

Perubahan Nyeri Haid (Dismenore) Pada Pasien Paska Laparoscopi Adenomiomektomi

Indra Adi Susianto¹, Hervyasti Purwiandari²

¹ Staf Pengajar Fakultas Kedokteran, Universitas Katolik Soegijapranata, Semarang, Indonesia

² Rumah Sakit Ibu dan Anak Anugerah, Semarang, Indonesia

Korespondensi Penulis :

Nama : dr. Indra Adi Susianto, M.Si.Med, Sp.OG

Alamat : Fakultas Kedokteran Universitas Katolik Soegijapranata
Jl. Pawiyatan Luhur Selatan IV No.1, Semarang, Jawa Tengah

Nomor telephone : (024) 8441555, 8505003

Email : indraadisusianto@unika.ac.id

Abstrak

Latar Belakang: Kejadian adenomyosis akhir-akhir ini meningkat pada wanita yang belum menikah dan belum pernah hamil (nulligravid). Pengobatan untuk adenomyosis ada wanita yang masih ingin mempertahankan fertilitasnya adalah penggunaan non steroid antiinflamasi, terapi hormone berupa Gonadotropin Releasing hormone (GnRH) agonist, danazol atau Pil kontrasepsi, tetapi efek dari pengobatan ini adalah sementara dan nyeri haid seringkali tidak berkurang

Tujuan Penelitian: Untuk mengetahui derajat nyeri dan kekambuhan kembali dismenore berat setelah tindakan laparoscopi adenomiomektomi pada pasien fokal adenomiosis yang tidak respon terhadap pengobatan medikamentosa.

Metode Penelitian ini merupakan penelitian kohort retrospektif pada pasien dengan kriteria inklusi adenomiosos fokal dengan derajat VAS (*Visual Analog Scale*) dismenore 9/10 yang gagal terapi dengan obat hipoestrogen. Dilakukan pemantauan setelah tindakan laparoscopi adenomiomektomi dan pemberian GnRh analog setiap bulan selama 6 bulan dan kemudian di pantau setiap 3 bulan untuk derajat VAS untuk dismenore selama 24 bulan kemudian.

Hasil: Dari 92 pasien (2012 – 2017) yang dilakukan laparoscopi adenomiomektomi, didapatkan 68,4 % terjadi penurunan VAS dismenore secara signifikan, 14,1 % terjadi kekambuhan kembali pada 12 bulan paska tindakan dan 1 % fluktuatif. Dengan rerata VAS dismenore antara 0.447 sampai 0.894 dalam rentang waktu 24 bulan paska tindakan. Didapatkan 13 pasien dengan kehamilan spontan dengan 21 % berakhir dengan abortus, 3 % melahirkan pervaginam dan hanya 1 % terjadi ruptura uteri pada trimester 2 kehamilan

Kesimpulan: Laparoscopi adenomiomektomi dapat menjadi terapi alternatif pada pasien adenomiosis dengan nilai VAS dismenore 9/10 yang gagal terapi hipoestrogen dan menginginkan fertilitas.

Kata kunci : adenomiosis, dismenore, laparoscopi, adenomiomektomi.

Pendahuluan

Perubahan gaya hidup wanita seperti menunda menikah dan menunda punya keturunan adalah hal yang wajar saat ini. Kejadian adenomyosis akhir-akhir ini meningkat pada wanita yang belum menikah dan belum pernah hamil (nulligravid).^{1,2} Pengobatan untuk adenomyosis ada wanita yang masih ingin mempertahankan fertilitasnya adalah penggunaan non steroid antiinflamasi, terapi hormone berupa Gonadotropin Releasing hormone (GnRH) agonist, danazol atau Pil kontrasepsi, tetapi efek dari pengobatan ini adalah sementara dan nyeri haid seringkali tidak berkurang. Terapi pembedahan untuk adenomyosis berupa eksisi nodul adenomyosis secara laparotomi dilaporkan lebih efektif.^{3,4}

Pada penelitian ini kami ingin melaporkan pembedahan untuk adenomyosis menggunakan Teknik laparotomi berupa laparotomi adenomiomektomi.

Metode

Penelitian ini merupakan penelitian Kohort retrospektif pada pasien dengan kriteria inklusi adenomyosis fokal dengan derajat VAS (*Visual Analog Scale*) dismenore 9/10 yang gagal terapi dengan obat hipoestrogen. Dilakukan pemantauan setelah tindakan laparotomi adenomiomektomi dan pemberian GnRh analog setiap bulan selama 6 bulan dan kemudian di pantau setiap 3 bulan untuk derajat VAS untuk dismenore selama 24 bulan kemudian.

Semua pasien dilakukan pemeriksaan fisik ginekologi, dilanjutkan dengan ultrasonografi transvaginal dan *Magnetic Resonance Imaging* (MRI) sebelum dilakukan operasi. Diagnosis sebelum operasi ditegakkan dari MRI, berupa adenomyosis dengan maksimal zona ketebalan <12mm. Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah wanita dengan adenomyosis yang ingin mempertahankan fertilitas, dengan adenomyosis tipe fokal dengan ukuran nodul adenomyosis lebih dari 30mm. dan Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah adenomyosis tipe difus atau rahim beserta nodul adenomyosis yang berukuran seperti kehamilan 12 minggu.

Teknik Operasi

Semua operasi dilakukan setelah pasien terintubasi dengan general anastesi. Pasien ditempatkan di meja operasi dalam posisi *lithotomi* dengan terpasang uterine manipulator melalui vagina. Operasi laparotomi berawal dengan memasukkan trocar utama menggunakan "teknik hasson". Gas CO₂ dimasukkan setelah *telescope* 10mm masuk kedalam abdomen dan tidak ada komplikasi. Trokar 5mm dimasukkan di abdomen dengan formasi 2 trokar kanan dan kiri abdomen sedangkan trokar 5 mm ketiga ditempatkan di suprapubik.

Operator berdiri disebelah kiri pasien melakukan operasi melalui trokar yang terpasang pada sisi kiri dan suprapubik, sedangkan asisten mengontrol *telescope* dan membantu melalui trokar sebelah kanan.

Operasi laparoskopi adenomiomektomi dilakukan setelah melakukan observasi menyeluruh seluruh abdomen dan dilakukan adhesiolisis apabila perlu.

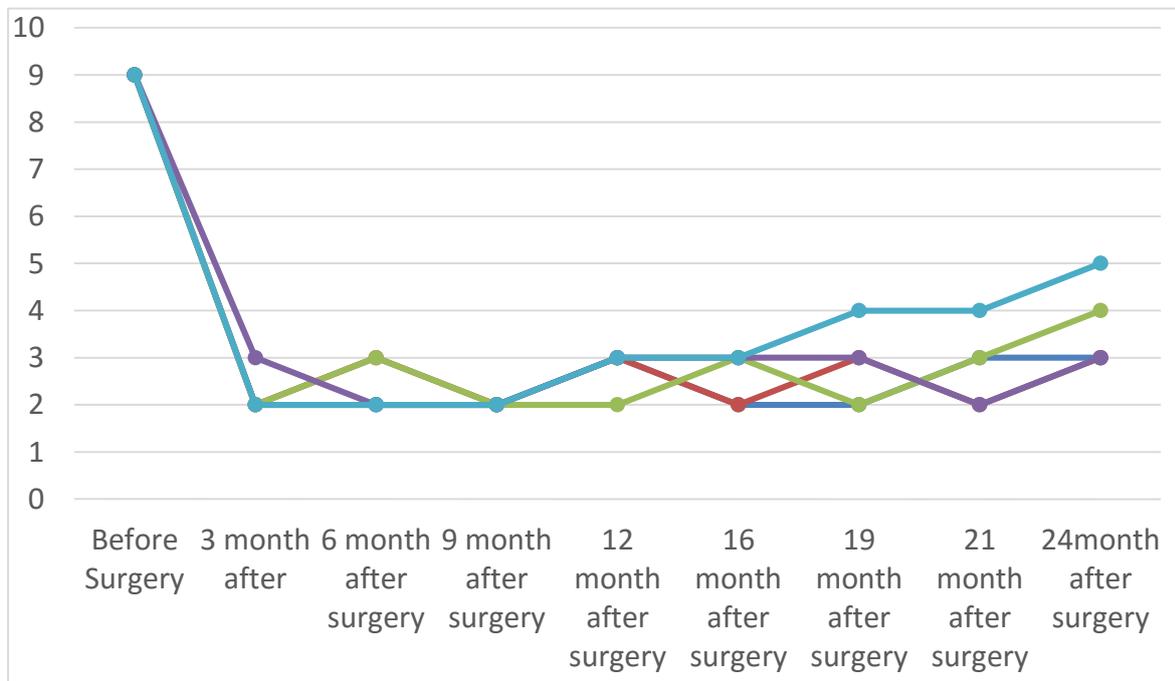
Vasopressin 20IU (1mL0 diencerkan 100 kali dalam cairan *normal saline* yang disuntikkan kearah jaringan adenomyosis menggunakan jarum punksi laparoskopi.

Insisi nodul adenomyosis dilakukan menggunakan *harmonic scalpel* sampai menembus endometrium dan secara hati-hati dilakukan eksisi nodul adenomyosis secara menyeluruh.

Rekontruksi kavum endometrium dilakukan dengan melakukan penjahitan secara laparoskopi dengan benang polysorb 2-0, dilanjutkan menautkan miometrium dengan V-lock 0, dan dilanjutkan dengan menutup perimetrium menggunakan monocryl 1. Setelah rahim dilakukan rekontruksi dengan baik, rahim di tutup dengan *interceed* untuk mencegah perlekatan paska operasi.

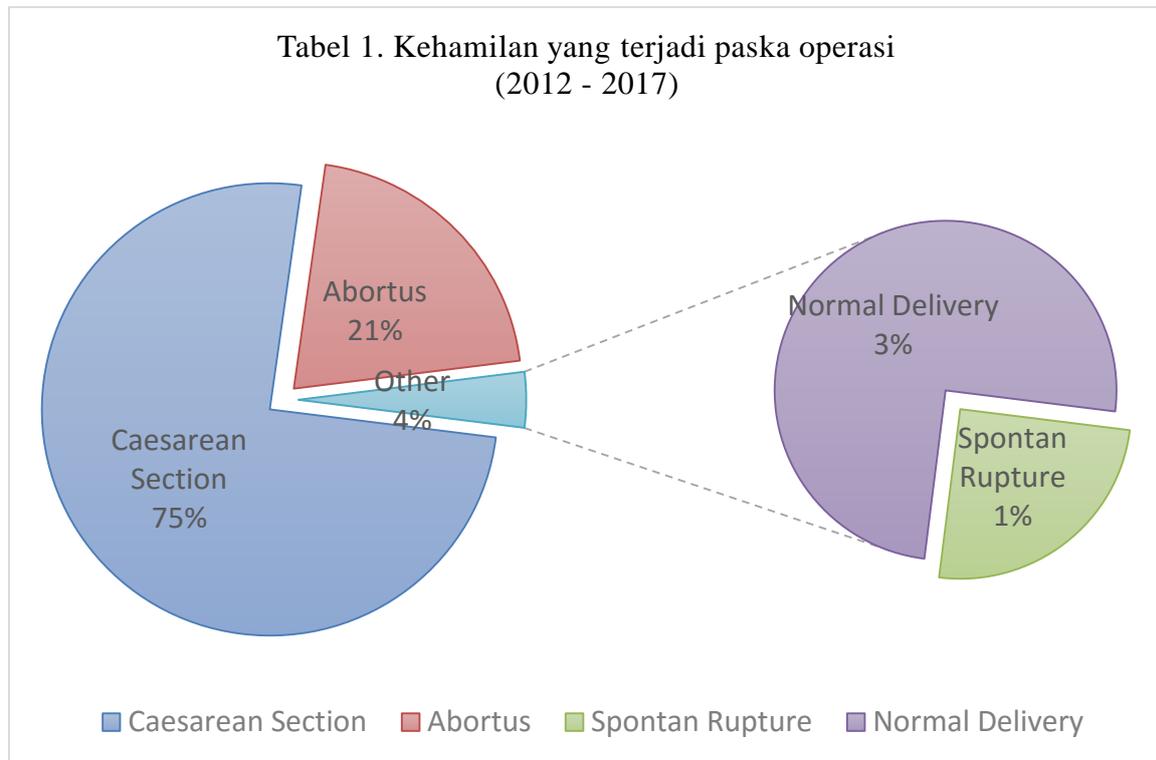
Hasil

Grafik 1. Tingkat Nyeri pasca operasi laparoskopi Adenomiomektomi



Pada grafik 1, didapatkan dari 92 pasien (2012 – 2017) yang dilakukan laparoskopi adenomiomektomi, didapatkan 68,4 % terjadi penurunan VAS dismenore secara signifikan, 14,1 % terjadi kekambuhan kembali pada 12 bulan paska tindakan

dan 1 % fluktuatif. Dengan rerata VAS dismenore antara 0.447 sampai 0.894 dalam rentang waktu 24 bulan paska tindakan.



Pada table 1, didapatkan 13 pasien dengan kehamilan spontan dengan 21 % berakhir dengan abortus, 3 % melahirkan pervaginam dan hanya 1 % terjadi ruptura uteri pada trimester 2

Pembahasan

Adenomyosis adalah problematic yang sering terjadi pada wanita usia reproduktif, dan tindakan histerektomi adalah tindakan yang sering terjadi pada wanita dengan adenomyosis.^{1,2}

Berbeda dengan mioma uteri, dimana pada mioma uteri terdapat batas yang tegas dan jelas terhadap jaringan myometrium normal, dimana akan lebih mudah dipisahkan dan dilakukan rekontruksi rahim.^{3,5,9}

Pada operasi laparoscopi adenomyosis dibutuhkan ketrampilan yang mumpuni dalam rekontruksi rahim dan menjahit setelah melakukan enukleasi adenomyosis secara komplit dilanjutkan dengan rekontruksi rahim. Selain itu Kontrol perdarahan juga sangat membantu dengan injeksi vasopressin yang diencerkan sehingga terjadi vasokonstriksi pembuluh darah pada rahim sehingga akan memudahkan operator untuk menjahit lapis demi lapis.^{6,7,11}

Sangat penting untuk memastikan bahwa jaringan sehat myometrium tidak terlalu banyak terambil karena akan menyulitkan proses rekontruksi rahim.⁸

Dari penelitian ini didapatkan bahwa tindakan laparoskopi adenomiomektomi sangat membantu secara signifikan mengurangi rasa nyeri saat haid atau VAS score dengan rerata 2.78 sampai 21 bulan pasca operasi dan nila nyeri berupa VAS meningkat menjadi 3.56 pada bulan ke 24 pasca operasi.

Kesimpulan

Teknik operasi Laparoskopi adenomiomektomi dapat menjadi alternatif, dimana dengan masih adanya rahim dan berkurangnya nyeri saat haid maka pasien adenomiosis yang gagal terapi hypoestrogen dapat melanjutkan program fertilitas tanpa gangguan dismenorhea setiap bulannya.

Persetujuan Etik

Penelitian ini didapatkan dari data catatan medis yang telah mendapatkan persetujuan dari direksi Rumah Sakit Ibu dan Anak Anugerah.

Ucapan Terimakasih

Kami ucapkan terimakasih kepada seluruh staf medis dan non medis Rumah Sakit Ibu dan Anak Anugerah yang telah membantu sehingga penelitian ini terwujud

Daftar Pustaka

1. Reber R. Adenomyosis. *J Reprod Med.* 1994;39:841– 853.
2. Van Praagh I. Conservative surgical treatment for adenomyosis uteri in young women: local excision and metroplasty. *Can Med Assoc J.* 1965;93:1174 – 1175.
3. Hyams LL. Adenomyosis: Its conservative surgical treatment (hystero- plasty) in young women. *NY J Med.* 1952;52:2778–2783.
4. Huskisson EC. Measurements of pain. *Lancet.* 1974;2:1127–1131.
5. The American Society for Reproductive Medicine. Revised American Society for Reproductive Medicine Classification of Endometriosis: 1996. *Fertil Steril.* 1997;67:817– 821.
6. Takeuchi H, Kinoshita K. Evaluation of adhesion formation after laparoscopic myomectomy by systematic second-look laparoscopy. *Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2002;9:137–143.
7. Osada H, Seiji A, Taketani T, Yamamoto M. Surgical treatment for adenomyosis. *Gynecol Obstet Surg.* 2003;14:101–107.
8. Wood C. Surgical and medical treatment of adenomyosis. *Hum Reprod Update.* 1998;4:323–336.
9. Morita M, Asakawa Y, Nakakuma M, et al. Laparoscopic excision of myometrial adenomyomas in patients with adenomyosis uteri and main symptoms of severe dysmenorrhea and hypermenorrhea. *A J Assoc Gynecol Laparosc.* 2004;11:86 – 89.
10. Takeuchi H, Kuwatsuru R. The indications, surgical techniques, and limitations of laparoscopic myomectomy. *JSLS.* 2003;7:89 –95.
11. Takeuchi H, Kitade M, Kikuchi I, et al. Effect of vasopressin on blood flow and RI of the uterine during laparoscopic myomectomy. *J Minim Invasive Gynecol.* 2005;12:10 –11.