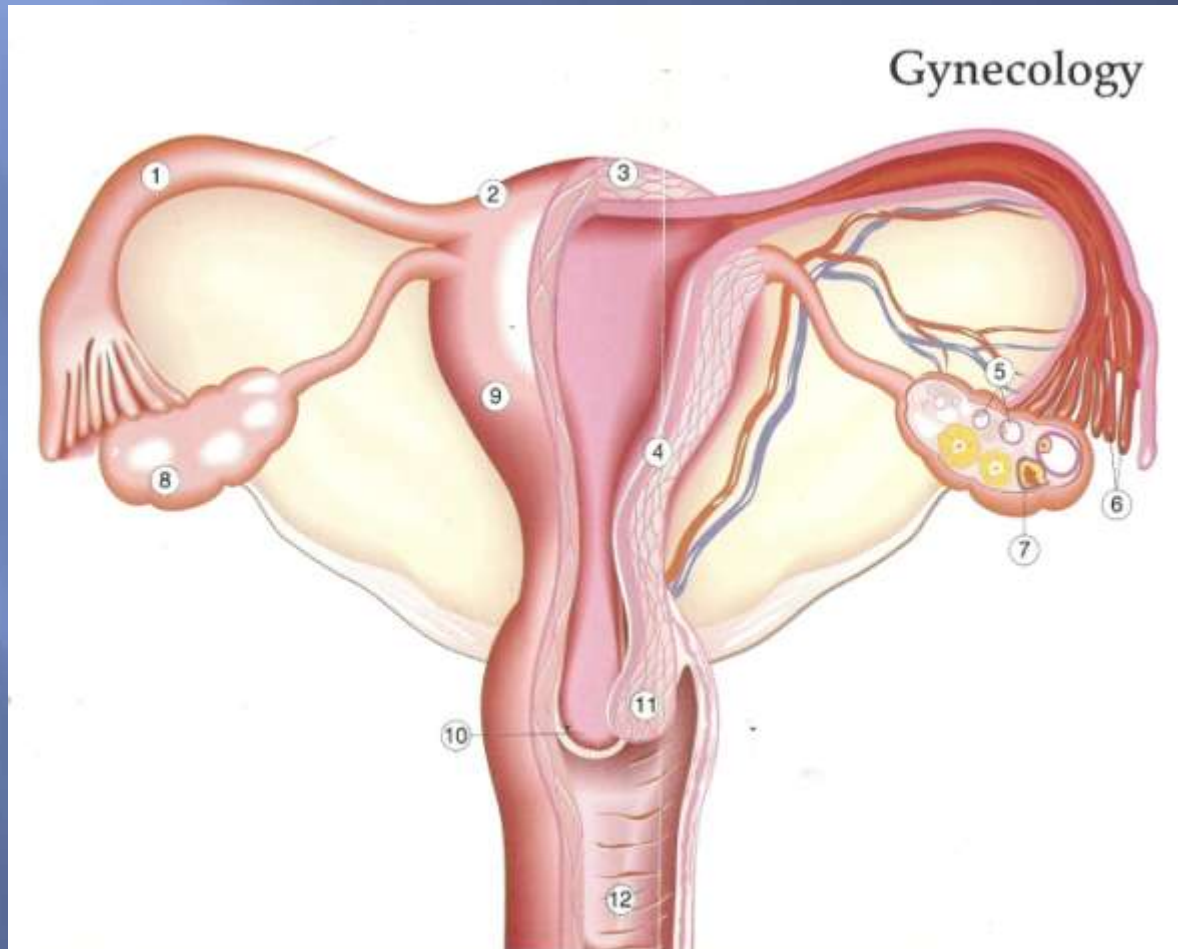


TUMOR JINAK ORGAN REPRODUKSI

Dr Sutrisno Spog

Anatomi alat reproduksi



Tumor jinak pada serviks uteri

- ▣ POLIP → angka kejadiannya 1 = 2 %, sering ditemukan pada usia 40 – 60 tahun. Tumor biasanya soliter, bertangkai dan keluar lewat OUE, permukaan rata, konsistensi lembek, warna kemerahan. Predisposisi karena radang kronik, hiperestrogenisme. Sering asimtomatik, ditemukan saat pemeriksaan VT/inspekulo. Kadang ditandai lekore, spotting atau post coital bleeding. Terapi dengan ekstirpasi dilanjutkan kuretase pangkal polip.

Tumor jinak pada korpus uteri

- ▣ POLIP ENDOMETRIUM → tumbuh dari endometrium, bisa tumbuh soliter atau multi pel (polipoid). Penyebabnya berhubungan dengan hiperplasia endometrium dan pengaruh estrogen yang berlebihan. Kadang polip dapat bertangkai sampai keluar OUE dan dapat terjadi ulserasi → perdarahan, Sering asimtomatik tetapi sering pula terjadi PUA dan terapinya dengan ektirpasi dan kuretase.

▣ MIOMA UTERI

Lengkapnya disebut leiomioma uteri (fibroid) Angka kejadiannya sekitar 20% pada usia sekitar 40 tahun dan tidak pernah terjadi pada masa sebelum menarche. Tumor ini berpotensi cepat membesar, dapat pula berdegenerasi ganas, komplikasi yang sering diakibatkan oleh pembesarannya yang dapat menyebabkan perdarahan uterus abnormal dan pendesakan ke organ sekitarnya

▣ Patogenesis

Sampai saat ini etiologi belum dpt dipastikan. Dianggap paling mungkin berasal dari oo polos dan jaringan penyambung otot yang mengalami metaplasia. Ternyata mioma juga bersifat estrogen dependen, terbukti tdk terjadi pada wanita sebelum menarche, tidak berkembang setelah menopause dan cepat membesar saat kehamilan. Penderita mioma uteri mempunyai potensi 4 kali lebih besar → kars endometrium. Meyer dan Dee Snoo mengemukakan teori cell nest atau teori genitoblast, yang menyatakan mioma uteri terjadi karena adanya sel sel otot imature yang terdapat pada sel nest dan dirangsang terus menerus oleh estrogen.

Mioma uteri dapat mengalami degenerasi

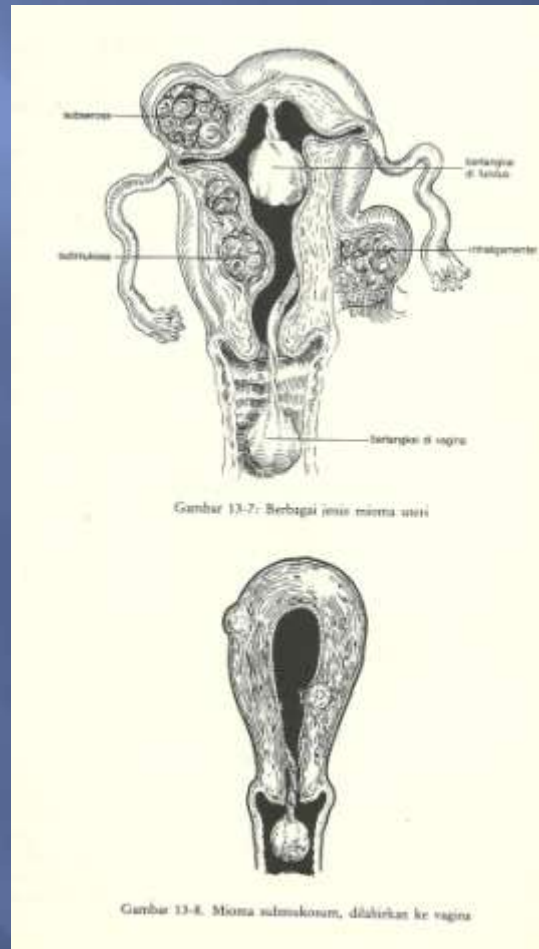
- degenerasi hialin → jaringan otot dan fibrous diganti jaringan hialin yang lebih lunak.
- degenerasi kistik → jaringan hialin rusak, suplai darah kurang hialin menjadi cair, sehingga konsistensi tumor lunak
- degenerasi kalkarosa/pengapuran → setelah menopause disebut womb stone.
- degenerasi karneosa/merah → fibroid mengalami perdarahan. ini terjadi selama kehamilan
- degenerasi lemak → fibroid mengalami perlemakan
- degenerasi sarkomatosa → fibroid mengalami pembesaran yang cepat, terjadi sekitar 1 : 1000 mioma uteri.

▣ Klasifikasi

Dilihat dari lokasi berkembangnya dibagi

- submukosum → berada dilapisan endomet, tumor ini dapat tumbuh bertangkai, masuk kedalam lumen vagina sebagai mioma geburt
- intramuralis → berada dilapisan miometrium, tumor ini dapat tumbuh mendesak kearah endometrium maupun kearah perimetrium
- subserosum → berada dilapisan tunika serosa/parametrium, bertangkai masuk ke rongga pelvis / abdomen dan dapat terlepas menempel pada amentum / mesenterium disebut mioma parasit

Lokasi pertumbuhan mioma



komplikasi

- ▣ Nekrosis dan infeksi → pada mioma submukosum yang menjadi mioma geburt → terjadi gangguan sirkulasi → nekrosis → infeksi, terjadi perdarahan menometroragia/ lekore.
- ▣ Torsi → mioma uteri subserosum bertangkai, mengalami putaran (torsi) terjadi secara akut. Biasanya penderita kesakitan secara tiba tiba dan disertai tanda tanda abdomen akutum.
- ▣ Leiomiosarkoma → merupakan 50 -75 % sarkoma uteri. Pada kasus ini mioma uteri menjadi sepat membesar.

Gejala dan tanda

- ▣ Hampir 50% kasus mioma uteri ditemukan saat dilakukan pemeriksaan ginekologi.
- ▣ Gejala yang dirasakan sangat tergantung dari lokasi, besar dan efek samping yang terjadi.
- ▣ Yang sering dikeluhkan
 - PUA → endomet lebih luas, kontraksi miomet
 - nyeri → striktura kanalis serviks, submukosa dikeluarkan.

- Tanda penekanan → akibat pembesaran masa, terjadi penekanan pada organ sekitar. Pada traktus urinarius → gangguan kencing, hidroureter, hidronefrosis.

Pada traktus digestifus → gangguan bab.

- Gangguan fertilitas → infertil / abortus

Terjadi karena endometrium dalam keadaan tidak mampu untuk menerima nidasi yg baik.

Mioma uteri dan kehamilan

- ▣ Pengaruh mioma uteri pada kehamilan
 - =menyebabkan infertilitas
 - =meningkatkan resiko abortus
 - =menyebabkab kelainan letak
 - =mengganggu proses persalinan
 - =dapat menimbulkan inersia uteri / atonia uteri
 - =menyebabkan retensio plasenta
- ▣ Pengaruh kehamilan terhadap mioma
 - =mempercepat pembesaran
 - =menyebabkan degenerasi merah
 - =menyebabkan torsi , untuk mioma subserosum

Diagnosis

- ▣ Palpasi teraba masa tumor supra simfisis pubis konsistensi kenyal, lokasi median
- ▣ VT : korpus uteri membesar, kenyal, benjol2, untuk yang subserum teraba masa tumor terpisah dari uterus, teraba masa dilumen vagina untuk mioma Geburt.
- ▣ Pemeriksaan sondase → uterus membesar lebih dari 10 cm
- ▣ Pemeriksaan USG atau CT scan, MRI

Penanganan

- ▣ Hormonal , untuk yang masih menginginkan hamil dan masa tumor tidak besar. Pemberian GnRH agonist 3 – 6 bulan.
- ▣ Operatif (laparotomi/laparoskopi)
Miomektomi → jenis subserosum
Histerektomi → jenis tumor yang besar
- ▣ Radioterapi → utk penderita yang ada kontra indikasi dilakukan tindakan opratif

Pasien mioma uteri sebelum operasi



Tumor masa mioma uteri



Setelah masa tumor diangkat



Mioma uteri pada kasus lain



Masa tumor uterus dan kista ovarium hasil pemeriksaan PA → ganas



Pasca diangkat masa tumor



Tumor jinak ovarium

▣ A. TUMOR KISTIK

▣ Kistoma ovarii

Kista ini biasanya permukaannya rata dan halus dan dapat menjadi besar. Dinding kista tipis, isi cairan serus, jernih, kekuningan, Kadang bertangkai sehingga dpt terjadi torsi.

▣ Angka kejadian → 15 – 27%, pada usia 20 – 50 tahun. 60% jenis kistoma ovarii serosum

- ▣ Gambaran klinik → biasanya multilokuler, permukaan lobulated, 10% bisa tumbuh sangat besar. Biasanya unilateral jarang bilateral. Sering bertangkai dan dapat terjadi torsi dan perdarahan dalam kista, perubahan degeneratif, mengakibatkan perlekatan dgn jaringan sekitar. Bila kista pecah, sel epitel dapat tersebar kerongga perut, terjadi pseudo miksoma → perlekatan → ileus.

▣ Terapi

Operatif untuk pengangkatan masa tumor. Bila tumor sudah besar dilakukan pengangkatan bersama iuba (sifingooforektomi). Diusahakan dalam operasi tumor tidak pecah sehingga dpt mencegah pseudomiksoma. Tapi untuk tumor yang sangat besar (kistoma ovarii permagna), perlu dilakukan pungsi cairan sblm dilakukan operasi pengangkatan tumor.

Penderita kistoma ovarii permagna



Masa tumor yang diangkat,
setelah dilakukan pungsi sbllm
operasi



Keadaan penderita setelah operasi



- ▣ Kistadema ovarii serosum
Diperkirakan berasal dari epitel permukaan ovarium (epitelium germinativum).
- ▣ Angka kejadian 20 – 36%. Lebih sering ditemukan bilateral (10 – 20%)
- ▣ Gambaran klinik
Masa tumor tidak terlalu besar, jarang multi lokuler, mempunyai potensi papiler ke dalam rongga kista (50%), keluar kista (5%). Pada jaringan papiler dapat ditemukan pengendapan kalsium dalam stromanya disebut psamoma. dan ini menunjukkan kistadenoma ovarii serosum papiliferum

- ▣ Kista dermoid

Merupakan teratoma kistik yang jinak.

Didalam tumor terdapat struktur ektodermal dengan diferensiasi sempurna, sehingga terdapat jaringan seperti epitel kulit, rambut, gigi dan produksi glandul sebacea menyerupai lemak berwarna putih kekuningan.

- ▣ Angka kejadian → merupakan 10% dari tumor ovarium. Sering terjadi pada usia lebih muda, 25% diantaranya terjadi bilateral/

▣ Gambaran klinik

Konsistensi tumor kistik kenyal, teraba juga bagian padat, permukaan tumor putih abu abu, sepintas seperti satu rongga, tapi bila dibelah tampak satu kista besar dengan ruang kecil kecil dalam dindingnya. ditemukan kulit, gigi, tulang rawan/ tulang, serat otot jaringan ikat. Dapat terjadi torsi, menimbulkan gejala abdomen akut.

▣ TUMOR OVARIUM PADAT

▣ Fibroma ovarii

Tumor padat ovarium tergolong neoplasma. Tetapi semuanya mempunyai potensi maligna. Fibroma ovarii berasal dari elemen fibroplastik stroma ovarii atau dari sel mesenkhim yang multipoten.

- ▣ Angka kejadian , merupakan 5% tumor ovarium, sering ditemukan saat dan setelah menopause. Angka kejadiannya 0,3 – 1,5%.

- ▣ Gambaran klinik , tumor ini dapat berdiameter 2 – 30cm, berat nya dapat mencapai 20kg. 90% tumor ini unilateral. Konsistensi tumor keras,padat, warna merah jambu keabu abuan Bila dibelah permukaan homogen dapat pula ada bagian yang cair karena nekrosis. Selain mempunyai struktur fibroma, terdapat pula bagian yang mengalami degenerasi hialin. Dapat terjadi torsi. Potensi ganas hanya 1%.

- ▣ Tumor ini sering ditemukan pada Meigs sindrom (fibroma ovarii, ascites, hidrotorak)
- ▣ Terapi → operatif (ooforektomi)

- ▣ Tumor Brenner
Merupakan neoplasma ovarium yang sangat jarang, angka kjadiannya hanya 0,5% dari semua tumor ovarium. Berasal dari sisa sel Walthhard yang belum diferensiasi. Penelitian terakhir berasal dari epitel sel selomik duktus Muleri.

- ▣ Gambaran klinik , besar tumor sangat variatif, dari yang diameternya kurang 5 cm sampai yang beratnya beberapa kg. Tumor sering unilateral, bila dibelah warna tumor kekuningan dengan kista kecil kecil. Pada penelitian ditemukan tumor memproduksi estrogen. Jarang yang menjadi ganas.
- ▣ Terapi , dengan pengangkatan masa tumor.

Tanda dan gejala klinik

- ▣ Akibat pembesaran tumor --
perasaan tidan nyaman dan berat
gangguan miksi dan defikasi
gangguan sirkulasi darah → edema
- ▣ Disfungsi hormonal
amenore atau oligomenore
infertilitas
obesitas
hirsutisme / firilisme

- ▣ Akibat komplikasi tumor perdarahan kista → sakit torsi (tumor yang bertangkai) → abd. Akutum robekan dinding kista → abd. Akutum infeksi → sindroma infeksi degerasi ganas penderita hamil → menimbulkan kelainan letak janin, penyulit persalinan. Pengangkatan tumor sebaiknya dilakukan pada kahamilan 24-28 minggu.

Dasar diagnosis

- ▣ Anamnesa → sesuai dengan keluhan yang timbul akibat komplikasi tumor
- ▣ Pemeriksaan ginekologi
Inspeksi : perut membuncit, terlihat tumor asimetris
Palpasi : teraba masa tumor, kistik/padat, mobil/fiksed, permukaan rata/benjol benjol
VT : teraba masa tumor didaerah adneksa
- ▣ Pemeriksaan penunjang : USG, CT scan, MRI, laparoscopi, Ro foto BNO.

ENDOMETRIOSIS

- ▣ Merupakan salah satu penyakit pada wanita
→ endometrium (stroma, kelenjar) berada diluar uterus.
- ▣ Insiden pada 5 – 10% usia reproduktif.

ETIOLOGI

Banyak teori yg dianggap sebagai penyebab

- a. Sampson → retrograde menstruation

- b. Kegagalan mekanisme imun, yg berakibat penghancuran dari jaringan endometrium ektopik, disusul terjadinya diferensiasi abnormal
- c. Meningkatnya estrogen dan produksi prostaglandin yg menyebabkan resistensi terhadap progesteron.
- d. Teori metaplasia sel coelom → lesi endometriotic ,terjadi karena metaplasia mesothelial sel coelom pada peritoneum

teori inilah yg dapat menerangkan dapat tersebarnya jaringan endometrium ketempat lain secara hematogen atau limfatik.

GEJALA KLINIK

- Dismenore
- Dispareuni
- Disuria
- Dyssecia (sakit saat defikasi)
- Sakit perut bag bawah dan nyeri pinggang yg terus menerus

▣ Pemeriksaan

Sangat tergantung dari letak dan besar dan banyaknya lesi.

VT. Sering didapat terjadi perubahan besar, bentuk posisi dan mobilitas uterus. Sering uterus teraba fixed melekat retroversi.

Perabaan rectovaginal, sering teraba nodule yg nyeri nsaat ditekan.

Pemeriksaan saat menstruasi, akan lebih jelas teraba nodul yg nyeri tekan.

- ▣ Pemeriksaan penunjang
- ▣ USG sbg pilihan pertama, sering ditemukan cysta ovarium dan fibroid uterus.
- ▣ MRI, akan diperoleh gambaran lebih jelas
- ▣ Pemeriksaan petanda tumor, dengan memeriksa kadar serum cancer antigen (CA 125)
- ▣ Laparoscopi , merupakan gold standar utk menegakkan diagnosa, sekaligus dapat ditentukan derajatnya, minima, mild, moderate, atau severe.

- ▣ Pengobatan

- ▣ Medika mentosa

- kombinasi estrogen dan progesteron (OP)

- DMPA (Dehidro Medroksi Progesteron As)

- Danazol

- GnRH agonis

- IUD LNG IUS

- Analgetik, dipakai NSAIDs atau opiat.

- ▣ Terapi Operatif
- ▣ Terapi ini dipilih apabila terapi medikamentosa tidak responsif, atau didapatkannya masa tumor di pelvis.
- ▣ Operatif dengan cara laparotomi atau laparoscopi.

Endometriosis pada laparoscopi

