

Case Report**Multigravida Post-Partum dengan Inversio Uteri Subakut Komplit yang Ditatalaksana Histerektomi Supraservikal Pervaginam****Amir Fauzi, Ratih Krisna, Hadrians Kesuma Putra, Yurizka Sabrina**

Departemen Obstetri Dan Ginekologi RSUP Dr. M. Hoesin Universitas Sriwijaya

Korespondensi: amirfauzi61@yahoo.co.id

Abstrak

Inversio uteri adalah salah satu komplikasi persalinan dengan risiko kematian tinggi akibat perdarahan dan syok. Laporan ini menjelaskan mengenai presentasi dan manajemen kasus inversio uteri. Seorang wanita berusia 33 tahun, P4A0 post partum spontan di bidan hari ke 5 dirujuk ke RS Mohammad Hoesin dengan riwayat uterus yang ikut keluar saat persalinan, namun uterus dapat dimasukkan kembali. Tanda-tanda vital pasien dalam batas normal. Pada pemeriksaan abdomen didapatkan tinggi fundus uteri sulit dinilai. Pada saat dilakukan inspeksi terdapat benjolan berupa keseluruhan uterus yang terbalik keluar dari serviks. Pemeriksaan laboratorium menunjukkan penurunan kadar hemoglobin (9.1 g/dL) dan peningkatan kadar leukosit ($10.34 \times 10^3/\text{mm}^2$). Pada pemeriksaan USG tidak tampak uterus pada kavum pelvis dengan kesan yang sesuai dengan gambaran inversio komplit. Pasien dipasang kateter lalu diputuskan untuk histerektomi supraservikal pervaginam. Kemudian pada pasien dilakukan pemasangan tampon vagina, pemberian antibiotik, antifibrinolitik serta obat simptomatik dengan stabilisasi berupa cairan dan transfusi. Setelah dua hari, tampon dilepas dan pasien membaik tanpa adanya komplikasi.

Kata Kunci: histerektomi, inversio uteri, supraservikal**Post-Partum Multigravida with Complete Subacute Uterus Inversion Treated by Vaginal Supracervical Hysterectomy****Abstract**

Uterine inversion is one of labor complications with high mortality risk caused by bleeding and shock. This paper presenting the clinical manifestation and the management of uterine inversion. A 33-year-old woman, P4A0 spontaneous postpartum at midwife day-5 was referred to Mohammad Hoesin Hospital with uterine expulsion during delivery and the uterine could be re-inserted. Vital signs within normal limits. Abdominal examination showed unmeasurable uterine fundal height. Gynecological examination showed an inverted uterus mass outside the cervix. There was decreased haemoglobin (9.1 g/dL) and increased leucocytes ($10.34 \times 10^3/\text{mm}^2$) level. Ultrasonography measure showed no visible uterus in pelvic cavity with impression of complete uterine inversion. The patient was catheterized and decided for vaginal supracervical hysterectomy. The patient applied with vaginal tampons and prescribed with antibiotics, antifibrinolytics and symptomatic drugs with stabilization using crystalloid fluid and blood transfusion. After two days, the tampon was removed and patient improved without any complications.

Keywords: hysterectomy, uterine inversion, supracervical

Pendahuluan

Inversio uteri subakut terjadi ketika fundus uteri kolaps ke dalam rongga endometrium antara 24 jam sampai 1 bulan pasca persalinan.¹ Ini adalah keadaan ginekologi darurat yang langka dalam praktik dan literatur, namun hal ini berpotensi fatal jika tidak didiagnosis dan ditatalaksana secara cepat.² Inversio uteri adalah keadaan darurat kebidanan yang tidak dapat diprediksi.

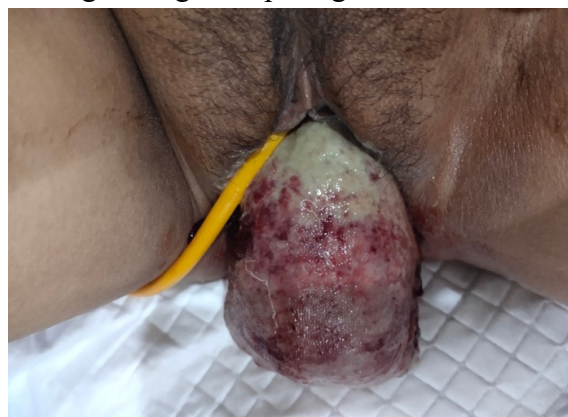
Hal-hal yang harus diperhatikan ketika seorang wanita dalam masa nifas berobat dengan perdarahan postpartum, tekanan darah rendah, nyeri perut yang disertai massa di vagina. Manajemennya melibatkan reposisi anatomi uterus sambil mencegah re-inversi, dan mengobati perdarahan sambil memulihkan stabilitas hemodinamik pasien. Resusitasi mendesak dengan kristaloid dan transfusi darah meningkatkan luaran yang lebih baik pada pasien.³ Reposisi inversio uteri dicapai dengan menggunakan teknik non-operatif ataupun operatif. Pilihan reposisi non-operatif secara manual dan secara hidrostatis saat operasi koreksi yang meliputi laparotomi plus prosedur Huntington saja atau dikombinasikan dengan insisi cincin penyempitan serviks. Interval waktu antara pengenalan dan koreksi bersamaan dengan tindakan resusitasi yang dilakukan adalah pendorong utama prognosis.^{5,6}

Jika tindakan reposisi tidak memungkinkan, maka histerektomi merupakan pilihan. Histerektomi adalah salah satu prosedur yang paling umum dalam operasi ginekologi pada kondisi-kondisi tertentu. Ada tiga pendekatan utama untuk intervensi ini, yaitu: per-abdominal, pervaginam ataupun laparoskopik. Prosedur ini dapat dilakukan dengan dua cara: pengangkatan seluruh uterus termasuk serviks (histerektomi total) atau hanya mengeluarkan korpus uteri dan membiarkan serviks tetap utuh (subtotal, juga dikenal sebagai histerektomi supraservikal).⁷

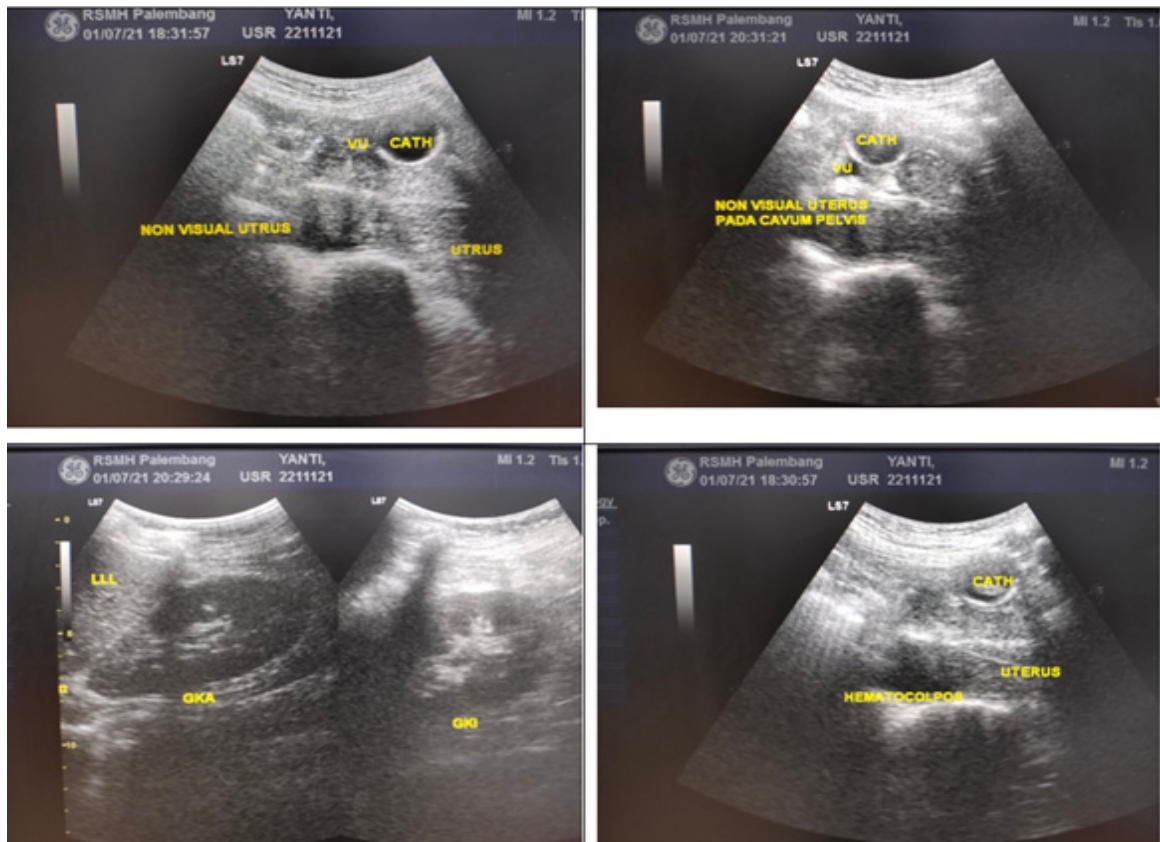
Laporan Kasus

Seorang wanita berusia 33 tahun, P4A0 post partum spontan mengeluhkan adanya benjolan di area kemaluan pasca melahirkan. Lima hari sebelum masuk rumah sakit, pasien melahirkan dengan bantuan bidan. Pada saat plasenta lahir, uterus juga keluar dari jalan lahir. Bidan kemudian memasukkan kembali uterus dan memasang kateter urin karena adanya nyeri pada perut bagian bawah. Satu hari sebelum masuk rumah sakit, kateter urin pasien dilepas, namun pasien tidak dapat buang air kecil dengan baik. Pasien sering mengejan karena kandung kemih tidak mau terbuka dan uterus keluar lagi dari alat kelamin. Pasien kemudian dibawa ke RSUD Besemah Pagaralam dan kemudian dirujuk ke RSUD Mohammad Hoesin Palembang.

Pada pemeriksaan fisik awal, pasien tampak compos mentis dengan tekanan darah 140/90 mmHg, nadi 80x/menit, jumlah respirasi 20x/menit. Pada pemeriksaan abdomen didapatkan kesan datar, kenyal, tidak ada kelembutan, tidak ada *ballotement*, tidak ada tanda cairan bebas dan tinggi fundus uteri sulit di temukan. Pada inspeksi pemeriksaan ginekologi terdapat benjolan berupa keseluruhan uterus terbalik keluar dari serviks dengan ukuran 8x7x6 cm tanpa perdarahan aktif, terdapat pus, terdapat kontraksi, dan jaringan uterus terlihat pada 2/3 bagian vagina seperti gambar 1.



Gambar 1 Massa Uterus



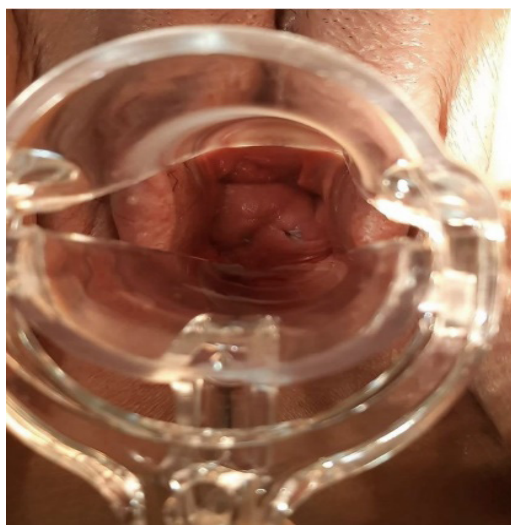
Gambar 2 USG Inversio Uteri Komplit

Selain anamnesis dan pemeriksaan fisik, pasien juga menjalani pemeriksaan penunjang berupa pemeriksaan laboratorium dan USG. Hasil pemeriksaan laboratorium adalah kadar hemoglobin 9.1 g/dL, eritrosit $2.97 \times 10^6/\text{mm}^2$, leukosit $10.34 \times 10^3/\text{mm}^2$, dan hematokrit 27%. Pada pemeriksaan USG tidak tampak uterus pada kavum pelvis dengan kesan sesuai dengan gambaran inversio uteri komplit.

Pada pasien dilakukan pemasangan kateter untuk observasi keadaan umum, kemudian diputuskan untuk dilakukan tindakan histerektomi supraservikal pervaginam. Setelah dilakukan anestesi spinal, pasien diposisikan secara litotomi. Kemudian dilakukan tindakan aseptik dan antiseptik pada bagian uterus yang mengalami inversi. Setelah itu dilakukan identifikasi batas antara serviks dengan myometrium. Kemudian dilakukan insisi dan uterus dipotong secara

hati-hati sampai lapisan serosa. Setelah tuba terlihat, dilakukan penjepitan, pemotongan dan pengikatan ligamentum rotundum menggunakan benang PGA 2.0. Pada bagian uterus yang masih tertinggal, dilakukan penjahitan dan pengikatan sehingga tunggul uterus tidak berdarah dan telah tertutup. Kemudian uterus yang tertinggal dimasukkan ke dalam vagina dan dipasang tampon vagina untuk mencegah infeksi.

Pasca operasi, pasien juga diberikan terapi ceftriaxone 1 gr/24 jam, metronidazole 500 mg/8 jam, asam traneksamat 500 mg/8 jam, ketorolac 30 mg/8jam, ciprofloxacin 500 mg dua kali sehari oral, dan asam mefenamat 500 mg/8 jam. Pada follow-up hari kedua, tampon di lepas dan tampak tidak ada tanda perdarahan ataupun infeksi (Gambar 3). Setelah itu kondisi pasien terus membaik tanpa komplikasi.



Gambar 3 Kondisi Uterus Post-Operasi Hari ke-2

Pembahasan

Kasus ini membahas seorang Wanita berusia 33 tahun yang dirujuk ke RSUD Mohammad Hoesin dengan keluhan utama adanya benjolan. Pada anamnesis didapatkan adanya benjolan di area kemaluan pasca melahirkan di bidan. Setelah benjolan keluar, pasien dilakukan pemasangan kateter oleh sang bidan dikarenakan adanya nyeri pada perut bagian bawah. Benjolan ini terus bertahan selama 5 hari hingga pasien dibawa ke RSUD Mohammad Hoesin Palembang.

Pada pemeriksaan fisik abdomen, didapatkan didapatkan kesan datar, kenyal, tidak ada kelembutan, tidak ada *ballotement*, tidak ada tanda cairan bebas dan tinggi fundus uteri sulit di temukan. Pada inspeksi pemeriksaan ginekologi terdapat benjolan berupa keseluruhan uterus terbalik keluar dari serviks dengan ukuran 8x7x6 cm tanpa perdarahan aktif, terdapat pus, terdapat kontraksi, dan jaringan uterus terlihat pada 2/3 bagian vagina.

Selain anamnesis dan pemeriksaan fisik pasien juga menjalani pemeriksaan penunjang berupa pemeriksaan laboratorium

dan USG. Pada pemeriksaan laboratorium didapatkan adanya leukositosis, dan pada pemeriksaan USG didapatkan kesan tidak tampak uterus pada kavum pelvis. Sehingga pasien didiagnosis sebagai P4A0 dengan inversion uteri subakut komplit.

Inversio uteri diklasifikasikan berdasarkan luas inversio dan waktu kejadian. Empat kategori yang diakui untuk derajat inversi yaitu derajat satu (inkomplit) dimana fundus tetap berada di rongga endometrium; derajat dua (komplit) dimana fundus menonjol melalui os serviks; derajat ketiga (prolaps) dimana fundus menonjol ke atau di luar introitus; dan kemudian derajat empat (total) dimana baik uterus maupun vagina menjadi terbalik. Mayoritas kasus hadir sebagai inversi komplit.^{5-6,8}

Berdasarkan durasinya inversio uteri pasca persalinan diklasifikasikan menjadi inversi akut, subakut dan kronis. Inversio uteri akut merupakan inversio uteri yang terdiagnosa dalam 24 jam setelah persalinan, dapat dengan atau tanpa penyempitan serviks. Inversio uteri subakut merupakan inversio uteri yang terdiagnosa lebih dari 24 jam namun kurang dari 4 minggu setelah persalinan; selalu disertai dengan penyempitan serviks. Inversio uteri kronis merupakan inversio uteri yang telah terjadi selama 4 minggu atau lebih.^{6,8}

Setelah diagnosis ditegakkan, pasien direncanakan untuk tindakan histerektomi supraservikal pervaginam. Kemudian, pasca operasi dilakukan pemasangan tampon, pemberian antibiotik dan analgetik.

Manajemen inversio uteri melibatkan reposisi anatomi uterus sambil mencegah re-inversi, dan mengobati perdarahan sambil memulihkan stabilitas hemodinamik pasien. Resusitasi dengan kristaloid dan transfusi darah meningkatkan luaran yang lebih baik pada pasien. Reposisi inversio uteri dapat dicapai dengan menggunakan teknik non-operatif ataupun operatif.³

Histerektomi adalah salah satu prosedur

yang paling umum dalam operasi ginekologi pada kondisi-kondisi tertentu. Terdapat tiga pendekatan utama untuk intervensi ini, yaitu: per-abdominal, pervaginam, ataupun laparoskopi dan dapat dilakukan dengan dua cara, yaitu: pengangkatan keseluruhan uterus termasuk serviks (histerektomi total) atau hanya mengeluarkan korpus uteri dan membiarkan serviks tetap utuh (subtotal, juga dikenal sebagai histerektomi supraservikal).⁷

Pada pasien ini dilakukan histerektomi supraservikal. Ini bukan operasi yang umum dipilih dalam inversio uteri tetapi teknik ini juga membawa manfaat bagi pasien. Histerektomi dipilih sebagai rencana pengobatan berdasarkan pertimbangan riwayat multigraviditas (dari empat kehamilan), keterbatasan pelayanan kesehatan di tempat asal pasien, dan mempertimbangkan kemungkinan kekambuhan pada pasien tanpa histerektomi dan komplikasi setelah kekambuhan, terutama jika pasien memiliki kehamilan lain tanpa akses ke layanan persalinan caesar. Histerektomi pervaginam (baik total atau subtotal) adalah pilihan yang lebih disukai karena penyembuhan yang lebih cepat, biaya yang lebih rendah dan kebutuhan perawatan rumah sakit yang lebih pendek. Prosedur ini dapat dilakukan jika pasien tidak memiliki riwayat keganasan, nyeri panggul, permasalahan adneksa, endometriosis, prosedur operasi sebelumnya di area perut ataupun panggul dan jika ukuran uterus lebih kecil dari ukuran kehamilan minggu ke-12. Histerektomi subtotal atau supraservikal adalah prosedur operatif yang tidak melibatkan serviks. Serviks pasien masih dibiarkan utuh. Tidak ada perbedaan hasil perbandingan histerektomi total ataupun subtotal. Oleh karena itu, dalam banyak kasus, pilihan didasarkan pada keinginan pasien.^{7,9,10}

Simpulan dalam kasus ini diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan pencitraan. Diagnosisnya

adalah inversio uteri prolaps subakut pada pasien post-partum spontan dengan riwayat multigraviditas. Pilihan pengobatan pada pasien ini adalah histerektomi supraserviks pervaginam atau subtotal. Inversio uteri merupakan komplikasi nifas yang jarang terjadi, namun jika terjadi akan memerlukan penanganan segera yang sesuai dengan kondisi pasien untuk meminimalkan kemungkinan komplikasi yang fatal.

Daftar Pustaka

1. Wendel MP, Shnaekel KL, Magann EF. Uterine inversion: a review of a life-threatening obstetrical emergency. *Obstet Gynecol Surv.* 2018;73(7):411–7.
2. Mishra S. Chronic uterine inversion following mid-trimester abortion. *J Obstet Gynecol India.* 2018;68(4):320–2.
3. WHO. World Health Organisation, Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors: World Health Organization; 2017.
4. Coad SL, Dahlgren LS, Hutcheon JA. Risks and consequences of puerperal uterine inversion in the United States, 2004 through 2013. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;217(3):377 e1-. e6.
5. Owaraganise A, Tibajuka L, Ngonzi J. Subacute uterine inversion following an induced abortion in a teenage girl: a case report. *Owaraganise et al. BMC Women's Health.* 2020. 20:220
6. Kochenour NK. Diagnosis and Management Of Uterine Inversion. In: Gilstrap LC, Cunningham FG, Vandorsten JP, editors. *Operative Obstetrics.* 2nd ed. USA: McGraw-Hill Companies; 2002.
7. Wilczyński M, Cieślak J, Malinowski A. Supracervical hysterectomy – the vaginal route. *Videosurgery Miniinv* 2014; 9 (2): 207–212
8. Cunningham, F.G, Leveno, K.J, Bloom,

- S.L, dkk (Editors). 2018. Williams Obstetrics. 25th Edition. United States of America: McGraw-Hill Education.
9. Hoffman, B.L, Schorge, J.O, Bradshaw, K.D, dkk (Editors). 2016. Williams Gynecology. 3rd Edition. United States of America: McGraw-Hill Education.
 10. Carugno J, Fatehi M. Abdominal Hysterectomy. [Updated 2021 Mar 30]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564366/>