

Paradigma baru mengenai Miomektomi pada saat seksio sesarea*

A. DJUANNA

*Departemen Obstetri dan Ginekologi
Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin
Makassar*

Yang terhormat

Bapak Menteri Pendidikan Nasional Republik Indonesia
Ibu Menteri Kesehatan Republik Indonesia
Saudara Rektor dan Para Pembantu Rektor Universitas Hasanuddin
Saudara Ketua Senat, Sekretaris dan Anggota Dewan Guru Besar Universitas Hasanuddin
Saudara Dekan dan Para Pembantu Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin
Direktur Utama dan para direksi RSU Dr. Wahidin Sudirohusodo
Para Direktur RS dan RSB Sekotamadya Makassar
Para Guru Besar dan Staf Pengajar
Para Sejawat, para Peserta Program Studi Dokter Spesialis dan Mahasiswa
Para undangan serta hadirin yang saya muliakan

Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh

Alhamdulillah Rabbil Alamin, puji syukur saya panjatkan ke hadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmatNya kepada kita semua sehingga kita dapat berkumpul di tempat ini dalam rangka pengukuhan saya sebagai Guru Besar Tetap dalam bidang Ilmu Kebidanan dan Penyakit Kandungan pada Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.

Perkenankanlah saya mengucapkan terimakasih sebesar-besarnya kepada hadirin yang telah bersedia meluangkan waktu yang amat berharga untuk menghadiri upacara pengukuhan ini. Pada kesempatan ini saya akan menyampaikan pidato dengan judul:

Paradigma baru mengenai Miomektomi pada saat seksio sesarea

Hadirin yang saya muliakan,

Mioma atau disebut juga leiomyoma, fibromyoma, atau fibroid merupakan tumor jinak yang berasal dari otot polos dan sering ditemukan sehingga merupakan sepertiga kasus yang masuk di bagian ginekologi. Frekuensi tertinggi terdapat pada perempuan berumur 20 - 40 tahun, jarang ditemukan pada usia di bawah 20 tahun sedangkan pada usia menopause hampir tidak pernah ditemukan karena umumnya telah menjadi fibrotik dan tampak perkapuran.¹

Menurut letaknya mioma dapat dibagi menjadi 3 jenis: intramural, subserosa, dan submukosa. Sedangkan penampakan mikroskopisnya menunjukkan suatu tumor berbatas jelas, bersimpai, pada penampang menunjukkan masa putih dengan susunan lingkaran-lingkaran konsentrik di dalamnya.^{1,2}

Pada mioma jenis submukosa dan subserosa dapat bertangkai. Tangkai dapat menjadi panjang dan mioma berjalan-jalan disebut *wandering myoma* atau *migratory myoma*. Bila mioma jenis submukosa bertangkai keluar dari orificium uteri eksternum, disebut *myoma geburt*. Mukosa yang meliputi mioma ini dapat mengalami ulserasi.¹

Kadang-kadang mioma yang besar dapat melekat pada jaringan sekitar, misalnya omentum, lalu membentuk *supply* darah tersendiri dan kemudian melepaskan diri dari uterus disebut *parasitic leiomyoma*.²

* Diucapkan pada Upacara Penerimaan Jabatan Guru Besar Tetap dalam Bidang Ilmu Obstetri dan Ginekologi pada Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, Sabtu, 4 Juni 2005 di Makassar

Kadang-kadang leiomyoma jenis subserosa menonjol ke dalam ligamen dan membentuk leiomyoma intraligamen. Pada tumor besar dapat ditemukan bagian yang melunak berwarna kuning coklat atau merah, disebut nekrobiosis atau degenerasi merah, keadaan ini sering ditemukan pada kehamilan.¹

Jaringan nekrotik tersebut mengalami proteolisis sehingga terjadi degenerasi kistik. Pada usia lanjut tumor ini dapat mengalami perkapuran (*calcareous degeneration*).²

Pada gambaran mikroskopik: tumor terdiri atas berkas-berkas otot polos yang mengikal, yang menyerupai arsitektur myometrium normal. Sel-sel terdiri atas sel otot yang uniform dengan inti bulat panjang. Kadang-kadang stroma mengalami degenerasi hialin. Pada usia lanjut mioma sering mengalami degenerasi menjadi jaringan ikat.²

Sebagian besar kasus tidak terdapat gejala-gejala dan tumor ditemukan secara kebetulan pada pemeriksaan rutin atau saat operasi.^{1,3}

Hadirin yang saya muliakan,

Mioma uteri merupakan jenis tumor yang paling sering ditemukan. Berdasarkan otopsi, Novak menemukan 27% wanita berumur 25 tahun mempunyai sarang mioma, peneliti lain menyebutkan mioma uteri mencapai 40% dari wanita setelah berumur 35 tahun.⁴ Sedangkan hasil survei Rice dkk (dikutip dari Cunningham) menyebutkan bahwa di antara 6700 wanita hamil ditemukan 1,4% menderita mioma. Dalam banyak kasus kombinasi mioma uteri dengan kehamilan tidak mempunyai arti apa-apa. Di pihak lain kombinasi itu dapat menyebabkan komplikasi obstetrik yang besar artinya. Hal ini tergantung dari besar, jumlah dan lokasi tumor.^{5,6} Menurut perkiraan frekuensi mioma uteri dalam kehamilan dan persalinan berkisar 1%, dengan menyisihkan mioma kecil yang tidak terdeteksi,⁶ sedang menurut Merrill, insiden mioma uteri selama kehamilan bervariasi antara 0,3% sampai 7,2%.⁷

Pengaruh mioma uteri pada kehamilan antara lain: menyebabkan infertilitas, kemungkinan abortus bertambah, kelainan letak janin dalam rahim, menghalangi kemajuan persalinan, inersia dan atonia uteri, mempersulit lepasnya plasenta dan dapat mengganggu proses involusi dalam masa nifas.⁵⁻⁸ Loeffler dan Noble (1970) (dikutip dari Witfield) melaporkan bahwa 1/3 dari 180 wanita yang dilakukan miomektomi mengalami abortus pada kehamilannya, hanya 41 pasien yang melahirkan anak hidup di mana 25% di antaranya melalui seksio sesarea.⁸

Pada kehamilan, ukuran mioma cenderung membesar akibat adanya edema dan berdegenerasi namun bukan akibat adanya peningkatan proses proliferasi.⁷ Selain itu kehamilan sendiri dapat menyebabkan perubahan pada mioma uteri antara lain: tumor bertumbuh lebih cepat terutama bulan-bulan pertama, terjadi degenerasi merah pada waktu hamil maupun nifas dan dapat juga mengalami torsi dengan gejala-gejala abdomen akut walaupun jarang.^{5,6}

Hadirin yang saya muliakan,

Identifikasi mioma pada kehamilan kadang-kadang sulit, tapi hal ini dapat diatasi dengan pemeriksaan ultrasonografi (USG).⁹ Mioma uteri tidak mempunyai kapsul sejati (*true capsule*), batas tumor tumpul, tidak infiltratif dan biasanya dipisahkan dari miometrium oleh pseudokapsul, oleh karena itu mudah dilakukan enukleasi.¹⁰

Pilihan untuk melahirkan janin melalui seksio sesarea pada kasus kehamilan dengan mioma masih menjadi perdebatan. Seksio sesarea dianjurkan apabila terjadi gangguan proses persalinan.¹¹⁻¹⁴ Selain itu ukuran mioma yang lebih besar dari 5 cm dianjurkan untuk dilakukan seksio sesarea.¹⁵

Hadirin yang saya muliakan,

Perlu tidaknya tindakan miomektomi pada saat seksio sesarea sampai saat ini masih merupakan kontroversi. Beberapa ahli sangat berhati-hati untuk melakukan tindakan tersebut, bahkan menganjurkan untuk tidak melakukannya oleh karena dapat menyebabkan perdarahan yang hebat pada saat operasi. Dasar pemikirannya adalah adanya peningkatan vaskularisasi akibat proses kehamilan.^{7,8} Peneliti lain melakukan tindakan miomektomi hanya jika mioma tersebut berada pada daerah yang akan dilakukan insisi. Peneliti lain berpendapat bahwa jika terpaksa harus melakukan miomektomi, maka sebaiknya dilakukan sekaligus histerektomi.¹⁶ Lace mengatakan bahwa jika tumor yang ditemukan pada saat operasi ukurannya besar, maka operasi pengangkatannya sebaiknya dilakukan setelah 5-6 bulan pasca seksio sesarea.⁹ Howkins menyatakan bahwa pada hampir semua kasus adalah bijaksana untuk menunda miomektomi sampai uterus mengalami involusi, sebaiknya 6 bulan setelah seksio sesarea.¹⁰ Bahaya yang mungkin terjadi pada tindakan miomektomi pada saat seksio sesarea adalah sulitnya mengatasi perdarahan, terutama jika miomektomi dilakukan pada daerah pembuluh darah besar dari uterus atau pada daerah bekas implantasi plasenta.¹⁷

Apabila tidak dilakukan miomektomi, keberadaan tumor juga dapat mengganggu kontraksi uterus sehingga dapat terjadi perdarahan post partum.¹⁸⁻²¹ Chung melaporkan kasus miomektomi yang terpaksa dilakukan menyusul terjadinya perdarahan post partum akibat atonia uteri. Kontraksi uterus membaik setelah dilakukan miomektomi.¹⁸ Manuaba juga melaporkan terjadinya kematian ibu akibat perdarahan post partum pada pasien dengan kehamilan yang disertai mioma.²² Selain dapat menghalangi kontraksi uterus, mioma yang tidak diangkat pada saat seksio sesarea tersebut dapat pula mengakibatkan terhalangnya proses involusi, sehingga terjadi perdarahan pasca operasi.^{8,18,22} Selain itu mioma yang ditinggalkan dapat menyebabkan infertilitas sekunder. Hal ini disebabkan oleh karena mioma tersebut akan menghalangi perjalanan spermatozoa mencapai ovum.²³ Walaupun dikatakan bahwa mioma yang ditinggalkan setelah persalinan dapat mengecil, menghilang atau tetap ada, tetapi ukurannya tidak akan bertambah, namun mioma ini juga mempunyai potensi untuk menjadi ganas.⁸ Penundaan pengangkatan mioma 6 bulan setelah seksio sesarea juga dapat menyebabkan trauma psikologis yang cukup besar pada penderita karena harus menjalani operasi 2 kali dalam jarak waktu yang berdekatan.

Walaupun tindakan miomektomi saat seksio sesarea masih menjadi perdebatan namun tindakan ini telah dilaporkan semenjak tahun 1965 oleh Merger dan Lamy.^{24,25} Selanjutnya banyak penulis melaporkan keberhasilan dalam tindakan miomektomi saat seksio sesarea.^{14,19,21,26,28-30} Ehigiegba, Ande dan Ojobo melakukan miomektomi pada saat seksio sesarea terhadap 25 wanita dan berhasil mengangkat 84 mioma dengan ukuran bervariasi (2-10 cm).¹⁹ Kwawukume juga telah melakukan miomektomi pada saat seksio sesarea pada 12 wanita dan melaporkan involusi uteri pada semua wanita tersebut normal serta tidak didapatkan komplikasi bermakna selama puerperium.²¹

Hadirin yang saya muliakan,

Kontroversi mengenai boleh tidaknya miomektomi dilakukan pada saat seksio sesarea telah mendorong kami untuk mengembangkan teknik baru dalam melakukan miomektomi saat seksio sesarea yang dapat mengurangi risiko perdarahan yang dinamakan "double circle stitching" dan atau pemasangan *tourniquet* pada segmen bawah rahim. Pengembangan teknik hemostasis ini berdasarkan prinsip penutupan pembuluh darah kolateral maupun pembuluh darah utama yang memperdarahi tumor sebelum dilakukan pengangkatan tumor. Teknik ini telah kami

lakukan terhadap 114 ibu hamil dan tidak didapatkan komplikasi berupa perdarahan dan gangguan kontraksi pasca miomektomi sekalipun pada tumor-tumor yang berukuran besar (diameter terbesar 20 cm), jumlah mioma yang banyak (terbanyak adalah 7 buah) dan lokasi tumor yang sangat sulit seperti di serviks maupun intraligamenter.

Keuntungan dari tindakan miomektomi saat seksio sesarea adalah pasien tidak perlu mengalami operasi ulangan yang khusus menangani mioma²⁶ sehingga dapat menurunkan biaya operasi, juga dapat mencegah degenerasi maligna dan menghilangkan beban psikologis penderita.

Tindakan miomektomi saat seksio sesarea tetap merupakan prosedur yang mudah dan aman apabila dilakukan secara tepat. Upaya untuk meningkatkan keamanan dilakukan dengan melakukan hemostasis, enukleasi secara tajam serta mendekatkan miometrium dengan baik agar tidak terbentuk rongga mati (*dead space*) yang dapat menimbulkan hematoma.²⁷

Teknik "double circle stitching" bila dikombinasi dengan uterotonika dapat lebih memperkecil jumlah perdarahan yang mungkin terjadi. Hal ini logis, oleh karena dilakukan pengikatan pembuluh darah kolateral yang memperdarahi tumor, di samping menguatnya kontraksi otot-otot uterus yang juga akan menjepit pembuluh darah kolateral tersebut.

Hadirin yang saya muliakan,

Kenyataan di atas memberikan harapan yang cukup besar karena menguntungkan penderita, baik dari segi psikologis, meminimalisasi trauma jaringan (tidak perlu operasi berulang) dan lebih ekonomis. Bagi klinisi, teknik ini diharapkan dapat bermanfaat dalam mencegah perdarahan pada tindakan operasi miomektomi terutama pada kasus kehamilan dengan mioma. Selain itu, pengembangan teknik ini akan memperkaya teknik pembedahan pada operasi-operasi obstetri ginekologi. Asumsi kami, miomektomi pada saat seksio sesarea merupakan prosedur yang cukup aman, sehingga paradigma lama tentang kontraindikasi melakukan miomektomi pada saat seksio sesarea harus ditinjau kembali.

Hadirin yang saya muliakan,

Sebagai penutup pidato ini izinkanlah saya sekali lagi memanjatkan puji dan syukur pada Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan nikmatNya pada saya dan keluarga.

Perkenankanlah saya menyampaikan penghargaan dan terimakasih kepada pemerintah Republik Indonesia melalui Menteri Pendidikan Nasional yang telah mengangkat saya sebagai Guru Besar di Uni-

versitas Hasanuddin. Rasa hormat dan terimakasih kepada Rektor Universitas Hasanuddin atas kehormatan, kepercayaan dan tanggungjawab yang diberikan kepada saya untuk memangku jabatan Guru Besar Tetap dalam Ilmu Obstetri dan Ginekologi pada Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.

Rasa terimakasih saya kepada Rektor Universitas Hasanuddin pada masanya, Prof. Dr. A. Amiruddin, Prof. Dr. A. Hasan Walinono, Prof. Dr. Ir. Fachrudin, Prof. Dr. Basri Hasanuddin, MA, atas segala perhatian dan bantuannya. Kepada Prof. Dr. Ir. Radi A. Gany sebagai Rektor dan Ketua Senat serta kepada seluruh anggota Dewan Guru Besar Universitas Hasanuddin, saya menghaturkan terimakasih dan penghargaan atas kesediaannya menerima saya sebagai anggota Dewan Guru Besar Universitas Hasanuddin.

Kepada yang terhormat Prof. Dr. dr. Idrus A. Paturusi, SpBO, FICS Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, para Pembantu Dekan, para Kepala Bagian dan para Dosen dalam lingkungan Fakultas Kedokteran, saya menyampaikan terimakasih atas perhatian dan kerjasama yang diberikan kepada saya.

Kepada Prof. dr. R. Sedjawidada, SpTHT(K), Prof. dr. Solihin Wirasugena, SpPA(K), Prof. dr. HAM. Akil, SpPD(K), Prof. dr. Misbahuddin Adnan, SpRad(K), Prof. dr. Junus Alkatiri, SpPD(K), Almarhum Prof. dr. M. Farid, SpA(K) sebagai Dekan Fakultas Kedokteran pada masanya, saya sampaikan terimakasih dan penghargaan atas segala perhatian yang diberikan kepada saya.

Kepada yang terhormat, Almarhum Prof. dr. J. L. Makalew, SpOG, Prof. dr. Agus Sopacua, SpOG sebagai Kepala Bagian Ilmu Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin pada masanya, saya sampaikan terimakasih dan penghargaan atas segala perhatian yang diberikan kepada saya, semoga arwah beliau mendapat tempat yang layak di sisiNya.

Kepada Dr. P. J. Elliott, MD dan seluruh staf bagian Obgyn di University of New South Wales, Sydney, Australia, Prof. Dr. A. C. Drogendijk, MD dan Dr. Johannes A Wijnjen, MD di Erasmus University, Rotterdam, Prof. Dr. Twiggs, MD di University of Minnesota, Amerika Serikat, dan Prof. Fujiwara, MD, Ph.D dan Prof. K. Ohama, MD, Ph.D di Hiroshima University, Jepang, saya ucapkan terima kasih atas bantuan dan ilmu yang telah diberikan.

Dengan setulus hati saya mengucapkan terima kasih pula kepada dr. Ny. Sri T. Chalid, SpOG, dr. Juul Manuputty, SpOG, dr. Shelley Jubhari, SpOG(K), dr. Abadi Gunawan, SpOG(K) atas bimbingan dan kerja sama sejak saya memulai pendidikan di bagi-

an obgin sampai saat ini. Juga kepada semua kolega di bagian obgin Fakultas Kedokteran UNHAS saya ucapkan terima kasih atas kerja sama selama ini.

Kepada semua teman sejawat dokter spesialis dan dokter umum dalam lingkungan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin saya haturkan terima kasih pula atas kerja sama yang selama ini terjalin baik.

Kepada Direktur Rumah Sakit Umum Dr. Wahidin Sudirohusodo pada masanya, Almarhum dr. Wahid Baelang, dr. A. Nurfiyah Patiroi, MHA, dan dr. Nurdin Perdana, SKM, terimakasih atas perhatian, kesempatan serta kerjasama yang sangat baik yang diberikan kepada saya. Kepada Direktur RS Pelamonia, RS Akademis Jaury Jusuf Putra, RSI Faisal, RS Stella Maris, RS Hikmah, RS Bhangkara, RSB Catherine Booth, RSIA St. Fatimah, RSB St. Khadijah, RSB Sentosa, RSU Grestelina, RSB Elim, RSB St. Miriam, RSB Budi Mulia, RSU Haji, RSU Luramay, saya mengucapkan terimakasih atas perhatian dan kerjasamanya.

Kepada semua peserta PPDS Obstetri dan Ginekologi, para bidan dan paramedis serta staf administrasi bagian Obstetri dan Ginekologi saya ucapkan pula terima kasih.

Kepada Semua guru-guru saya mulai dari Sekolah Dasar, Sekolah Menengah Pertama, Sekolah Menengah Atas, dosen-dosen saya di Fakultas Kedokteran, baik yang masih hidup maupun yang telah berpulang ke Rahmatullah, saya menghaturkan terimakasih dan penghargaan yang tulus atas segala jasa-jasanya yang telah meletakkan dasar-dasar ilmu pengetahuan sehingga saya dapat sampai ke tingkat yang sekarang ini.

Kepada kedua orangtua saya yang telah berpulang ke Rahmatullah, Ayahanda Almarhum A. Djuanna dan ibunda Almarhumah Becce Pance Djuanna yang telah membesarkan saya, mendidik dan membimbing dengan penuh rasa kasih sayang, perkenankan saya menyampaikan terimakasih, hormat dan kasih sayang saya. Semoga ayahanda dan ibunda tercinta mendapatkan tempat yang sebaik-baiknya di sisi Allah SWT. Kepada kedua mertua saya, Almarhum H. Abdul Madjid Pattaropura dan Almarhumah St. Sohrah Madjid, yang selalu menyangi saya dan memberikan keteladanan yang baik, perkenankan saya menyampaikan terimakasih, hormat dan kasih sayang saya. Semoga Allah SWT memberikan tempat yang lapang di sisiNya.

Terimakasih saya ucapkan kepada istri saya Arie yang tercinta yang dengan penuh pengertian, pengorbanan, keikhlasan dan ketabahan, yang senantiasa membantu dan memberikan semangat hingga mencapai jenjang tertinggi dan terhormat ini.

Kepada anak-anak saya tercinta, Armand, Shanty, Yuli, Almarhum Ika dan Rani serta menantu-menantu saya, Imelda, Kholis dan Ari, juga cucu-cucu saya, Aika, Noura dan Muthia, terimakasih atas dukungan cinta dan kasih sayang kalian.

Kepada saudara-saudara dan ipar-ipar saya serta semua sanak keluarga dan teman-teman yang tidak dapat saya sebutkan satu per satu, pada kesempatan ini saya ucapkan terimakasih.

Semoga Allah SWT yang Maha Pengasih dan Maha Penyayang selalu melimpahkan rahmat dan karuniaNya kepada kita semua. Amin.

Wassalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh.

RUJUKAN

- Hillard PA. Benign disease of the female reproductive tract: symptom and signs. In: Berek JS, Adashi EY, editors. *Novak's gynecology*. 11th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996, p. 358-61
- Fenner DE. Fibroids: basic information. In: Bieber EJ, Maclin VM, editors. *Myomectomy*. 1st ed. London: Blackwell Science; 1998, p. 1-11
- Mangunkusumo RR. Alat kelamin wanita dan payudara. Dalam: Himawan S, editor. *Kumpulan kuliah patologi. Edisi Pertama*. Jakarta: Bagian Patologi Anatomi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 1973, p. 318
- Joudosaputra MS. Tumor jinak pada alat genital. Dalam: Prawirohardjo S, Wiknjastro H, Sumapraja S, editor. *Ilmu Kandungan*. Edisi Kedua. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka; 1997, p. 338-45
- Hudono ST, Moeloek FA. Penyakit dan kelainan alat kandungan. Dalam: Wiknjastro H, Saifuddin AB, Rachimhadhi T, eds. *Ilmu Kebidanan*. Edisi ketiga. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka; 1991, p. 421-3
- Febo G, Tessarolo M, Leo L, Arduino S, Wierdis T, Lanza L. Surgical management of leiomyomata in pregnancy. *Clin Exp Obstet Gynecol* 1997 April; XXIV(2): 76-8
- Merill JA, Creasman WT. Benign lesions of the uterine corpus. In: Danforth's obstetrics and gynecology, 6th ed. Philadelphia: JB Lippincott Comp; 1999, p. 1027-39
- Whitfield CR. Benign tumours of the uterus. In: Whitfield CR, editor. *Dewhurst's textbook of obstetrics and gynecology for postgraduates*. 5th ed. Victoria: Blackwell Science; 1995, p. 738-46
- Lace CG. Benign disorders of the uterine corpus. In: Pernol ML, Benson RC, editors. *Current obstetrics & gynecologic diagnosis & treatment* 1987. California: Appleton & Lange; 1987, p. 657-61
- Howkins J, Worthy J. Abdominal myomectomy. In: *Bonney's gynaecological surgery*. London: William Clowers & Sons; 1974, p. 410-48
- Roberts WE, Fulp KS, Morrison JC, Martin JN. The impact of leiomyomas on pregnancy. *Aust NZ J Obstet Gynecol* 1999; 39(1): 43-7
- Vergani P, Ghidini A, Strobelt N, Roncaglia N, Locatelli A, Lapinski RH, et al. Do uterine leiomyomas influence pregnancy outcome? [Abstract]. *Am J Perinatol* 1994; 11(5): 356-8
- Kommos F, DeGregorio G, Strittmatter B, Pfisterer J, Karck U, Zahradnik HP, et al. Obstetric complications, incidence and indications of cesarean section in uterus myomatosus [abstract]. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 1993; 53(8): 564-7
- Omar SZ, Sivanesaratnam V, Damodaran P. Large lower segment myoma--myomectomy at lower segment caesarean section--a report of two cases[Abstract]. *Singapore Med J* 1999; 40(2): 109-10
- Hutton J. Gynecological disease (non-malignant). In: James DK, Steer PJ, Wiener CP, Gonik B, editors. *High risk pregnancy management options*. 2nd ed. London: W.B. Saunders; 1999, p. 937-9
- Konrad S, Tanyi J. Postpartum hysterectomy [abstract]. *Orv Hetil* 1996; 137(21): 1127-31
- Exacoustos C, Rosati P. Ultrasound diagnosis of uterine myomas and complications in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1993; 82: 97-101
- Chung TKH, Chan MYM, Stock AI. Myomectomy in the treatment of postpartum haemorrhage. *BJOG* 1994; 101: 73-4
- Ehigiegba AE, Ande AB, Ojobo SI. Myomectomy during cesarean section. *Int J Gynaecol Obstet* 2001; 75(1): 21-5
- Liu J, Han F, Bian X. Optimal management of postpartum hemorrhage [Abstract]. *Chin Med J (Engl)* 2001; 114(12): 1280-2
- Kwawukume EY. Myomectomy during cesarean section. *Inter J Gynecol Obstet* 2002; 76: 183-4
- Manuaba F, Djuana A. Post partum hemorrhagic in pregnancy complicated with myoma uteri. In: *The 12th Western Pacific Association of Critical Care Medicine*; August 22-25, 2002; Nusa Dua, Bali, p. 110
- Graber EA. Surgery of the uterus in pregnancy. In: Barber HRK, Graber EA, editors. *Surgical disease in pregnancy*. London: WB Saunders Company; 1974, p. 375-95
- Merger R, Levy J, Melchior J, Lebeau JM. Myomectomy during cesarean section [abstract]. *Gynecol Obstet (Paris)* 1965; 64(3): 343-6
- Lamy M, Boutin P. Myomectomy combined with a caesarian performed at term [abstract]. *Bull Fed Soc Gynecol Obstet Lang Fr* 1965; 17(3): 236-40
- Arifuddin S, Manuaba F, Ronny T, Rauf S, Djuanna A. Miomektomi pada seksio sesarea di beberapa rumah sakit dan rumah sakit bersalin di Makassar (laporan pendahuluan) [Abstrak]. *Maj Obstet Gynecol Indones* 2002; 26 (Supp. 1): 14-5
- Ben-Rafael Z, Perri T, Dekel A, Krissi H, Dicker D. Myomectomy during cesarian-section. Time to reconsider? In: Ben-Rafael Z, Diedrich K, Dudenhausen J-W, Mettler L, Schneider HPG, Shoham Z, editors. *The 4th World Congress on Controversies in Obstetrics Gynecology and Infertility*; 2003 April 24-27; Berlin, Germany. Berlin: E. Oren Publisher Ltd.; 2003, p. 352-6
- Cobellis L, Messali EM, Stradella L, Pecori E, Gioino E, De Lucia E, et al. Myomectomy during cesarean section and outside pregnancy. Different outcomes of scars [Abstract]. *Minerva Ginecol* 2002; 54(6): 483-6

-
29. Celik C, Acar A, Cicek N, Gezginc K, Akyurek C. Can myomectomy be performed during pregnancy? [Abstract]. *Gynecol Obstet Invest* 2002; 53(2): 79-83
30. Underwood PB. Been there-done that: surgical challenges. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179(2): 330-5