

Obstruksi Intestinal Total yang Disebabkan oleh Endometriosis Intestinal dan Endometriosis Uterus pada Wanita 43 Tahun di Rumah Sakit Abdul Moeloek Lampung

Risal Wintoko¹, Wina Nazula Makrufa²

¹Bagian Bedah, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Endometriosis adalah kelainan adanya kelenjar endometrium dan stroma yang tumbuh di luar uterus. Endometriosis dapat melibatkan berbagai organ intraperitoneal maupun ekstraperitoneal. Endometriosis terjadi pada organ gastrointestinal pada 3-15% wanita usia subur. Organ yang paling sering terlibat adalah rektosigmoid (71%), apendiks (19%), ileum terminal (6,7%), caecum (5,5%) dan kolon transeversal (0,5%). Penderita endometriosis yang paling banyak ada pada kelompok usia 40-44 tahun (26,4%). Gejala yang biasa timbul pada endometriosis adalah perdarahan diluar siklus menstruasi, nyeri saat menstruasi, nyeri saat berhubungan badan, nyeri saat defekasi, dan nyeri saat berkemih. Selain itu, timbul rasa nyeri pada pinggul sebelum menstruasi. Pada endometriosis intestinal gejala yang timbul adalah nyeri pada abdomen dan pelvis, konstipasi, diare, pembesaran abdomen, adanya mukus pada feses, perdarahan dari rektal, mual dan muntah. Laporan kasus ini membahas seorang wanita usia 43 tahun dengan endometriosis intestinal dan riwayat endometriosis. Pasien diberikan tindakan laparotomi dan ditemukan adanya massa kistik pada jejunum, ileum, mesentrium, kolon, serta uterus. Tindakan yang dilakukan adalah histerektomi, *hemicholecotomy* kiri dan *partial ileectomy* serta *end-to-end anastomose* ileum dan kolon transversum.

Kata Kunci: Endometriosis intestinal, reseksi intestinal, supresi hormonal

Total Intestinal Obstruction Due to Intestinal Endometriosis and Uterine Endometriosis in a 43 Year Old Woman at Abdul Moeloek Hospital Lampung

Abstract

Intestinal endometriosis is a disorder where the endometrium glands and stroma grow outside the uterus. Endometriosis could involve various intraperitoneal and extraperitoneal organs. Endometriosis occurs on the gastrointestinal organs in 3-15% women in reproductive age. The most common organs involved were rectosigmoid colon (71%), appendix (19%), terminal ileum (6.7%), caecum (5.5%) and transversal colon. Endometriosis mostly occurs in age group 40-44 years old (26,4%). Symptoms that usually happen in endometriosis are bleeding outside the menstrual cycle, pain during menstruation, pain during intercourse, pain during defecation, and pain during urination. In addition, usually there is pain on the hips before menstruation. Symptoms of intestinal endometriosis are pain on the abdomen and pelvis, constipation, diarrhea, enlarged abdomen, mucus in the stool, rectal bleeding, nausea, vomiting and intestinal obstruction. In this case report, a 43 years old woman with total intestinal obstruction due to intestinal endometriosis and uterine endometriosis. Patient were given laparotomy and found cystic masses in ileum, mesentrium, caecum, and uterus. Therapies given in this case are hysterectomy, resection of the terminal ileum until transversal colon, and as well as end-to-end anastomose ileum and transversal colon. After a successful surgical therapy, hormonal suppression therapy is given to prevent recurrence.

Keywords: Hormonal suppression, intestinal endometriosis, intestinal resection

Korespondensi: Risal Wintoko, alamat Jl. Pramuka Perum Pramuka Garden Blok I No. 25 - Bandarlampung, HP 081369322833, e-mail risalwintoko.dr@gmail.com

Pendahuluan

Endometriosis merupakan kelainan adanya kelenjar endometrium dan stroma yang tumbuh di luar uterus. Endometriosis merupakan penyakit yang dialami oleh 10-15%

wanita pada usia reproduktif.¹ Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan sebelumnya, wanita pada usia 40-44 tahun yang paling banyak mengalami endometriosis, yaitu sebanyak 26,4%.² Endometriosis dapat

melibatkan organ intraperitoneal maupun ekstraperitoneal. Endometriosis pada organ gastrointestinal diperkirakan terjadi pada 3-15% wanita usia subur.³ Organ yang paling sering terlibat adalah rektosigmoid (71%), yang diikuti oleh appendiks (19%), ileum terminal (6,7%), caecum (5,5%) dan kolon transversal (0,5%).⁴

Endometriosis intestinal adalah keadaan ketika kelenjar mirip endometrium dan stroma menginfiltrasi dinding usus hingga mencapai setidaknya pada jaringan lemak subserosa atau hingga cabang neurovaskuler.⁵ Faktor risiko yang dapat memicu timbulnya penyakit ini diantaranya adalah adanya riwayat penyakit keluarga sebelumnya, berat badan dan distribusi lemak perifer tubuh, gaya hidup, dan faktor menarche dan ginekologi.⁶ Pada penelitian sebelumnya disebutkan bahwa wanita yang mengalami *menarche* pada usia lebih muda dan memiliki siklus menstruasi yang pendek akan meningkatkan risiko terjadinya endometriosis. Sebaliknya, orang yang telah mengalami paritas sebelumnya dan menggunakan kontrasepsi oral akan menurunkan risiko terjadinya endometriosis.¹

Endometriosis adalah kelainan yang berkaitan erat dengan estrogen. Produksi estrogen akan berlebih karena sel stroma yang ada pada sel endometriosis menghasilkan estrogen yang lebih banyak untuk memelihara dan mengembangkan endometriosis.⁷ Gejala yang biasa timbul pada pasien endometriosis adalah adanya perdarahan diluar siklus menstruasi, nyeri saat menstruasi, nyeri saat berhubungan badan, nyeri saat defekasi, dan nyeri pada saat berkemih. Selain itu timbul juga rasa nyeri pada pinggul sebelum mulai menstruasi.¹ Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan sebelumnya, sebanyak 75% pasien endometriosis mengalami infertilitas primer, sedangkan 25% diantaranya mengalami infertilitas sekunder. Walaupun sebagian penderita endometriosis mengalami gejala yang telah disebutkan sebelumnya, namun berdasarkan penelitian menunjukkan bahwa lebih dari 50% kasus endometriosis yang asimtomatik.⁸

Kasus

Pasien wanita usia 43 tahun datang ke RSUD DR. H. Abdoel Moeloek dengan keluhan tidak buang air besar sejak 2 hari yang lalu, perut dirasakan semakin membesar sejak 1 minggu terakhir. Keluhan disertai dengan mual dan muntah berwarna hijau dan berbau feses. Pasien memiliki riwayat penyakit kandungan, yaitu endometriosis sejak 1 tahun terakhir dan direncanakan untuk tindakan histerektomi total oleh dokter kandungan.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum sakit sedang, tingkat kesadaran compos mentis, tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 90 x/menit, frekuensi nafas 18 x/menit, suhu 37,6°C. Pada pemeriksaan thorax didapatkan adanya gerakan dinding dada simetris, fremitus taktil simetris, batas jantung normal, suara nafas vesikuler seluruh lapang paru, dan bunyi jantung I dan II normal. Pada pemeriksaan abdomen didapatkan adanya distensi abdomen, bising usus meningkat, dan ditemukan adanya darm countour. Pada pemeriksaan rectar toucher didapatkan tonus sfingter ani normal, mukosa licin, ampula recti colaps. Pada pemeriksaan ekstremitas superior dan inferior pasien didapatkan akral hangat dan CRT < 2 detik.

Pada pemeriksaan penunjang didapatkan hasil pemeriksaan darah lengkap pasien normal. Pada pemeriksaan foto polos 2 posisi didapatkan hasil adanya gambaran *air fluid level* dan dilatasi usus. Pada pemeriksaan USG kebidanan didapatkan hasil endometriosis uterus.

Pasien didiagnosis dengan obstruksi usus total et causa endometriosis intestinal dan endometriosis uterus. Dilakukan tindakan bedah laparotomi dan didapatkan adanya dilatasi gaster-jejunum dan gaster, massa kistik multiple lebih dari 10 buah pada terminal ileum dari *ileocecal junction* sampai dengan 50 cm proksimal *ileocecal junction*. Selain itu didapatkan adanya multiple nodul kecil di sepanjang jejunum dan ileum, mesentrium, dan seluruh kolon serta adanya massa kistik multiple di uterus.



Gambar 1. Foto polos pada posisi Anteroposterior

Tindakan yang dilakukan adalah aspirasi massa kistik yang berupa cairan berwarna hitam pekat, dilakukan *hemicolectomy* kiri dan *partial ileectomy* serta *end to end anastomose* ileum dan colon transversum. Selain itu juga dilakukan tindakan histerektomi total. Jaringan dibawa ke bagian patologi anatomi dan didapatkan adanya endometriosis usus dan uterus.



Gambar 2. Massa kistik yang menyebabkan obstruksi

Pembahasan

Pada kasus, seorang wanita berusia 43 tahun didiagnosis dengan endometriosis intestinal dan uterus. Diagnosis ini ditegakkan berdasarkan hasil anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Penyakit endometriosis banyak terjadi pada wanita

dengan usia yang sama dengan pasien ini, yaitu pada usia reproduktif terutama wanita dengan usia 40-44 tahun.² Endometriosis yang terjadi pada usus berkisar sebanyak 3-37%, dengan sebanyak 90% diantaranya terjadi pada kolon.⁹



Gambar 3. Massa kistik multipel yang menyebabkan obstruksi

Etiologi endometriosis belum dapat dipastikan, namun ada beberapa teori yang menjelaskan mengenai penyebab terjadinya endometriosis. Salah satu teori menyebutkan bahwa endometriosis disebabkan karena adanya penyebaran fragmen-fragmen endometrium yang menyebar melalui proses operasi, hematogenik, atau limfatik. Hal ini menyebabkan fragmen endometrium tersebut dapat menyebar ke tempat lain termasuk intestinal. Teori lain menyebutkan bahwa adanya peranan hormon estrogen, dimana embrio sisa dari saluran paramesonefrikus bermigrasi dan mengembangkan endometrium dibawah pengaruh estrogen yang dimulai pada saat masa pubertas. Selain itu, terdapat teori yang menyebutkan bahwa peritoneum parietal mengalami metaplasia menjadi sel yang mirip dengan endometrium. Jika sel ini letaknya berdekatan dengan usus, maka endometriosis intestinal dapat terjadi. Teori yang lainnya menyebutkan bahwa endometriosis melibatkan stem sel. Hal ini terjadi ketika stem sel dapat berdiferensiasi langsung menjadi sel endometrium. Namun, terdapat pertimbangan lain bahwa organ ginekologi berdekatan dengan intestinal.^{4,10,11}

Gejala endometriosis intestinal yang sering timbul adalah adanya nyeri pada abdomen dan pelvis, konstipasi, diare, pembesaran abdomen, adanya mucus pada feses, dan adanya perdarahan dari rektal, mual dan muntah. Gejala ini mirip dengan *irritable bowel syndrome* (IBS) dengan predominan diare atau predominan konstipasi.^{12,13} Pada kasus disebutkan bahwa pasien tidak buang air besar sejak dua hari sebelumnya, perut membesar, dan adanya mual muntah. Pada pemeriksaan fisik abdomen didapatkan adanya distensi abdomen, bising usus meningkat, serta adanya darm countour. Endometriosis intestinal sering berada pada lapisan submukosa dan melibatkan propria muskularis dan subserosa. Apabila endometriosis berada pada kolon sigmoid atau rektum, maka akan menyebabkan penderitanya kesulitan untuk buang air besar.¹⁴ Nodul endometriosis yang besar akan menyebabkan fibrosis dan membuat dinding usus menebal, yang pada akhirnya akan menyebabkan stenosis pada lumen intestinal dan menghambat usus. Selain itu juga adanya lesi pada endometriosis intestinal menyebabkan gangguan pada plexus nervus intestina, kerusakan dari sel interstitial Cajal, menurunkan densitas dari serabut nervus simpatik intestinal sehingga menyebabkan adanya gangguan pada fisiologi usus.^{12,15}

Pada pemeriksaan penunjang foto rontgen ditemukan adanya *air fluid level* dan dilatasi usus. Adanya gambaran *air fluid level* pada foto rontgen menunjukkan bahwa adanya obstruksi pada intestinal pasien. Pemeriksaan *ultrasound* (USG) pada pasien endometriosis dilakukan baik transabdominal maupun transvaginal, namun USG transvaginal lebih sering digunakan. Pada pemeriksaan USG pada kasus endometriosis intestinal akan didapatkan massa hiperekoik dengan batas yang ireguler dan terkadang hipoekoik yang akan ditemukan pada lapisan mukosa, submucosa, dinding muscular, serosa, atau struktur lain yang dekat dengan dinding usus. Gambaran fibrotik pada segmen intestinal akan menggambarkan karakteristik bentuk C dengan konvergen pada kedua ujungnya. Uterus akan terlihat kaku dan mobilitasnya menurun karena disebabkan

adanya adhesi. Pada kolon akan didapatkan gambaran lapisan muskularis propria terlihat longitudinal, fusiform dan terkadang runcing. Lapisan mukosa dan submucosa dapat terlihat intak namun dapat juga adanya gambaran seperti *colorectal carcinoma*.¹⁶

Pada pemeriksaan histopatologi kasus endometriosis intestinal hampir selalu melibatkan mukosa usus. Selain itu, beberapa endometriosis dapat menginvasi bagian submukosa dan jaringan subserosa. Beberapa kasus menunjukkan adanya adhesi endometriosis pada serviks. Pada pemeriksaan ini juga dapat ditemukan adanya lesi yang berisi kelenjar endometrium dan stroma. Epitel kelenjar yang melapisi adalah epitel kuboid sampai dengan kolumnar, dengan adanya nucleus oval dan pola kromatin terbuka. Endometriosis ini mengandung kelenjar endometrium dengan berbagai tipe, baik proliferative maupun inaktif. Pada beberapa kasus, kelenjar ini memperlihatkan adanya dilatasi kistik, dan dibatasi dengan epitel gepeng. Stroma terbentuk dari sel stroma, pembuluh darah kecil dan sel darah merah ekstrasvasi. Stroma biasanya berada di ujung sekitar kelenjar endometrium. Permukaan epitel usus digantikan oleh epitel kelenjar endometrium. Pada beberapa kasus ditemukan adanya lesi polip yang mengandung mukosa endometriosis.¹⁷

Tatalaksana yang dapat diberikan kepada pasien endometriosis intestinal berupa tatalaksana operatif dan medikamentosa. Pada tatalaksana operatif. Tatalaksana operatif endometriosis intestinal dapat dilakukan dengan operasi terbuka maupun endoskopi. Endoskopi menjadi standar untuk tatalaksana endometriosis. Endoskopi lebih menguntungkan karena lapang pandang yang baik dan akses menuju lesi di dalam pelvis lebih mudah. Selain itu terdapat trauma yang lebih sedikit pada dinding abdomen, dan juga keadaan peritoneum, tidak adanya dehidrasi dan penggunaan teknik microsurgical meningkatkan hasil yang ingin dicapai, kehilangan darah lebih sedikit, mempersingkat waktu perawatan di rumah sakit, dan mengurangi risiko komplikasi.^{18,19}

Laparotomi dapat lebih efektif dibandingkan dengan laparoskopi yang tidak adekuat. Keuntungan dari laparotomi adalah dapat mengatasi endometriosis berat untuk mengidentifikasi dan menghilangkan endometriosis secara total untuk mendapatkan hasil yang lebih baik. Pada cara ini, teknik operasi microsurgical harus tetap digunakan.¹⁸

Ada beberapa teknik yang dapat dilakukan untuk menangani endometriosis intestinal. Teknik yang pertama adalah *shaving excision*. Teknik ini merupakan teknik yang paling konservatif untuk menangani endometriosis intestinal. Teknik ini dilakukan dengan cara menghilangkan lapisan usus yang sudah diinfiltrasi oleh endometriosis satu demi satu hingga jaringan yang sehat terlihat. Teknik ini dapat dilakukan dengan cara ablasi atau eksisi. Tujuannya adalah untuk menghilangkan endometriosis semaksimal mungkin dan mengembalikan bentuk anatomis tanpa memasuki lumen usus. Teknik ini memiliki risiko komplikasi yang ringan dibandingkan dengan dua teknik yang lainnya, dan direkomendasikan untuk lesi dibawah kolon sigmoid yang memiliki vaskularisasi dan plexus nervus yang banyak.¹⁰

Teknik yang kedua adalah *disc excision*. Teknik ini akan menghilangkan bagian usus yang telah rusak secara ketebalan penuh. Teknik ini diindikasikan pada endometriosis yang telah mencapai mukosa usus. Defek yang dihasilkan akan diperbaiki dengan cara penjahitan atau penjepitan. Untuk melakukan teknik ini, ukuran lesi pasien harus kurang dari 3 cm dan melibatkan kurang dari sepertiga sekeliling usus untuk menghindari striktur dan stenosis. Penjahitan harus dilakukan tegak lurus dengan sumbu panjang usus untuk menghindari pemendekan usus. Teknik ini memiliki hasil yang bagus, dengan risiko komplikasi postoperatif yang rendah dibandingkan dengan reseksi segmental, namun lebih tinggi dibandingkan *shaving excision*.^{10,19}

Teknik yang ketiga adalah reseksi segmental. Teknik ini diindikasikan kepada lesi yang multifokal atau obstruktif, lesi lebih besar dari 3 cm, atau lesi yang melibatkan lebih dari sepertiga lumen usus. Teknik ini melibatkan

reseksi total dari segmen usus yang terdapat endometriosis dengan anastomosis *end-to-end* atau *side-to-side*. Untuk melakukan teknik ini dapat dilakukan laparotomi atau laparoskopi. Sebelum melakukan teknik ini, penting untuk memastikan vaskularisasi jaringan baik dan anastomosis bebas dari tekanan untuk menghindari risiko dari kebocoran anastomosis. Untuk memastikan vaskularisasi jaringan sekitar, dapat diberikan injeksi intravena indocyanine hijau.^{10,19}

Pada pasien dilakukan *hemicholecotomy* kiri dan *partial ileectomy*. Reseksi segmental dapat dilakukan jika obstruksi kolon ditemukan adanya lesi multifokal, lebih dari 3 cm, atau melibatkan lebih dari dua pertiga dari lumen usus, atau jika pasien memiliki riwayat kegagalan tatalaksana operasi konservatif.¹⁹ Pada lesi yang multiple, tatalaksana dapat dilakukan dengan menggunakan reseksi segmental atau *disc excision*.¹⁸ Pada endometriosis yang berada pada usus halus tatalaksana yang dilakukan sesuai dengan ukuran dan lokasi lesi. Apabila ukuran lesi kecil maka dapat dilakukan *wedge excision* dan penjahitan tertutup. Apabila lebih dari 50% dinding usus terkena atau lesi dekat dengan katup ileocecal, maka diperlukan tindakan reseksi segmental usus halus.⁹

Tatalaksana medikamentosa untuk pasien endometriosis intestinal dapat diberikan supresi ovulasi untuk mengurangi gejala pasien. Supresi hormonal dapat diberikan untuk mengatasi nyeri dan gejala gastrointestinal. Terapi yang dapat diberikan berupa progestin dosis rendah atau kontrasepsi oral kombinasi. Terapi ini dapat mengurangi gejala *dysmenorrhea*, *dyspareunia*, dan *dyschezia*. Selain itu, pemberian norethindrone dosis rendah dapat menurunkan gejala diare, kram dan perdarahan rektal. Pada penelitian sebelumnya, sebanyak 53% penderita endometriosis melaporkan adanya perbaikan pada gejala gastrointestinal.¹⁹

Simpulan

Endometriosis adalah kelainan berupa adanya kelenjar endometrium dan stroma pada organ selain uterus. Endometriosis dapat

terjadi pada organ gastrointestinal, termasuk intestinal. Endometriosis intestinal dapat menginfiltrasi dinding usus hingga mencapai jaringan lemak subserosa dan neurovaskular. Tatalaksana endometriosis intestinal dapat dilakukan pembedahan sesuai dengan derajat keparahan dari endometriosis dan pemberian medikamentosa untuk mengatasi gejala yang dialami oleh pasien.

Daftar Pustaka

1. Parasar P, Ozcan P, Terry KL. Endometriosis: Epidemiology, Diagnosis and Clinical Management. *Physiol Behav*. 2017;176(1):139–48.
2. Eisenberg VH, Weil C, Chodick G, Shalev V. Epidemiology of endometriosis: a large population-based database study from a healthcare provider with 2 million members. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2018;125(1):55–62.
3. Juneja SK, Virk SS, Singla S, Sachdeva K, Kaur H, Sharma A. Intestinal endometriosis: a diagnostic dilemma. *Int J Reprod Contraception, Obstet Gynecol*. 2019;8(3):1139.
4. Dumar RT, William OR, Martín GZ. Endometriosis in the colon with intestinal obstruction: Case report and literature review. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2014;29(2):161–6.
5. Remorgida V, Ferrero S, Fulcheri E, Ragni N, Martin DC. Cme reviewarticle 19. 2007;62(7):461–70.
6. Parazzini F, Esposito G, Tozzi L, Noli S, Bianchi S. Epidemiology of endometriosis and its comorbidities. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2017;209:3–7. 021
7. Wu MH, Shoji Y, Chuang PC, Tsai SJ. Endometriosis: Disease pathophysiology and the role of prostaglandins. *Expert Rev Mol Med*. 2007;9(2):1–20.
8. Mishra V V., Gaddagi RA, Aggarwal R, Choudhary S, Sharma U, Patel U. Prevalence; characteristics and management of endometriosis amongst infertile women: A one year retrospective study. *J Clin Diagnostic Res*. 2015;9(6):QC01–3.
9. Wolthuis AM, Meuleman C, Tomassetti C, D’Hooghe T, De Buck Van Overstraeten A, D’Hoore A. Bowel endometriosis: Colorectal surgeon’s perspective in a multidisciplinary surgical team. *World J Gastroenterol*. 2014;20(42):15616–23.
10. Young S, Burns MK, Difrancesco L, Nezhat A, Nezhat C. Diagnostic and treatment guidelines for gastrointestinal and genitourinary endometriosis. *J Turkish Ger Gynecol Assoc*. 2017;18(4):200–9.
11. Yong PJ, Bedaiwy MA, Alotaibi F, Anglesio MS. Pathogenesis of bowel endometriosis. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2020;5(9):1-12.
12. Ferrero S. Bowel endometriosis: Recent insights and unsolved problems. *World J Gastrointest Surg*. 2011;3(3):3.
13. Ek M, Roth B, Ekström P, Valentin L, Bengtsson M, Ohlsson B. Gastrointestinal symptoms among endometriosis patients- A case-cohort study. *BMC Womens Health*. 2015;15(1):1–10.
14. Allan Z. A case of endometriosis causing acute large bowel obstruction. *Int J Surg Case Rep*. 2018;42:247–9.
15. De Ceglie A, Bilardi C, Bianchi S, Picasso M, Di Muzio M, Trimarchi A, et al. Acute small bowel obstruction caused by endometriosis: A case report and review of the literature. *World J Gastroenterol*. 2008;14(21):3430–4.
16. Dong Y, Braden B, Klinger C, Ripolles T, Dietrich CF. Ultrasound findings in extragenital endometriosis. *J Ultrason*. 2018;18(74):247–54.
17. Jiang W, Roma AA, Lai K, Carver P, Xiao SY, Liu X. Endometriosis involving the mucosa of the intestinal tract: A clinicopathologic study of 15 cases. *Mod Pathol [Internet]*. 2013;26(9):1270–8.
18. Keckstein J, Becker CM, Canis M, Feki A, Grimbizis GF, Hummelshoj L, et al. Recommendations for the surgical treatment of endometriosis. Part 2: deep endometriosis. *Hum Reprod Open*. 2020;2020(1):1–25.
19. Nezhat C, Li A, Falik R, Copeland D, Razavi G, Shakib A, et al. Bowel endometriosis: diagnosis and management. *Am J Obstet Gynecol*. 2018;218(6):549–62.