

Penanganan Adenomyosis dengan Reseksi Laparotomik pada Perempuan Infertil (Pengalaman pada 32 kasus)

RAJUDDIN*
T. Z. JACOEB**

**Divisi Fertilitas Endokrinologi Reproduksi Bagian Obstetri dan Ginekologi
Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala Darussalam
Banda Aceh*

***Divisi Fertilitas Endokrinologi Reproduksi Departemen Obstetri dan Ginekologi
Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
Jakarta*

Tujuan: Untuk melihat hasil tatalaksana pengobatan adenomyosis dengan reseksi.

Rancangan/rumusan data: Kajian retrospektif deskriptif.

Tempat: Klinik Fertilitas dan Menopausa SamMarie Jakarta.

Bahan dan cara kerja: Dikumpulkan kasus adenomyosis pada perempuan infertil selama tiga tahun (Januari 1999 sampai Desember 2001) yang diagnosis ditegakkan dengan USG transvaginal. Kasus dilakukan reseksi secara laparotomi dan dilakukan pemeriksaan Patologi anatomi sebagai diagnosis pasti adenomyosis uteri. Dan pascareseksi dinilai perubahan gejala klinis, angka keberhasilan hamil dan laju kekambuhan.

Hasil: Selama 3 tahun ditangani 1619 kasus infertilitas dan terdapat 66 (4,07%) kasus adenomyosis yang didiagnosis dengan USG transvaginal. Sebanyak 32 kasus dilakukan tindakan operasi reseksi dengan hasil histopatologi menunjukkan 30 (93,75%) kasus adenomyosis dan 2 (6,25%) kasus mioma uteri. Yang berhasil hamil adalah 3 (9,4%) kasus yaitu dua kasus melahirkan hidup, satu kasus berakhir dengan abortus 6 minggu. Dan 25 (78,1%) kasus tidak hamil dan 4 (12,5%) kasus terjadi kekambuhan penyakit. Hilang gejala tapi tidak hamil 24 (75,35%) kasus.

Kesimpulan: Pengobatan adenomyosis dengan reseksi dapat menyembuhkan lesi dan dapat terjadi kehamilan. Kekambuhan penyakit dapat terjadi setelah satu tahun pascareseksi.

[Maj Obstet Ginekol Indones 2008; 32-1: 22-5]

Kata kunci: adenomyosis, reseksi, infertil

Objective: To observe the results of adenomyosis management with resection.

Design/data identification: Retrospective, descriptive study.

Setting: Fertility and Menopausa SamMarie Clinic, Jakarta.

Materials and methods: Cases of adenomyosis in infertile women were collected for three years (January 1999 to December 2001) and the diagnoses were confirmed using transvaginal USG. Cases done undergoing laparotomic resection and inspection Patologi anatomy as diagnoses adenomyosis uteri. And were evaluated for changes in clinical symptoms, rate of successful pregnancy, and postoperative recurrences rate.

Results: During three years as many as 1619 infertility cases were managed, and among which 66 (4.07%) cases of adenomyosis were diagnosed with transvaginal USG. As many as 32 cases of surgical resection, the histopathological results showed 30 (93.75%) cases of adenomyosis and 2 (6.25%) cases of uterus myoma. Three cases (9.4%) were successfully pregnant, i.e., two cases had live birth, one case ended up with 6-week abortion. Moreover, 25 (78.1%) cases were not pregnant and 4 (12.5%) disappear of the symptom, but doesnot pregnant of 24 (75,35%).

Conclusion: Treatment with resection could heal lesions and can happened pregnancy, yet recurrence of disease may occur after one postoperative year.

[Indones J Obstet Gynecol 2008; 32-1: 22-5]

Keywords: adenomyosis, resection, infertile

PENDAHULUAN

Adenomyosis merupakan endometriosis interna yang tumbuh di sela-sela miometrium. Ciri khasnya adalah penetrasi progresif stroma dan kelenjar endometrium ke dalam miometrium yang diikuti dengan hiperplasia otot polos dan perubahan lingkungan imun lokal.^{1,2} Penyakit ini sangat sering ditemukan sebagai penyebab dismenorea, menoragia dan infertilitas. Pertumbuhannya dipicu oleh kelemahan otot polos uterus atau adanya peningkatan tekanan intrauterin atau gabungan keduanya. Kadar estrogen yang tinggi dan perubahan imunitas seluler juga telah dihubungkan dengan kejadian adenomyosis.^{1,2,3}

Penyakit ini sebagian besar muncul pada akhir masa reproduksi dan perimenopause.¹ Angka ke-

jadiannya beragam menurut cara pemeriksaan dan temuan kasus; secara klinis ditemukan 10-20%,³ sedangkan berdasarkan histopatologis ditemukan 20-40%.^{1,3,4} Lebih dari 80% penderita adenomyosis memiliki uterus abnormal; 50% seiring dengan mioma uteri, 11% dengan endometriosis, dan 7% dengan polip endometrium.^{1,5} Kekambuhan pascabedah dan pascapengobatan medisinal adalah 33-40,3%.^{6,7}

Gejala klinisnya sangat beragam, tersering adalah dismenorea (80%), selain itu juga ditemukan nyeri pelvik (50%), infertilitas (40%), dan gangguan haid (20%). Gejala penyerta lain adalah menoragia, dispareunia, nyeri suprapubik, pembesaran uterus, gangguan miksi dan ada juga yang tanpa keluhan. Menoragia terjadi karena vaskularisasi ja-

ringan bertambah dan otot uterus tidak dapat berkontraksi dengan sempurna karena adanya jaringan mirip endometrium di tengahnya.^{1,5,6,7}

Hingga kini silang pendapat masih berlanjut tentang bagaimana melakukan diagnosis dan penanganannya, khususnya pada perempuan yang masih menginginkan uterus dan atau masih ingin memiliki keturunan. Diagnosis pastinya hanya dapat ditegakkan secara histopatologis. Pada perempuan dengan paritas cukup atau perempuan lanjut usia pilihan pengobatan adenomiosis yang dianjurkan adalah histerektomi total. Tindakan bedah juga dianjurkan bilamana pengobatan hormonal 3 bulan tidak memberikan hasil yang memuaskan. Pada perempuan usia subur dengan masalah infertilitas, maka tindakan yang perlu dipikirkan adalah melakukan reseksi adenomiosis.^{1,3,8}

Tulisan ini secara umum akan membahas pengalaman penanganan adenomiosis pada perempuan infertil dengan cara bedah reseksi adenomiosis uteri.

BAHAN DAN CARA KERJA

Penelitian ini merupakan kajian retrospektif deskriptif yang dilakukan terhadap perempuan infertil selama tiga tahun (dari Januari 1999 hingga Desember 2001, ditangani 1619 kasus perempuan infertil) yang ditapis di Klinik Fertilitas dan Menopausa SamMarie Jakarta. Data klinis dikumpulkan dari rekam medis pasien, yang mencakup umur, lama infertilitas, ukuran lesi, keluhan atau gejala, hasil patologi anatomi dan tindakan reseksi. Data patologi anatomi hasil reseksi dipastikan ulang dengan spesialis Patologi Anatomi RSIA Budhi Jaya, Jakarta.

Pada setiap pasien infertil dilakukan penapisan dan pemeriksaan dasar infertilitas. Genitalia interna khususnya uterus juga diperiksa dengan ultrasonografi (USG) transvaginal *Panasonic* berpenjejak transvaginal 7,5 MHz. Diagnosis adenomiosis didasarkan pada temuan area fokal berbatas tak-tegas dan ekhogenesitas menurun atau meningkat. Penanganan kasus dengan dilakukan reseksi adenomiosis melalui laparotomi, prabedah pasien disuntik goserelin asetat (*Zoladex*) 3,6 mg subkutan 4 minggu sebelumnya. Tindakan reseksi adenomiosis dikerjakan pada minggu ke-5. Pascabedah, suntikan goserelin asetat dilanjutkan lagi sebanyak 2 kali setiap 4 minggu. Data yang terkumpul diolah dan dianalisis terhadap keberhasilan hamil, hilangnya gejala dan kekambuhan penyakit. Dalam olahan dan sajian data, angka purata (*mean*) ditampilkan sesat baku (*standard error*, *SE*) sebagai $\bar{X} \pm SE$.

HASIL PENELITIAN

Dari 1619 kasus perempuan infertil yang ditangani pada penapisan awal ditemukan 4,1% (66/1619) kasus adenomiosis. Sebanyak 54,6% (36/66) kasus dilakukan pembedahan, terdiri dari 48,5% (32/66) kasus reseksi dan 8,1% (4/66) kasus histerektomi. Sisanya 45,5% (30/66) kasus ditangani secara medisinal. Kasus yang dilakukan histerektomi dan penanganan medisinalis dikeluarkan dari analisis. Selanjutnya jumlah kasus yang dianalisis adalah 32 kasus saja.

Ciri kasus

Sebaran kasus berdasarkan karakteristik umur, lama infertilitas dan volum lesi ditampilkan pada Tabel 1. Dari 32 kasus terlihat bahwa umur ($\bar{X} \pm SE$) adalah $35,3 \pm 0,7$ tahun, umur tertinggi 50 tahun dan terendah 28 tahun. Lama infertilitas ($\bar{X} \pm SE$) $86,9 \pm 8,5$ bulan. Volum lesi terkecil $2,8 \text{ mm}^3$ dan terbesar $119,4 \text{ mm}^3$, ($\bar{X} \pm SE$) $28,9 \pm 3,8 \text{ mm}^3$.

Tabel 1. Ciri kasus

Variabel	N	$\bar{X} \pm SE$
Umur (tahun)	32	$35,3 \pm 0,7$
Lama infertilitas (bl)	32	$86,9 \pm 8,5$
Volum lesi (mm^3)	32	$28,9 \pm 3,8$

Paritas

Paritas pada penelitian ini menunjukkan terbanyak adalah paritas nol 26 kasus (81,3%), paritas 1 sebanyak 3 kasus (9,4%) dan sisanya paritas 2 dan 3 seperti terlihat pada Tabel 2.

Tabel 2. Ciri paritas kasus

Paritas	N	%
0	26	81,3
1	3	9,4
2	1	3,1
3	2	6,2
Total	32	100

Keluhan pasien

Gejala yang paling sering dikeluhkan oleh pasien adalah dismenorea 11 kasus (34,4%), dismenorea dan diskezia 9 kasus (28,1%). Sedangkan gejala lainnya tersebar relatif sama seperti ditunjukkan pada Tabel 3.

Tabel 3. Keluhan pasien

Keluhan pasien	N	%
Dismenorea	11	34,4
Dismenorea dan diskezia	9	28,1
Nyeri pelvik	5	15,6
Menoragia	4	12,5
Dispareunia	3	9,4
Total	32	100,0

Diagnosis

Dari 66 kasus, 32 kasus yang dilakukan operasi reseksi hasil histopatologisnya menunjukkan 24 kasus (75,0%) adenomiosis saja dan 6 kasus (18,7%) campuran adenomiosis-kista endometriosis, sisanya 2 kasus (6,3%) miom uterus. (Tabel 4)

Tabel 4. Diagnosis sebelum operasi (USG) dan setelah operasi (PA)

Diagnosis	USG	Hasil PA
Adenomiosis	26 (81,3%)	24 (75,0%)
Adenomiosis dan kista endometriosis	6 (18,8%)	6 (18,7%)
Miom uterus	0 (0 %)	2 (6,3%)
Total	32 (100%)	32 (100%)

Hasil pengobatan

Hamil dan gejala hilang

Sebanyak 32 kasus yang dilakukan reseksi (Tabel 5) adalah 3 kasus (9,4%) hamil, yaitu dua kasus melahirkan hidup dan satu kasus berakhir dengan abortus 6 minggu, semua kehamilan terjadi pada paritas nol. 25 kasus (78,1%) tidak hamil dan sebanyak 4 kasus (12,5%) terjadi kekambuhan penyakit.

Tabel 5. Jumlah kasus yang dilakukan reseksi

Hasil	N	%
Hamil		
Hamil dan melahirkan	2	6,3
Hamil dengan abortus	1	3,1
Tidak hamil	25	78,1
Kekambuhan	4	12,5
Total	32	100
Penyembuhan gejala		
Gejala hilang	28	87,5
Gejala tidak hilang	4	12,5
Total	32	100

Gejala hilang

Dari 32 kasus yang dilakukan reseksi menunjukkan 28 kasus (87,5%) gejala hilang dan 4 kasus (12,5%) gejala tidak hilang. (Tabel 5)

PEMBAHASAN

Secara klinis keluhan adenomiosis mirip dengan miom uterus termasuk dismenorea, menoragia dan pembesaran uterus. Pembesaran uterus pada adenomiosis umumnya bersifat difus, sehingga uterus membesar simetris dengan struktur yang globuler.^{1,2} Pada jenis fokal pembesaran dapat terjadi simetris atau asimetris dan menimbulkan dismenorea. Umumnya dinding uterus menebal dan dinding posterior biasanya lebih tebal.⁵ Adenomiosis dapat ditemukan sebagai tumor dengan batas yang tidak tegas, disebut endometrioma uteri, dan sukar dibedakan dengan miom uterus. Gambaran mikroskopisnya yang khas adalah adanya stroma dan kelenjar mirip endometrium ektopik di dalam otot uterus.^{1,3,5} Kelenjar mirip endometrium ini dapat mengikuti perubahan siklik, dan umumnya bereaksi tidak sempurna terhadap pengaruh hormon steroid ovarium. Kehamilan akan menyebabkan kelenjar mirip endometrium ektopik ini berubah seperti desidua. Jaringan otot di sekitar kelenjar mirip endometrium mengalami hipertrofi dan hiperplasia dengan gambaran tumor nirkapsul dengan bintik-bintik hitam di dalamnya.^{1,7}

Ciri kasus pada penelitian ini tampak bahwa adenomiosis lebih banyak terjadi pada umur 31 - 35 tahun dengan purata $35,3 \pm 0,7$ tahun. Sebagian besar kasus 81,3% adalah paritas nol, hal ini dikarenakan kasus yang diteliti adalah pasien infertilitas yang sudah lama ingin punya anak dengan lamanya infertilitas purata $86,9 \pm 8,5$ bulan. Seperti yang dilaporkan oleh Wang dan kawan-kawan pada semua pasien didapatkan umur lebih dari 30 tahun dan lama infertilitas lebih dari 60 bulan.⁹ Untuk menegakkan diagnosis adenomiosis dengan USG transvaginal sebaiknya didasari pada didapatnya gambaran daerah hipoekhoik, ekhotektur miometrium yang heterogen, gambaran lakuna-lakuna kecil anekhoik, pembesaran uterus asimetris, nirbatas endometrium dan miometrium dan penebalan halo endometrium.¹⁰

Penelitian sebelumnya menyebutkan ultrasonografi transvaginal dapat menilai massa di pelvik dan membedakan antara endometriosis ovarium dan massa ovarium lainnya.¹⁰ Ultrasonografi transvaginal memiliki sensitivitas 84% dan spesifisitas 90%

pada masa ovarium.¹⁰ Pada penelitian ini, 32 kasus yang diagnosis adenomiosis dengan USG transvaginal. Pascareseksi hasil histopatologinya menunjukkan 30 kasus (93,7%) sesuai dengan adenomiosis dan 2 kasus (6,3%) sesuai miom uterus. Bentuk uterus yang membesar difus ternyata tidak semuanya adenomiosis karena terdapat 2 kasus yang hasil histopatologi miom uterus. Hal ini menunjukkan bahwa miom uterus dapat berbentuk fokal maupun difus demikian juga dengan adenomiosis.

Pada penelitian ini, angka kehamilan reseksi adenomiosis adalah 9,4%. Hamil yang berakhir dengan keguguran terjadi 1 kasus, hal ini seperti yang dikemukakan oleh Michael Lukes dan kawan-kawan⁷, bahwa risiko abortus pada perempuan adenomiosis 4 kali lebih besar dibandingkan perempuan yang tidak ada adenomiosis. Kekambuhan pascabedah adalah 33 - 40,3%.⁶ Pada penelitian ini didapat kambuhan 12,5% setelah satu tahun pascareseksi.

Berdasarkan keluhan, dikatakan 35% penderita adenomiosis tidak mengalami keluhan atau tanpa gejala, sedangkan yang lainnya mengalami keluhan berupa dismenorea, nyeri pelvik dan menoragia.⁷ Pada penelitian ini semua pasien mengalami keluhan yaitu 62,5% menderita dismenore, 12,5% menoragia dan 25% nyeri pelvik dan dispauseunia, hal ini mungkin disebabkan pasien berobat karena adanya keluhan dan infertilitas. Dismenore mungkin disebabkan oleh iritabilitas uterus atau edem pseudodesidual di sekitar lesi adenomiosis. Kontraksi uterus yang tidak baik selama menstruasi akan memperluas permukaan endometrium, yang menyebabkan produksi prostaglandin berlebihan dan di pihak lain hiperestrogen dianggap sebagai penyebab menoragia.^{7,8,11}

Angka kehamilan pada penelitian ini relatif rendah disebabkan oleh beberapa hal yaitu:

1. Banyak penderita yang tidak kontrol secara teratur sehingga penanganan infertilitas sulit dilaksanakan.
2. Tidak diberikan pengobatan lain, seperti pemicu ovulasi.
3. Penyebab infertilitas lain belum ditangani secara tuntas.
4. Usia pasien yang terlalu tua dan infertilitas terlalu lama.

KESIMPULAN

Hasil awal pengobatan reseksi adenomiosis merupakan metode yang efektif untuk menghilangkan

lesi, walaupun kekambuhan lesi tetap ada. Keberhasilan hamil mencapai 9,4%, dengan angka kekambuhan 12,5%. Untuk menilai keberhasilan reseksi lebih lanjut perlu dilakukan penelitian dengan sampel yang lebih besar.

UCAPAN TERIMA KASIH

Kami tak lupa mengucapkan terima kasih kepada pimpinan klinik Fertilitas dan Menopausa SamMarie Jakarta atas bantuan untuk memperoleh data kasus yang dikelola oleh dr. R. Muharam, SpOG untuk bantuan pengolahan data. Juga terima kasih kepada dr. Mahlil Rubi, M.Kes untuk bantuan konsultasi statistik sehingga penelitian ini dapat selesai.

RUJUKAN

1. Kistner's Ryan, Adenomyosis in Gynecology and Women's Health, 7th ed, Philadelphia: Mosby - Year 1999: 127-9
1. Speroff L, Glass RH, Kae NG. Clinical Endocrinology Gynecologic and infertility: Endometriosis. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 1999: 1057-69
2. Hesla JS, Rock JA. Endometriosis in Te Linde's Operative Gynecology 7th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven 1992: 463-93
3. Ben AN, Berriri H, Gara F. Adenomyosis: analysis of 35 cases. Tunis med 2001, 79(8-9): 447-51 [*Medline*]
4. Ferenczy A. Pathophysiology of adenomyosis. Hum Reprod Update 1998; 4: 312-22 [*Medline*]
5. Davis M. Endometriosis, Adenomyosis and Leiomyosis Medical Library Home Tabl Content. MD Consult.com
6. Michael L, Maria AA, Andrew T. Adenomyosis: Symptoms, Histology, and Pregnancy Terminations. Obstet Gynecol 2000; 95: 688-91
7. Zeitoun K, Bulun SE. Aromatase: a key molecule in the pathophysiology of endometriosis and a therapeutic target. Fertil Steril 1999; 72: 961-7
8. Wang PH, Yang TS, Lee WL, Chao HT, Chang SP, Yuan CC. Treatment of infertile women with adenomyosis with a conservative microsurgical technique and a gonadotropin-releasing hormone agonist. Fertil Steril 2000; 73: 1061-2
9. Botsis D. Adenomyosis and leiomyoma; Differential diagnosis with transvaginal sonography. J Clin Ultrasound 1998; 26: 21-5
10. Ekanazi B, Wamer M, Bonsignore L, Olive D, Samuels S, Vercellini P. Validation study of nonsurgical diagnosis of endometriosis. Fertil Steril 2001; 76: 929-35