**Perubahan nyeri haid (dismenorhea) pada pasien paska laparoskopi adenomiomektomi**

**Nama** : Indra Adi Susianto\*,\*\*, Hervyasti Purwiandari\*\*,

**Institution** : \* Medical Faculty of Soegijapranata Catholic University Semarang

\*\* Anugerah Women & Children Hospital Semarang

**Alamat :** \* Jl. Pawiyatan Luhur Sel. IV No.1, Bendan Duwur, Kota Semarang, Jawa

Tengah 50234

 \*\* Jl Kalisari Baru n. 5 Kota Semarang Jawa Tengah 50245

**Nomor telephone** : 0811297595

**Email** : indraadisusianto@unika.ac.id

**Abstrak**

**Latar Belakang :** Kejadian adenomyosis akhir-akhir ini meningkat pada wanita yang belum menikah dan belum pernah hamil (nuliigravid).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 penggobatan ini adalah sementara dan nyeri haid seringkali tidak berkurang

**Tujuan Penelitian :** Untuk mengetahui derajad nyeri dan kekambuhan kembali dismenorhea berat setelah tindakan laparoskopi adenomiomektomi pada pasien fokal adenomiosis yang tidak respon terhadap pengobatan medikamentosa.

**Metode :** Penelitian ini merupakan penelitian Kohort-Retrospective pada pasien dengan kriteria inklusi adenomiosos fokal dengan derajad VAS dismenorhea 9/10 yang gagal terapi dengan obat hipoestrogen. Dilakukan pemantauan setelah tindakan laparoskopi adenomiomektomi dan pemberian GnRh analog setiap bulan selama 6 bulan dan kemudian di pantau setiap 3 bulan untuk derajad VAS untuk dismenorhea selama 24 bulan kemudian.

**Hasil :** Dari 92 pasien (2012 – 2017) yang dilakukan laparoskopi adenomiomektomi, didapatkan 68,4 % terjadi penurunan VAS dismenorhea secara signifikan, 14,1 % terjadi kekambuhan kembali pada 12 bulan paska tindakan dan 1 % fluktuatif. Dengan rerata VAS dismenorhea 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 :** Laparoskopi adenomiomektomi dapat menjadi alternative terapi pada pasien adenomiosis yang gagal terapi hypoestrogen dan menginginkan fertilitas.

 **Kata kunci :** Adenomiosis, Dismenorhea, Laparoskopi, Adenomiomektomi.

**Pendahuluan**

Perubahan gaya hidup wanita seperti menunda menikah dan menunda punya keturuan adalah hal yang wajar saat ini. Kejadian adenomyosis akhir-akhir ini meningkat pada wanita yang belum menikah dan belum pernah hamil (nuliigravid).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 penggobatan ini adalah sementara dan nyeri haid seringkali tidak berkurang. Terapi pembedahan untuk adenomyosis berupa eksisi adenomyotic nodul secara laparatomi dilaporkan lebih efektif.3,4

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

**Metode**

Penelitian ini merupakan penelitian Kohort-Retrospective pada pasien dengan kriteria inklusi adenomiosos fokal dengan derajad VAS dismenorhea 9/10 yang gagal terapi dengan obat hipoestrogen. Dilakukan pemantauan setelah tindakan laparoskopi adenomiomektomi dan pemberian GnRh analog setiap bulan selama 6 bulan dan kemudian di pantau setiap 3 bulan untuk derajad VAS untuk dismenorhea selama 24 bulan kemudian.

Semua pasien dilakukan pemeriksaan fisik ginekologi, dilanjutkan dengan ultrasonografi transvaginal dan Magentic 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 fertility, dengan adenomyosis tipe focal dengan ukuran nodul adenomyosis lebih dari 30mm. dan Kriteria ekslusi pada penelitian ini adalah adenomyosis tipe diffuse atau rahim beserta nodul adenomyosis yang berukuran seperti kehamilan 12 minggu.

**Teknik Operasi**

Semua operasi dilakukan setelah pasienn terintubasi dengan anesthesi general. Pasien ditempatkan di meja operasi dalam posisi lithotomi dengan terpasang uterine manipulator melalui vagina. Operasi laparoskopi berawal dengan memasukkan trocar utama menggunakan “teknik hasson”. gas CO2 dimasukkan setelah telescope 10 mm masuk kedalan 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 suprapubic.

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

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

Vasopressin 20IU (1mL) 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 myometrium dengan V-lock 0, dan dilanjutkan dengan menutup perimetrium menggunakan monocryl 1. Setelah rahim ter-rekontruksi baik, rahim di tutup dengan interceed untuk mencegah perlekatan paska operasi.

**Hasil :**

Pada grafik 1, didapatkan dari 92 pasien (2012 – 2017) yang dilakukan laparoskopi adenomiomektomi, didapatkan 68,4 % terjadi penurunan VAS dismenorhea secara signifikan, 14,1 % terjadi kekambuhan kembali pada 12 bulan paska tindakan dan 1 % fluktuatif. Dengan rerata VAS dismenorhea antara 0.447 sampai 0.894 dalam rentang waktu 24 bulan paska tindakan.

Grafik 1. Tingkat Nyeri pasca operasi laparoskopi Adenomiomektomi

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**

Adenomiosis 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 laparoskopi adenomyosis dibutuhkan ketrampilan yang mumpuni dalam rekontruksi rahim dan menjahit setelah melakukan enukleasi adenomiosis secara komplit dilanjutkan dengan rekontruksi rahim. Selain itu Kontrol perdarahan juga sangat membantu dengan injeksi vasopressin yang diencerkan sehingga terjadi vasokontriksi pembuluh darah pada rahim sehingga akan memundahkan 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 adenimiomektomi 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 kepadan seluruh staf medis dan non medis Rumah Sakit Ibu dan Anak Anugerah yang telah membantu sehingga penelitian ini terwujud

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.

.