

Peran Laparoskopi Operatif pada Nyeri Pelvis Kronis

W. HADISAPUTRA

Divisi Kesehatan Reproduksi
Departemen Obstetri dan Ginekologi
Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia/
RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo
Jakarta

Tujuan: Mengkaji peran laparoskopi operatif pada beberapa kelainan sebagai penyebab nyeri pelvis kronis, seperti endometriosis, perlekatan pelvis dan endosalpingiosis.

Rancangan/rumusan data: Kajian pustaka.

Hasil: Pada pemeriksaan laparoskopi untuk tujuan pengobatan nyeri pelvis, 33% ditemukan endometriosis, 24% perlekatan genitalia interna sisanya tidak ditemukan kelainan. Ditemukan bahwa skor AFS pada endometriosis tidak berkorelasi dengan lamanya nyeri, beratnya nyeri maupun keterbatasan aktivitas. Operator harus waspada terhadap beberapa tampilan visual laparoskopi yang menyerupai lesi endometriosis. Endosalpingiosis merupakan temuan baru lesi di peritoneum pelvis yang mungkin merupakan salah satu penyebab dari nyeri pelvis.

Kesimpulan: Penyebab nyeri pelvis kronis yang paling sering adalah perlekatan pelvis, endometriosis, dan endosalpingiosis. Laparoskopi baik diagnosis maupun operatif merupakan intervensi ginekologik penting dalam menangani nyeri pelvis kronis.

[Maj Obstet Ginekol Indones 2006; 30-3: 152-5]

Kata kunci: perlekatan genitalia, endometriosis, endosalpingiosis.

Objective: To review the role of operative laparoscopy in chronic pelvic pain patient, as a treatment for endometriosis, pelvic adhesions and endosalpingiosis.

Design/data identification: Literature study.

Results: In laparoscopic surgery to manage chronic pelvic pain suggest endometriosis is diagnosed 33%, pelvic adhesion in 24% and the rest no visible pathology. The score of AFS in endometriosis has little correlation to the length of pain as well as severity of pain. The operator should be vigilant to deferential diagnosis of endometriotic lesion in the pelvic peritoneum. Endosalpingiosis is the new pathology in pelvic peritoneum, which possible as one of the cause of pelvic pain.

Conclusions: The most common causes of chronic pelvic pain are; pelvic adhesions, endometriosis and endosalpingiosis. Laparoscopy diagnostic and operative as well has had a major role in gynecologic evaluation of chronic pelvic pain.

[Indons J Obstet Gynecol 2006; 30-3: 152-5]

Keywords: pelvic adhesions, endometriosis, endosalpingiosis.

PENDAHULUAN

Nyeri secara umum didefinisikan sebagai sensasi dan pengalaman emosi tidak menyenangkan yang diasosiasikan dengan kerusakan jaringan baik yang sudah terjadi maupun mungkin akan terjadi.¹ Sedangkan nyeri kronis pelvis didefinisikan sebagai nyeri nonsiklik pada daerah pelvis, dinding anterior abdomen di bawah umbilikus, belakang lumbosakral dan regiogluteus yang cukup berat sehingga menyebabkan ketidaknyamanan fungsional dan memerlukan pengobatan, yang telah diderita selama 6 bulan atau lebih.²

Komunitas peneliti Gallup menemukan 15% dari wanita usia 18 - 50 tahun menderita nyeri pelvis kronis³ serta kelompok peneliti dari Inggris mendapatkan bahwa prevalensi nyeri pelvis sama dengan prevalensi penyakit-penyakit lain seperti asma, sakit punggung dan migren pada wanita umur 18 - 49 tahun.⁴

Etiologi nyeri pelvis kronis ditinjau dari sumber penyebabnya, dapat berawal dari viseral atau somatik. Sumber viseral ialah organ reproduksi, urogenital dan gastrointestinal, sedangkan sumber somatik adalah tulang-tulang pelvis, ligamen, otot dan fascia.

Modalitas diagnostik maupun terapeutik Endoskopi seperti, Laparoskopi, Histeroskopi, Kolposkopi atau Sistoskopi sangat tepat untuk mendiagnosis penyebab sumber viseral dengan jenis penyakitnya seperti endometriosis, sistitisintertitiel dan sindrom iritasi usus. Di Amerika 40% laparoskopi dilakukan atas indikasi nyeri pelvis.⁵

LAPAROSKOPI DIAGNOSTIK

Dari pemakaian Laparoskopi diagnosis atas indikasi nyeri pelvis, ditemukan 33% endometriosis, 24% perlekatan genitalia dan sisanya tidak ditemukan kelainan genitalia.⁵ (Tabel 1)

Tabel 1. Penemuan laparoskopi dari 1.529 wanita dengan keluhan nyeri pelvis kronis 1981-1999.(Howard)⁵

Jenis Kelainan	%
Tidak ditemukan kelainan	35
Endometriosis	33
Perlekatan	24
Radang pelvis kronis	5
Kista ovarium	3
Varikosis pelvis	< 1
Leiomioma	< 1
Lain-lain	4

Dengan demikian diketahui bahwa laparoskopi menunjukkan peran penting dalam mendiagnosis endometriosis, perlekatan pelvis, kista ovarium, varikosis pelvis serta mioma uteri.⁵

LAPAROSKOPI OPERATIF PADA PERLEKATAN

Perlekatan pelvis disebabkan oleh penyakit inflamasi pelvis, endometriosis, apendisitis, riwayat operasi abdominopelvik terdahulu, atau penyakit usus inflamasi. Suatu riwayat pra-operatif dari setidaknya-tidaknya satu dari etiologi-etologi ini ada pada sekitar 50% dari wanita dengan perlekatan pelvis. Meskipun demikian, satu setengah dari para wanita dengan perlekatan tidak memiliki riwayat keluhan nyeri pelvis. Saat ini satu-satunya cara pasti untuk mendiagnosis perlekatan adalah dengan visualisasi bedah. Laparoskopi umumnya telah mengganti laparotomi untuk mendiagnosis perlekatan-perlekatan daerah pelvis.⁶

Hubungan antara perlekatan dan nyeri pelvis masih kontroversial dan secara umum tidak diterima bahwa perlekatan menyebabkan nyeri pelvis. Sebagai contoh, adanya perlekatan pelvis bukan merupakan suatu prediktor signifikan dari nyeri pelvis. Demikian juga, belum memungkinkan untuk menunjukkan suatu hubungan antara lamanya dan beratnya nyeri dengan luasnya atau lokasi perlekatan, serta bagi kasus dengan endometriosis, upaya-upaya untuk menggunakan berbagai sistem *staging* untuk perlekatan tidak berkorelasi dengan adanya atau beratnya nyeri. Sebagai contoh, pada suatu penelitian laparoskopi prospektif, skor AFS tidak berkorelasi dengan lamanya nyeri, beratnya nyeri, keterbatasan aktivitas, atau penggunaan obat.⁷

Penyakit radang panggul kronis, di mana perlekatan memiliki peran signifikan, hanya mencakup 15% dari semua diagnosa dalam penelitian laparoskopi. Dengan mempertimbangkan kejadian radang panggul kronis dan kemungkinan mengalami

nyeri pelvis kronis setelah penyakit radang panggul, nampaknya penyakit radang panggul kurang berperan dalam nyeri pelvis. Perlekatan-perlekatan mungkin disebabkan oleh infeksi pelvis sebelumnya yang lebih sering daripada yang umumnya diketahui.

Suatu penelitian acak adhesiolisis pada nyeri pelvis tidak berhasil menunjukkan perbaikan gejala-gejala nyeri setelah lisis terhadap perlekatan dengan laparotomi, dibandingkan dengan suatu kelompok kontrol yang tidak menjalani adhesiolisis.⁸ Barulah ketika suatu analisis sub-kelompok dari 15 wanita dengan perlekatan berat, stadium IV dilakukan, terdapat suatu perbaikan yang terdeteksi dalam nyeri yang dikaitkan dengan adhesiolisis. Suatu uji kontrol acak terhadap adhesiolisis per laparoskopi untuk nyeri tidak menunjukkan suatu perbedaan bermakna antara kelompok enterolisis dan kelompok kontrol dengan laparotomi. Meskipun demikian, respons "plasebo" dalam kelompok kontrol adalah 42%. Tingkat respons dalam kelompok enterolisis 57% untuk 12 bulan. Apakah adhesiolisis per laparoskopi akan memberikan hasil yang berbeda untuk nyeri pelvis kronis masih bersifat spekulatif, karena penelitian-penelitian adhesiolisis laparoskopi yang menunjukkan keberhasilan sebesar 60% hingga 90% masih bersifat observasi dan tidak terkontrol.^{9,10}

Suatu masalah besar dengan adhesiolisis untuk pengobatan nyeri pelvis adalah ketidakmampuan untuk mencegah perlekatan berulang dan perlekatan baru. Berbeda dengan kepercayaan selama ini bahwa perlekatan tidak akan terjadi bila dilakukan dengan laparoskopi, pada kenyataannya ketika adhesiolisis dilakukan hanya tampak perbedaan minimal antara laparotomi dan laparoskopi dalam hal pembentukan kembali perlekatan.¹⁰ Meskipun terdapat kendala-kendala perlekatan, tidak sepenuhnya efektif dan sulit untuk menggunakan laparoskopi, khususnya jika lokasi perlekatan-perlekatan berat dilakukan lisis.¹¹

LAPAROSKOPI OPERATIF PADA ENDOMETRIOSIS

Sampson mendefinisikan endometriosis sebagai adanya jaringan ektopik yang memiliki struktur histologis dan fungsional dari mukosa uterus.¹⁶ Meskipun penelitian-penelitian belakangan ini menunjukkan bahwa ciri-ciri fungsional endometriosis mungkin tidak identik dengan ciri-ciri endometrium normal, adanya endometrium secara histologis di lokasi ektopik sebagai definisi endometriosis tidak beru-

bah.¹⁷ Dengan demikian endometriosis suatu penyakit yang didefinisikan secara histologis (yakni untuk mendiagnosis endometriosis, spesimen jaringan harus diperoleh dan menunjukkan kelenjar endometrial dan stroma).^{12,13} Sebelum diperkenalkannya laparoskopi diagnostik, memerlukan laparotomi eksploratif, yang tidak dilakukan tanpa gejala-gejala berat dan diagnosis klinis yang agak pasti. Karena laparoskopi kurang invasif, maka menggantikan laparotomi sebagai prosedur diagnostik untuk endometriosis.

Banyak klinisi yakin bahwa adalah tepat untuk mengeksklusikan atau mendiagnosis endometriosis semata-mata atas dasar temuan visual pada saat laparoskopi. Meskipun demikian, endometriosis nadir dengan sejumlah gambaran yang membuat sulit atau tidak akurat secara visual. Endometriosis bisa tidak berwarna, bisa putih, merah, coklat, atau kuning, serta lesi hitam. Namun, banyak lesi yang memiliki warna dan penampakan menyerupai endometriosis yang bisa membuat diagnosis visual endometriosis menjadi tidak akurat, seperti: hemangioma, bekas jahitan lama, lesi kanker ovarium, tumpukan sisa karbon dari pembedahan sebelumnya, kehamilan ektopik, *adrenal rest*, inklusi epitelial, reaksi terhadap medium hysterosalpingogram berbasis-minyak, inklusi kistik inflamasi, inflamasi dengan atau tanpa *Psammoma bodies*, splenosis, endosalpingiosis, submesothelial, perdarahan-mikro, dan bisa juga permukaan peritoneum normal.^{14,15}

Mengidentifikasi endometriosis semata-mata atas dasar visual dapat mengakibatkan *over-diagnosis* dan kemungkinan penatalaksanaan yang tidak tepat. Sebagai contoh penelitian terhadap 142 pasien yang didiagnosis sebagai endometriosis, 110 dilakukan biopsi hanya 60% histologis menunjukkan jaringan endometrium.¹⁶

Jika diagnosis endometriosis harus dibuat dengan sangat akurat pada wanita dengan nyeri pelvis kronis, maka pengetahuan menyeluruh tentang berbagai penampakan endometriosis, evaluasi menyeluruh tentang pelvis, dan melakukan biopsi eksisional dari lesi sangat esensial pada saat laparoskopi diagnostik. Jika tidak, akan memiliki risiko *over-diagnosis* atau malah *under-diagnosis*.

Beberapa pengobatan operatif endometriosis yang ditunjukkan pada nyeri pelvis kronis yang paling tepat dengan laparoskopi operatif dengan melakukan ablasi langsung pada lesi endometriosis baik dengan energi laser maupun dengan energi elektronik koagulasi disertai adhesiolisis pada perlekatan yang disebabkan lesi endometriosis bahkan ablasi terhadap syaraf uterus (Luna). Cara pengobatan di atas mengurangi nyeri pelvis selama 6 bulan pada 63%

dibandingkan dengan hanya 23% pada kelompok yang tidak dilakukan intervensi laparoskopik koagulasi lesi endometriosis.^{14,15}

LAPAROSKOPI OPERATIF PADA ENDOSALPINGIOSIS

Endosalpingiosis sering tidak dikenali pada saat laparoskopi diagnostik atau salah diagnosis sebagai endometriosis. Endosalpingiosis adalah ditemukannya epithelium kelenjar tuba fallopi di suatu lokasi ektopik. Secara visual tampak sebagai lesi-lesi kistik berwarna putih hingga kuning, kabur atau transparan dan sering menyerupai endometriosis. Bukti bahwa endosalpingiosis mungkin merupakan penyebab dari nyeri pelvis kronis masih bersifat observasional dan didasarkan pada penelitian yang terbatas.^{17,18} Diperlukan penelitian lebih jauh tentang peran endosalpingiosis pada nyeri pelvis kronis, tetapi harus sadar tentang peran potensialnya. Pengobatan hormonal dan bedah yang digunakan untuk endometriosis mungkin dapat diterapkan untuk kasus endosalpingiosis.

KESIMPULAN

1. Laparoskopi mempunyai peran utama dalam evaluasi nyeri pelvis kronis dengan kemungkinan penyebab visera maupun nonvisera.
2. Endometriosis dan perlekatan pelvis, serta endosalpingiosis adalah penyebab utama nyeri pelvis.
3. Laparoskopi baik diagnostik maupun operatif merupakan intervensi ginekologik penting dalam menangani nyeri pelvis kronis.

RUJUKAN

1. Mathias SD, Kuppermann M, Liberman RF, et al. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstet Gynecol.* 1996; 87: 321-7
2. Parsons CL, Bullen M, Kahn BS, et al. Gynecologic presentation of interstitial cystitis as detected by intravesical potassium sensitivity. *Obstet Gynecol.* 2001; 98: 127-32
3. Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, et al. Patterns of diagnosis and referral in women consulting for chronic pelvic pain in UK primary care. *Br J Obstet Gynaecol.* 1999; 106: 1156-61
4. Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, et al. The community prevalence of chronic pelvic pain in women and associated illness behaviour. *Br J Gen Pract.* 2001; 51: 541-7
5. Howard FM. The role of laparoscopy in chronic pelvic pain: promise and pitfalls. *Obstet Gynecol Survey.* 1993; 48: 357-87

6. Stovall TG, Elder RF, Ling FW. Predictors of pelvic adhesions. *J Reprod Med.* 1989; 34: 345-8
7. Stout AL, Steege JF, Dodson WC, et al. Relationship of laparoscopic findings to self report of pelvic pain. *Am J Obstet Gynecol.* 1991; 164: 73-9
8. Peters AAW, Trimpos-Kemper GCM, Admiraal C, et al. A randomized clinical trial on the benefit of adhesiolysis in patients with intraperitoneal adhesions and chronic pelvic pain. *Br J Obstet Gynaecol.* 1992; 99: 59-62
9. Duffy DM, di Zerega GS. Adhesion controversies pelvic pain as a cause of adhesions, crystalloids in preventing them. *J Reprod Med.* 1996; 41: 19-26
10. Keltz MD, Kliman HJ, Arici AM, et al. Endosalpingiosis found at laparoscopy for chronic pelvic pain. *Fertil Steril.* 1995; 64: 482-5
11. Mais V, Ajossa S, Marongiu D, et al. Reduction of adhesion reformation after laparoscopic endometriosis surgery: a randomized trial with an oxidized regenerated cellulose absorbable barrier. *Obstet Gynecol.* 1995; 86: 512-5
12. Martin DC, Berry ID. Histology of chocolate cysts. *J Gynecol Surg.* 1990; 6: 43
13. Jansen RP, Russell P. Nonpigmented endometriosis: clinical, laparoscopic, and pathologic definition. *Am J Obstet Gynecol.* 1986; 155: 1154-9
14. Martin DC, Hubert GD, Van der Zwaag R, et al. Laparoscopic appearances of peritoneal endometriosis. *Fertil Steril.* 1989; 51: 63-7
15. Redwine DB. Age-related evolution in color appearance of endometriosis. *Fertil Steril.* 1987; 48: 1062-3
16. Comillie FJ, Oosterlynck D, Lauweryns JM, et al. Deeply infiltrating pelvic endometriosis: Histology and clinical significance. *Fertil Steril.* 1990; 53: 978-83
17. Davies SA, Maclin VM. Endosalpingiosis as a cause of chronic pelvic pain. *Am J Obstet Gynecol.* 1991; 164: 495-6
18. De Hoop TA, Mira J, Thomas MA. Endosalpingiosis and chronic pelvic pain. *J Reprod Med.* 1997; 42: 613-6