

**A successful myomectomy during cesarion section in pregnancy
with history of myomectomy: A report of one case**

**KEHAMILAN DENGAN MIOMA UTERI POST
MIOMEKTOMI**

¹Rajuddin, ²Donny

1 Chief, Division of Reproductive Endocrinology & Infertility, Department Obstetric & Gynecology, university of Syiah Kuala

2 Resident, Department Obstetric & Gynecology, university of Syiah Kuala

**Corresponding Author:*

Abstrak

Latar belakang: Fibroid uterus selama kehamilan merupakan sebuah masalah potensial serius dan sering menjadi perhatian dalam praktek klinis. Fibroid uterus sudah sejak lama dikaitkan sebagai penyebab buruknya prognosis kehamilan. Miomektomi merupakan tindakan pembedahan yang biasanya tidak dilakukan saat operasi sesar. Pada umumnya ahli kandungan menghindari miomektomi pada kehamilan maupun operasi sesar dikarenakan ketakutan akan perdarahan yang sulit dihentikan. *Kasus:* Seorang wanita berusia 26 tahun dengan G1 hamil 39-40 minggu, janin letak lintang dengan mioma uteri, post miomektomi 1 tahun lalu, dilakukan seksio sesaria elektif kemudian dilanjutkan dengan miomektomi. Seksio sesaria dan miomektomi sukses dilakukan tanpa adanya komplikasi. *Kesimpulan:* miomektomi pada seksiosesaria adalah prosedur yang aman untuk dilakukan pada hampir semua kasus bila dilakukan oleh ahli yang berpengalaman.

Kata kunci: mioma uteri; miomektomi sesaria; seksio sesaria

Abstract

Background: Uterine fibroids during pregnancy are a serious potential problem and often of concern in clinical practice. Uterine fibroids have been associated as a cause of poor prognosis of pregnancy. Myomectomy is a surgical procedure that is usually not performed during cesarean section. In general, obstetricians avoid myomectomy in pregnancy or cesarean section due to fear of bleeding. Case: A 26-year-old woman with pregnancy G1 39-40 weeks, transverseposition with uterine myoma, post myomectomy 1 year ago. Patients are performed elective cesarean section then continued with myomectomy. Caesarean section and myomectomy are successful without complications. Conclusion: Myomectomy in cesarean section is a safe procedure to be performed in almost all cases if done by experienced experts.

Keywords: uterine myoma; cesarean myomectomy; cesarean section

Latar Belakang

Munculnya mioma uteri atau fibroid selama kehamilan merupakan sebuah masalah potensial serius dan sering menjadi perhatian dalam praktek klinis. Hal ini disebabkan karena fibroid umumnya dijumpai pada perempuan usia reproduktif dan sejak lama dikaitkan dengan buruknya komplikasi terhadap kehamilan.¹ Insiden fibroid pada masa kehamilandidaporkan berkisar pada 0,1 sampai 10,7% dari seluruh kehamilan² dan sebagian besar tidak menimbulkan gejala.³

Fibroid uterus sudah sejak lama dikaitkan sebagai penyebab buruknya prognosis kehamilan. Walaupun dalam beberapa kasus tidak menyebabkan gangguan pada kehamilan, tetapi kebanyakan kasus berakhir dengan masalah seperti aborsi, persalinan prematur, disfungsi uterus, partus lama, malpresentasi, malposisi dan lainnya.¹ Komplikasi fibroid uteri pada kehamilan dapat muncul pada antenatal, intrapartum atau masa puerperium.⁴ Ukuran mioma dan lokasi mioma dapat menjadi penyebab dilakukannya kelahiran dengan cara operasi sesar.⁵ Walaupun banyak kemajuan signifikan pada terapi mioma secara bedah dan non-bedah, penanganan mioma pada seksioesaria (CS; *cesarean section*) masih menjadi suatu kontroversi⁶

Miomektomi merupakan tindakan pembedahan yang biasanya tidak dilakukan saat operasi sesar.⁷ Pada umumnya ahli kandungan menghindari miomektomi pada kehamilan maupun operasi sesar dikarenakan ketakutan akan perdarahan yang sulit dihentikan⁸

Hanya ada sedikit penelitian mengenai miomektomi rutin pada operasi sesar.⁷ Disamping itu semua, beberapa studi menunjukkan metode ini sangat efektif dan aman karena tidak berkaitan dengan jumlah perdarahan yang banyak maupun komplikasi.⁷ Laporan terbaru juga mengindikasikan bahwa miomektomi pada saat operasi sesar dapat dilakukan secara aman oleh operator yang handal.⁸ Untuk itu, pada tulisan ini akan dilaporkan satu kasus mengenai keberhasilan miomektomi yang dilakukan pasca sectio caesarea.

Laporan Kasus

Wanita berusia 26 tahun datang untuk persiapan sectio caesarea elektif. Pasien datang belum disertai dengan tanda persalinan normal. Riwayat keputihan,

gangguan buang air kecil dan buang air besar disangkal. Gerakan janin dirasakan aktif. Pasien saat ini hamil anak pertama, usia kehamilan ~39-40 minggu, HPHT 07-6-2017, TTP 14/03/2017. Selama ini pasien rutin ANC pada bidan di Puskesmas. Pada pemeriksaan USG terakhir dikatakan janin dalam keadaan baik namun tidak dapat melahirkan secara normal karena terdapat mioma di rahim dan disarankan untuk operasi. Riwayat penyakit dahulu berupa miomektomi pada tahun 2017.

Pemeriksaan tanda vital didapatkan tekanan darah 110/60 mmHg, frekuensi nadi 70 x/i, frekuensi nafas 20 x/i, temperatur 36.5°C, berat badan 45 kg dan tinggi badan 150 cm (BMI 22/m²; normoweight). Pemeriksaan obstetri didapatkan TFU 28 cm, teraba bulat keras melenting kesan kepala di sebelah kanan, teraba bulat lunak di sebelah kiri kesan bokong. DJJ 138 dpm dan kontraksi negatif. Pemeriksaan dalam dijumpai portio livid, OUE tertutup, fluxus negatif, fluor negatif. Vagina touche dijumpai posisi uterus posterior, kenyal, tebal 3 cm dan belum ada pembukaan.

Pemeriksaan laboratorium berupa darah rutin, KGDs, HbsAg, fungsi perdarahan, fungsi ginjal dan elektrolit dalam batas normal. Pemeriksaan USG dijumpai hasil janin tunggal hidup letak lintang kepala di kanan dorso superior, sesuai dengan usia kehamilan 39-40 minggu. Pemeriksaan CTG dijumpai hasil CTG kategori 1. Berdasarkan hasil pemeriksaan, pasien didiagnosis dengan G1 hamil 39-40 minggu, janin letak lintang dengan mioma uteri, post miomektomi 1 tahun yll.

Pasien direncanakan untuk persiapan seksio caesarea elektif. Pada seksio caesarea, setelah janin dilahirkan, pada eksplorasi terdapat perlengketan di corpus posterior dengan usus dan omentum, dilakukan adhesiolisis. Tampak massa mioma intramural ukuran 15 cm di korpus posterior hingga ke lateral kiri dan kemudian dilakukan miomektomi. Terapi medikamentosa yang diberikan berupa ceftriaxone 2 gram/hari, ketorolac 1 amp/ 8 jam, ranitidine 1 amp/8 jam, kaltrofen supp 3x100 mg dan sohobion 2x1 tab. Selama rawatan pasca operasi, pemulihan pasien baik dan tidak dijumpai komplikasi pasca operasi.



Gambar 1. Bayi dan plasenta



Gambar 2. Setelah segmen bawah rahim dijahit tindakan dilanjutkan dengan miomektomi

Tampak massa mioma intramural ukuran 15 cm di korpus posterior hingga ke lateral kiri, dan masa mioma uteri intramural ukuran 10 cm di lateral kanan, dilakukan miomektomi.



Korpus posterior diinsisi hingga lapisan mioma, masa miom diklem dengan taenakulum, lalu dilakukan diseksi tumpul massa miom dikeluarkan. Luka Rahim dijahit dengan *figure of 8*, lalu dilakukan penjahitan dengan teknik *bassball*.

Diskusi

Perempuan dengan mioma memiliki peningkatan resiko dalam persalinan dengan cara operasi sesar, presentasi bokong, malposisi dan kelahiran prematur.

Fibroid yang kurang dari 5 cm dalam diameter umumnya tetap stabil atau bahkan mengecil seiring tuanya usia kehamilan. Fibroid dengan ukuran yang lebih besar dari 5 cm seringnya akan membesar selama kehamilan. Resiko kehamilan akan semakin meningkat seiring dengan bertambahnya ukuran fibroid. Komplikasi fibroid yang telah dilaporkan pada kehamilan meliputi perdarahan postpartum (PPH), malposisi fetus, akut abdomen, laparotomi, kelahiran prematur, retensi plasenta dan gangguan pertumbuhan intrauterin.²

Faktor yang paling penting dalam menentukan morbiditas pada kehamilan dengan fibroid meliputi jumlah fibroid, ukuran, lokasi dan hubungannya dengan implantasi plasenta.⁹ Semakin dekat letak mioma dengan implantasi plasenta juga menjadi faktor yang penting. Secara spesifik kejadian abortus, persalinan preterm, abrupsio plasenta dan perdarahan postpartum akan meningkat apabila plasenta berdekatan atau berimplantasi pada fibroid.¹

Kebanyakan wanita hamil dengan mioma uteri tidak mengalami gejala, sedangkan 10-30% berkembang mengalami komplikasi pada masa gestasi, persalinan dan pada masa puerperium.⁹ Meta-analisis terbaru menunjukkan bahwa mioma intrauteri meningkatkan resiko dari malpresentasi janin, namun tidak semua artikel menyertakan ukuran dan lokasi dari mioma. Fibroid multipel dan berukuran besar dapat mengubah rongga uterus dan secara konsisten berkaitan dengan malpresentasi fetus.⁹

Beberapa studi retrospektif skala besar dengan ultrasonografi dan rekam medis dari wanita hamil melaporkan dampak dari fibroid pada kehamilan. Sebuah meta-analisis tahun 2008 menunjukkan peningkatan resiko yang signifikan untuk terjadinya malpresentasi (OR 2,9; 95% CI 2.6 to 3.2), persalinan dengan seksio caesaria (OR 3.7; 95% CI 3.5 to 3.9), dan persalinan preterm (OR 1.5; 95% CI 1.3 to 1.7).¹⁰

Fibroid uterus menyebabkan posisi yang salah pada fetus dan mengganggu aktifitas uterus pada persalinan. Hal ini dapat menyebabkan peningkatan jumlah seksio sesaria yang dikonfirmasi oleh Aydenzi, Vergan, Rice et al. Aydeniz menunjukkan bahwa seksio sesaria lebih populer di kalangan wanita hamil dengan fibroid pada uterus (52.9% vs 27.9% pada kelompok kontrol). Tidak ada hubungan antara jumlah komplikasi dengan jumlah fibroid pada wanita hamil.

Namun begitu, jumlah tindakan seksio sesaria jauh lebih tinggi pada pasien dengan uterus fibroid yang terletak pada bagian bawah uterus daripada jumlah tindakan seksio pada uterus fibroid yang letaknya di fundus uteri (sebanyak 39% dan 18%). Dijumpai pula peningkatan jumlah seksio pada kejadian uterus fibroid dengan diameter lebih dari 5 cm, tidak seperti kasus dengan ukuran yang kurang dari 5 cm (sebanyak 35% dan 17%). Berdasarkan dari artikel yang disebutkan diatas, frekuensi seksio sesaria bergantung pada posisi dan ukuran dari fibroid.¹¹

Pada beberapa kasus, miomektomi yang dilakukan pada masa kehamilan merupakan langkah penting meskipun memiliki resiko tinggi. Sampai saat ini belum ada panduan khusus yang dipublikasikan.⁹ Meskipun mioma tidak dapat dijadikan sebuah kontraindikasi persalinan, akan tetapi mioma seringkali menjadi indikasi dilakukannya seksiosesaria.⁶ Kebanyakan perempuan dengan riwayat miomektomi sebelumnya menjalani operasi sesar untuk mengurangi resiko ruptur uteri.⁹ Lebih lanjut, jumlah seksio sesaria secara keseluruhan tampak meningkat diseluruh dunia, seiring dengan insiden mioma pada perempuan yang melakukan operasi sesar. Sebaliknya, miomektomisesaria (caesarianmyomectomy; CS) masih merupakan tindakan bedah dengan resiko tinggi dan hanya direkomendasikan pada kasus tertentu.⁶ Seperti pada kasus ini, dua buah fibroid masing-masing berukuran lebih dari 5 cm, malposisi janin serta riwayat miomektomi sebelumnya menyebabkan metode persalinan yang dipilih adalah seksio sesaria.

Pengangkatan fibroid pada operasi sesar tidak rutin dilakukan karena tindakan ini sering kali dipersulit dengan perdarahan hebat. Beberapa peneliti mengemukakan bahwa semua fibroid anterior harus selalu diangkat dan operasi sesar menjadi pilihan dalam melakukan persalinan. Namun begitu, banyak ahli kebidanan di daerah tropis yang masih menghindari dilakukannya miomektomi sesaria sebagai sesuatu yang rutin dilakukan pada operasi sesar. Miomektomi sesaria biasanya dilakukan pada fibroid yang bertangkai, fibroid anterior subserous dan secara khusus yakni fibroid pada bagian segmen bawah uterus.¹²

Pada laporan ini, miomektomi dilakukan pasca seksio sesaria. Seksio sesaria dilakukan dengan insisi mediana mengikuti bekas luka operasi miomektomi sebelumnya. Implantasi plasenta yakni di korpus posterior. Setelah persalinan selesai, dilakukan jahitan hemostasis pada kedua ujung luka segmen

bawah uterus dan luka tertutup tanpa perdarahan. Kemudian setelah itu dilakukan miomektomi untuk mengangkat fibroid intramural yang berada di korpus posterior hingga lateral kiri. Jumlah perdarahan selama operasi yakni 600 cc. Pasien dirawat diruangan selama 3 hari tanpa mengalami komplikasi.

Ruptur uteri tidak dapat diprediksi. Oleh karena alasan ini, maka sangat penting untuk mengenali gejala dan tanda yang tidak spesifik dengan cepat khususnya pada perempuan hamil dengan riwayat miomektomi sebelumnya. Kebanyakan kasus ruptur uteri muncul pada trimester ketiga atau pada saat masa persalinannya itu saat terjadi peningkatan tekan intrauteri.⁹ Bekas luka pada uterus dapat menyebabkan berkurangnya elastisitas dan daya regang pada bagian penting dari miometrium, diakibatkan dari pergantian jaringan otot dengan jaringan fibroid. Proses perbaikan pascamiomektomi sangat penting untuk mempertahankan keutuhan uterus dan hal ini bergantung pada keadaan umum pasien, teknik enukleasi, penggunaan elektro koagulasi, formasi hematoma dan jenis jahitan.⁹

Munculnya jaringan parut akibat riwayat operasi pada uterus sebelumnya dianggap sebagai faktor resiko terjadinya ruptur uteri. Resiko ini biasanya muncul setelah tindakan miomektomi atau seksio sesaria. Terdapat penelitian menyebutkan sekitar 7% kehamilan mengalami ruptur uteri pasca miomektomi sementara pada penelitian lain diperkirakan sekitar 0,2% setelah dilakukannya miomektomi abdominal (AM; *abdominal myomectomy*) dan 0,26% setelah dilakukannya laparoscopi (LSM).⁹

Omer *et al* melaporkan 2 kasus dimana miomektomi merupakan sebuah prosedur yang wajib dilakukan untuk dapat dilakukan persalinan. Dalam penelitian ini disebutkan sebuah fibroid intramural dengan ukuran 9cm pertama kali diangkat pada segmen bagian bawah rahim pada dinding anterior sebagai pengganti dari tindakan seksio sesaria klasik. Miomektomi pada seksiosesaria lebih mudah dilakukan karena bentuk kapsul yang longgar. Retraksi otot-otot uterus pada miomektomi sesaria didukung oleh oksitosin untuk membantu berhentinya perdarahan. Perdarahan lebih lanjut dapat dihentikan dengan cara tourniquet uterus, UAL bilateral dan elektrokauter.³

Kasus ini menunjukkan bahwa miomektomi yang dilakukan bersamaan dengan seksio sesaria tidak terlalu berbahaya bila dilakukan oleh ahli kandungan berpengalaman. Adanya miomapadasegmenbawah uterus menyebabkan miomektomi mungkin tidak dapat dihindari dan muncul bukan sebagai kontraindikasi absolut. Sementara fibroid yang ukurannyakurangdari 2-3cm dan tunggal, miomektomi bersama seksio sesaria mungkin tidak disarankan apalagi pada kasus asimtomatis.¹³

Indikasi paling umum melakukan miomektomi bersamaan dengan seksio sesaria pada penelitian ini adalah fibroid pada segmen bawah uterus (61,90%). Hal ini serupa pada temuan penelitian Adesiun et al, dan Kant Anita et al, dan Ahikari Sudhir et al. Howkins dan Stallworthy menganjurkan caesarian miomektomi pada beberapa kasus.⁷ Ada beberapa penelitian observasional dimana miomektomi sukses dilakukan pada semua kasus. Pada beberapa studi kasus kontrol juga menunjukkan bahwa miomektomi sukses dilakukan pada semua kasus. Pada penelitian saat ini 93% kasus miomektomi dilakukan setelah persalinan, namun (6,7%) kasusmioma yang terletak pada bagian terbawah dinding anterior, prosedur miomektomi dilakukan sebelum persalinan untuk menghindari insisi pada bagian segmen atas uterus. Pada penelitian lain juga menunjukkan miomektomi dilakukan sebelum bayi dilahirkan apabila mioma terletak pada bagian bawah dinding anterior.⁵

Kesimpulan

Pasien yang sedang hamil dengan fibroid memiliki resiko komplikasi selama masa antepartum, intrapartumdan postpartum. Kebanyakan fibroid tidak menimbulkan gejala namun dapat mempengaruhi masa kehamilan dan persalinan bergantung pada lokasi dan ukuran. Hasil pemeriksaan ultrasonografi dapat memudahkan diagnosis dan penanganan fibroid pada kehamilan. Tampaknya, prosedur miomektomi pada seksiosesaria lebih aman dilakukan oleh ahli kandungan yang berpengalaman.

Sebagai kesimpulan dapat dikatakan bahwa miomektomi pada seksiosesaria adalah prosedur yang aman untuk dilakukan pada hamper semua kasus. Penelitian acak kontrol skala besar dibutuhkan sebelum memberikan

kesimpulan final mengenai prosedur miomektomi pada seksiosesaria serta membuang pandangan tradisional untuk tidak menyentuh mioma pada masa kehamilan.

Referensi

1. G.L.Shobhitha, Bindu PH and KVS S. 2015. Myoma Complicating Pregnancy A report of two cases. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences*. Volume 14, Issue 4 Ver. II, PP 33-36.
2. Poovathi M and Ramalingam R. 2016. Maternal and Fetal Outcome in Pregnancy with Fibroids: A Prospective Study. *International Journal of Scientific Study*. 3: 169-72.
3. Sultana R, Noor S, Nazar AF, et al. 2012. Safety of Cesarean Myomectomy. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 24(2).
4. Adaji SE, Shittu SO and Ageda BR. 2005. A huge polypoid uterine myoma causing severe primary postpartum haemorrhage. A report of one case. *Nigerian Journal Of Surgical Research*. Vol 7 No 1-2: 220 - 221.
5. Baby HA, Begum MR, Ehsan M, et al. 2015. Myomectomy during Cesarean Section: Safety and Feasibility of the Procedure. *Bangladesh J Obstet Gynaecol*. 30(1): 10-14.
6. Sparić R, Kadija S, Stefanović A, et al. 2017. Cesarean myomectomy in modern obstetrics: More light and fewer shadows. *J Obstet Gynaecol Res*. 43(5): 798–804.
7. Biswas S, Fatema M and Akhter S. 2013. Safety of routine caesarean myomectomy. *Bang Med J Khulna*. 46 : 7-11.
8. Kiran A, Lata A, Ashok A, K AV and Kanupriya A. 2011. Cesarean Myomectomy: Prospective Study. *NJIRM*. 2(3) : 11-14.
9. Milazzo GN, Catalano A, Badia V, Mallozzi M and Caserta D. 2017. Myoma and myomectomy: Poor evidence concern in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res*. 43: 1789–804.
10. Vilos GA, Allaire C, Laberge P-Y and Leyland N. 2015. SOGC Clinical Practice Guideline: The Management of Uterine Leiomyomas. *J Obstet Gynaecol Can*. 37(2):157–178.
11. Golubka P, Wańkiewicz A, Przylepa M, et al. 2015. Pregnant women suffering from uterine fibroids. *Pol J Public Health*.
12. Adesiyun, Gbadebo A, Ameh, Charles A, Ojabo and Austin. 2009. Myomectomy at caesarean section: descriptive study of clinical outcome in a tropical setting. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 21(4).
13. Ghaemmaghani F, Karimi-Zarchi M, Gharebaghian M and Kermani T. 2017. Successful Myomectomy during Cesarean Section: Case Report & Literature Review. *International Journal of Biomedical Science*. Vol. 13 No. 2.