita hamil.³ 3-9 kali lebih sering ditemukan pada Ras Negroid daripada Caucasian.⁴ Ahli Obstetri dan Ginekologi tradisional menolak untuk melakukan miomektomi selama kehamilan atau seksio sesarea karena khawatir akan terjadi perdarahan hebat akibat peningkatan vaskularisasi pada uterus yang hamil.⁵

Bertolak belakang dengan penelitian-penelitian sebelumnya, sekarang strategi menolak seksio sesarea dengan mioma uteri mulai mengalami perubahan. Beberapa penelitian baru yang dipublikasikan dalam beberapa literatur mendukung konsep bahwa seksio sesarea yang dikombinasikan dengan miomektomi dapat dipertimbangkan sebagai suatu prosedur operasi yang aman.⁵ Selanjutnya akan dilaporkan suatu kasus miomektomi pada seksio sesarea.

Kasus

Seorang wanita berumur 27 tahun, haid terakhir tanggal 2 Mei 2013, masuk Rumah Sakit Islam Faisal Makassar dengan keluhan ada benjolan di perut terdesak ke bagian kanan atas sejak 2 tahun yang lalu. Benjolan tersebut semakin bertambah besar selama kehamilan ini. Keluhan nyeri perut tembus ke belakang

disangkal. Keluarnya lendir dan darah disangkal. BAK dan BAB masih dalam batas normal. Riwayat memeriksakan kehamilan dengan teratur di dokter dan riwayat injeksi TT 2x. Pasien menyangkal adanya penyakit darah tinggi, kencing manis, penyakit paru, atau penyakit lain.

Pada pemeriksaan fisik ditemukan keadaan umum baik, TD 110/70 mmHg, nadi 88 x/menit, pernapasan 16 x/mnt, suhu 36.6 °C. Pada inspeksi abdomen, tampak perut membesar. Palpasi abdomen teraba massa padat, mudah digerakkan, bertepi rata pada abdomen bagian kanan atas, ukuran 15 cm x 10 cm, tinggi fundus uteri 35 cm, situs anak memanjang, bagian terendah kepala, punggung kiri. Perkusi abdomen tidak ditemukan *shifting dullness*. Auskultasi ditemukan DJJ 140 x/mnt. Pada pemeriksaan dalam vagina didapatkan porsio lunak, tidak ada pembukaan, tidak ada pelepasan lender dan darah. Hasil pemeriksaan darah rutin, kimia darah, urine rutin dan EKG dalam batas normal.

Pemeriksaan USG

Tanggal 25 Januari 2014 : Gravid tunggal, hidup, presentasi kepala, punggung kiri, plasenta letak fundus, cairan amnion kesan cukup (AFI: 7,1 cm). Biometri janin sesuai umur kehamilan 38 minggu 4 hari. Perkiraan berat janin: 3160 gram. Tampak gambaran hiperehoik di daerah fundus.

Kesimpulan: Gravid 38 minggu 4 hari dan Mioma Uteri.



Gambar 1 (A): Tampak gambaran presentasi kepala janin



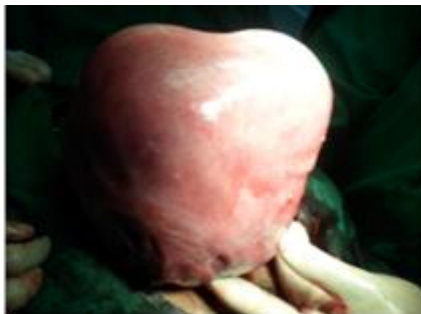
Gambar 1 (B): Tampak gambaran plasenta dan Mioma Uteri

Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang yang dilakukan maka pasien ini didiagnosis dengan G1P0A0 gravid 38 minggu belum inpartu dan Mioma Uteri. Pada hari kedua perawatan, setelah dilengkapi pemeriksaan maka pasien ini dilakukan tindakan pembedahan perabdominal seksio sesarea dan miomektomi.

Prosedur Operasi

Awalnya pada pasien ini dilakukan seksio sesarea dengan insisi pfanenstil pada

abdomen dan dilanjutkan dengan insisi pada segmen bawah rahim. Setelah bayi dan plasenta lahir, dilakukan penjahitan uterus. Prosedur operasi dilanjutkan dengan melakukan tindakan miomektomi dengan insisi pada fundus uteri bagian posterior. Diagnosis post operatif pada pasien ini adalah G1P0A0 gravid 38 minggu belum inpartu dengan Mioma Uteri Multipel. Pada hasil pemeriksaan patologi anatomi didapatkan hasil Leiomioma Uteri.



Gambar 2 (A): Tampak uterus dengan mioma uteri di fundus uteri posterior



Gambar 2 (B): Tampak dilakukan insisi di daerah fundus uteri



Gambar 2 (C): Tampak bagian uterus yang telah miomektomi



Gambar 2 (D): Tampak daerah insisi saat seksio sesaria



Gambar 2 (E): Tampak daerah insisi fundus uteri bagian posterior saat miomektomi



Gambar 2 (F): Tampak mioma uteri multipel ukuran 23 x 18 cm



Gambar 2 (G): Tampak mioma uteri multipel berat 2500 gram

Hasil

Setelah dilakukan tindakan seksio sesarea pada pasien ini, lahirlah bayi perempuan dengan berat badan 3320 gram, panjang badan 48 cm dan Skor Apgar 8/10. Tidak ditemukan kelainan kongenital pada bayi ini. Sedangkan, setelah dilakukan tindakan miomektomi pada pasien ini, didapatkan mioma uteri multipel dengan ukuran 23cm x 18 cm dan berat 2500 gram. Jumlah perdarahan pada saat miomektomi sampai selesai operasi kurang lebih 250 ml.

Pada perawatan setelah operasi, pasien diawasi keadaan umum, tanda vital dan jumlah

perdarahan. Pasien tersebut diberikan terapi setelah operasi sebagai berikut: Drips Oksitosin 20 IU dalam 500 cc RL 28 tetes per menit tiap ganti cairan selama 24 jam, Injeksi Cefotaksim 1 gram/12 jam/IV, Injeksi Tramadol 50 mg/8 jam/IV, Injeksi Asam Traneksamat 500 mg/8 jam/IV, Injeksi Ranitidin 50 mg/8 jam/IV dan Injeksi metilergometrin 0,2 mg/8 jam/IV.

Pada pemantauan 2 jam setelah operasi, didapatkan keadaan umum pasien baik, tinggi fundus uteri 1 jari di bawah pusat, kontraksi baik, peristaltik baik, jumlah urine 75 ml/jam, jernih, jumlah perdarahan pervaginam 50 ml/ 2 jam dan hemoglobin kontrol setelah operasi

10,9 gram/dl atau 1 gram/dl lebih rendah dari hemoglobin sebelum operasi.

Setelah pasien dirawat sampai hari kelima setelah operasi, tanggal 1 Februari 2014, keadaan umum pasien baik, keluhan tidak ada, luka operasi baik, tinggi fundus uteri 2 jari di bawah pusat, buang air kecil lancar dan sudah buang air besar, pasien diperbolehkan pulang ke rumah dan dianjurkan kontrol di poliklinik jika ada hasil pemeriksaan patologi klinik atau ada keluhan dan perdarahan hebat.

Pembahasan

Pengaruh mioma uteri pada kehamilan sangat tergantung dari ukuran, jumlah dan lokasi dari mioma. Keadaan ini dapat asimtomatik atau berhubungan dengan komplikasi lain yang lebih serius. Sebagai contoh, mioma yang berlokasi di segmen bawah rahim meningkatkan risiko malpresentasi, persalinan dengan seksio sesarea dan perdarahan postpartum. Komplikasi mayor seperti abortus spontan, persalinan preterm, solusio plasenta atau perdarahan postpartum sering berhubungan dengan plasenta yang berdekatan atau kontak langsung dengan mioma.⁶ Risiko untuk terjadinya komplikasi mayor tersebut adalah 71 %.^{6,7} Sedangkan komplikasi yang jarang terjadi berhubungan dengan mioma uteri pada kehamilan adalah koagulasi intravaskular diseminata, kehamilan servikal, retensi urin pada trimester pertama, anomali fetus.⁸

Ketika pertama kali mioma terkonfirmasi dengan ultrasonografi, Tindakan untuk mengangkat mioma pada seksio sesarea adalah

suatu dilema. Operator harus dapat mengambil keputusan kapan miomektomi dapat dilakukan pada seksio sesarea. Penelitian sebelumnya melaporkan bahwa miomektomi selama kehamilan meningkatkan risiko perdarahan dan *pregnancy loss*.⁵

Meskipun demikian, secara teori uterus pada fase postpartum memiliki kemampuan adaptasi secara fisiologis yang lebih baik untuk mengontrol perdarahan. Dengan kontraksi miometrium, pembuluh darah dapat menutup. Dan juga perubahan vaskular yang berhubungan dengan tempat perlekatan plasenta dapat membantu agar perdarahan berhenti. Jadi, miomektomi saat seksio sesarea memiliki keuntungan.⁵ E nukleasi mioma dapat dilakukan dengan teknik yang mudah jika uterus gravid tersebut memiliki kapsul mioma yang besar. Retraksi dari otot uterus dapat ditingkatkan dengan pemberian oksitosin untuk mengontrol perdarahan.⁵

Jika terjadi perdarahan selama operasi operasi berlangsung dapat dilakukan beberapa tindakan khusus, yaitu: menggunakan tourniquet uteri,^{9,10} elektrokauter,¹¹ ligasi arteri uterina bilateral¹² dan teknik intraoperatif lainnya yang dapat meminimalisasikan proses kehilangan darah selama operasi. Infus dengan oksitosin dapat digunakan.¹³ Beberapa kepustakaan menerangkan bahwa tangan yang berpengalaman merupakan salah satu faktor penentu tindakan miomektomi selama seksio sesarea sebagai suatu tindakan yang aman. Meskipun banyak faktor seperti kontraksi uterus, lokasi anatomi, jumlah dan ukuran mioma. Jika mioma berlokasi di daerah insisi

uterus, ini sangat mudah dikerjakan. Tetapi jika mioma terletak besar di fundus atau intramural, hal ini harus hati-hati. Mioma yang terletak di daerah kornu dapat mempengaruhi fertilitas.⁵

Roman dan Tabsh, dalam penelitian retrospektif besar selama 10 tahun dari 111 wanita yang dilakukan miomektomi saat seksio sesarea dan 257 wanita yang dilakukan tindakan seksio sesarea saja, tidak ada perbedaan signifikan dalam perdarahan intraoperatif, demam postpartum, waktu operasi dan lama perawatan di rumah sakit. Tidak ada pasien yang harus di histerektomi atau embolisasi. Ukuran tumor tidak mempengaruhi hasil luaran.¹⁴ Sharvianty et al, melaporkan bahwa dari penelitian yang dilakukan di beberapa rumah sakit bersalin di Makassar, 63 pasien, tindakan miomektomi pada saat dilakukan seksio sesarea tidak menimbulkan penyulit berupa perdarahan dan gangguan kontraksi.¹⁵

Pada pasien ini, ukuran tumor besar dan berlokasi di daerah fundus uteri bagian posterior. Tetapi pada saat dilakukan operasi maupun dalam pemantauan perawatan setelah operasi, tidak ditemukan gangguan kontraksi atau perdarahan hebat. Dengan tangan yang berpengalaman operasi berjalan lancar dan pasien dapat pulang dengan keadaan umum baik. Pada intraoperasi diberikan drips oksitosin 20 IU dalam larutan ringer laktat 500 ml dan dilanjutkan pemberian drips oksitosin 20 IU dalam 500 ml ringer laktat sampai 24 jam setelah operasi. Di samping itu, untuk mencegah perdarahan diberikan uterotonika metilergometrin 0,2 mg/8 jam/ IV.

Di beberapa rumah sakit di Kota Makassar, miomektomi saat seksio sesarea sudah sering dilakukan walaupun hal ini masih kontroversi. Kami membawakan lagi laporan kasus ini untuk membuktikan bahwa miomektomi saat seksio sesarea aman untuk dilakukan.

Kesimpulan

Sebagai kesimpulan, miomektomi pada saat dilakukan seksio sesarea telah dilaporkan pada banyak penelitian, pada sebagian besar pasien, aman untuk dilakukan. Dan pada kasus ini, kami membuktikan hal tersebut.

Referensi

1. Novak ER, Woodruff JD. Myoma and other benign tumors of the uterus. Novaks Gynaecologic and obstetric pathology with clinical and endocrine relations. WB Saunders: Philadelphia 1979;260.
2. Kirean A, Lata A, Ashok A, Agrawal VK, Kanupriya A. Caesarean myomectomy: prospective study. NJIRM 2011; Vol. 2(3). P.11-4.
3. Katz VI, Dotters DJ, Drogemeullar W. Complications of uterine Leiomiomas in pregnancy. *Obstetr Gynnaecol* 1989; 73:593-96
4. Ogedengbe OK. Uterine fibroids. In: Okonofua F, Odunsi K (eds.), *Contemporary Obstetrics and Gynaecology for developing Countries*, Benin City: Women's Health and Action Research Centre. 2003; 202-213.
5. Agarwal K. Cesarean myomectomy. *South Asian Federation of Obstetrics and Gynecology*. 2010;2(3):183-5.
6. Winer-Muram HT, Muram D, Gillieson MS. Uterine myomas in pregnancy. *J of Ass of Canadian Radiologists*. 1984z;35:168

7. Rice JP, Kay HH, Mahony BS. The clinical significance of uterine leiomyomas during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1989;160
8. Phelan JP. Myomas and pregnancy. *Obstetrics and gynecology clinics of America*. 1995;22(4):801-05
9. Kwawukume EY. Myomectomy during cesarean section. *Int J Gynecol Obstet*. 2002;76:183-84.
10. Kwawukume EY. Cesarean myomectomy. *Afr J Reprod Health*. 2002;6:38-43.
11. Cobellis LP, Florio L, Stradella, et al. Electrocautery of myomas during cesarean section-2 case reports. *Eur J Obst Gynecol Reprod Biol*. 2002;102:98-99.
12. Sapmaz E, Celik H, Altungul A. Bilateral ascending uterine artery ligation vs tourniquet use of hemostasis in cesarean myomectomy-a comparison. *J Reprod Med* 2003;48:950-54.
13. Ehigiegba AE, Ande AB, Ojobo SI. Myomectomy during cesarean section. *Int J Gynecol Obstet*. 2001;75:21-25.
14. Roman AS, Tabsh KMA. Myomectomy at time of cesarean delivery. A retrospective cohort study. *BMC Pregnancy and Child Birth*. 2004;4:14-17.
15. Arifuddin S, Ronny T, Manuaba F, Rauf S, Djuanna A. Miomektomi pada seksio sesarea di beberapa rumah sakit dan rumah sakit bersalin di Makassar-Laporan Pendahuluan. Bagian/UP Obstetri dan Ginekologi FKUH/ RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar. 2002.