

Laporan Kasus Mioma Uteri pada Wanita Perimenopause dengan Anemia yang Ditatalaksana Histerektomi

Maya Hati Indah Prisetya^{1*}, Fadhilah Aini², Farhan Auliya AM³, Rahmat Burhanudin Ramdhani⁴, Zulhardi⁵, Fatimah Azzahra⁶, Ergo Esa Muharram Hermawan⁷, dan Muhammad Thoriq Abdul Aziz⁸

¹Fakultas Kedokteran Malahayati

²Bagian Obstetri & Ginekologi, Fakultas Kedokteran Malahayati

³Bagian Ilmu Kesehatan Kandungan, Fakultas Kedokteran Universitas Malahayati

Abstrak

Perdarahan uterus abnormal (PUA) dan nyeri pelvis pada wanita perimenopause sering kali dipicu oleh etiologi multiorgan yang saling tumpang tindih (*overlapping*), sehingga memerlukan penanganan definitif yang tepat. Laporan kasus ini mengevaluasi seorang perempuan berusia 46 tahun yang telah menyelesaikan fungsi reproduksi dengan keluhan menoragia berulang (durasi 8–12 hari), dysmenorrhea berat, sensasi penuh di abdomen bawah, dan peningkatan frekuensi berkemih selama enam bulan terakhir. Pemeriksaan fisik dan laboratorium mengonfirmasi adanya massa pelvis serta anemia mikrositik hipokromik sedang (Hb 8,3 g/dL, MCV 78 fL, MCH 25 pg), sedangkan ultrasonografi menunjukkan pembesaran uterus (). Pasien menjalani koreksi anemia praoperatif berupa transfusi *Packed Red Cells* (PRC) hingga Hb , diikuti tindakan *Total Abdominal Hysterectomy* (TAH) dan *bilateral opportunistic salpingectomy* dengan preservasi ovarium. Pemeriksaan histopatologi pascabedah mengonfirmasi kombinasi uterus miomatosus, adenomiosis, hiperplasia endometrium non-atipik, dan kista Nabothi. Sinergisme klasifikasi FIGO (AUB-L, AUB-A, dan AUB-M) memperberat manifestasi klinis; adenomiosis merusak integritas *junctional zone* dan memicu inflamasi lokal, yang bila dikombinasikan dengan perluasan rongga uterus akibat mioma serta kerapuhan jaringan akibat hiperplasia endometrium, menyebabkan perdarahan masif persisten. Tindakan histerektomi yang disertai salpingektomi oportunistik sangat sesuai dengan panduan klinis ACOG dan NICE untuk menghentikan perdarahan secara permanen serta menekan risiko karsinoma ovarium di masa depan tanpa memicu *surgical menopause*. Penatalaksanaan PUA pada wanita perimenopause harus mempertimbangkan etiologi multifaktorial, di mana histerektomi merupakan terapi definitif yang efektif dan aman untuk mengeliminasi gejala serta meningkatkan kualitas hidup pasien.

Kata kunci: Anemia, histerektomi, laporan kasus, mioma uteri, perdarahan uterus abnormal

Case Report of Uterine Myoma in A Perimenopausal Woman with Anemia Managed by Hysterectomy

Abstract

Abnormal uterine bleeding (AUB) and pelvic pain in perimenopausal women are frequently driven by overlapping multiorgan etiologies, requiring appropriate definitive management. This case report evaluates a 46-year-old perimenopausal woman (completed family) who presented with recurrent menorrhagia (lasting 8–12 days), severe dysmenorrhea, lower abdominal fullness, and increased urinary frequency over the past six months. Physical and laboratory examinations confirmed a pelvic mass and moderate microcytic hypochromic anemia (Hb 8.3 g/dL, MCV 78 fL, MCH 25 pg), while ultrasonography revealed uterine enlargement (). The patient underwent preoperative anemia correction via Packed Red Blood Cell (PRC) transfusion to achieve Hb , followed by Total Abdominal Hysterectomy (TAH) with bilateral opportunistic salpingectomy and ovarian preservation. Histopathological examination confirmed a combination of uterine leiomyoma, adenomyosis, non-atypical endometrial hyperplasia, and Nabothian cysts. Synergism among FIGO classifications (AUB-L, AUB-A, and AUB-M) exacerbated clinical manifestations; adenomyosis disrupted junctional zone integrity and triggered local inflammation, which combined with uterine cavity expansion from leiomyoma and tissue friability from endometrial hyperplasia, resulting in persistent heavy bleeding. Hysterectomy with opportunistic salpingectomy aligns with ACOG and NICE guidelines to permanently eliminate bleeding and reduce future ovarian carcinoma risk without inducing surgical menopause. Management of AUB in perimenopausal women must account for multifactorial etiologies, where hysterectomy remains an effective and safe definitive therapy to eliminate symptoms and improve quality of life.

Keywords: Abnormal uterine bleeding, anemia, case report, hysterectomy, uterine myoma

Korespondensi: Maya Hati Indah Prisetya, Hp : +62 812-1817-0293, email : mayahatiindahhh@gmail.com

Pendahuluan

Mioma uterus, atau fibroid, merupakan patologi ginekologi jinak yang paling banyak ditemukan pada wanita, dengan tingkat prevalensi mencapai 70–80% pada kelompok usia mendekati 50 tahun. Mayoritas kasus tidak menimbulkan gejala (asimtomatik) dan lazimnya ditemukan secara tidak sengaja saat pemeriksaan fisik rutin atau ultrasonografi (USG). Namun, sekitar 20–50% kasus bermanifestasi secara klinis melalui timbulnya perdarahan uterus abnormal, anemia, rasa tertekan di rongga panggul, nyeri, hingga masalah infertilitas. Kondisi simtomatik ini berdampak signifikan terhadap penurunan kualitas hidup penderita, terutama memengaruhi kehidupan seksual (43%), produktivitas kerja (28%), serta hubungan keluarga dan intrapersonal (27%). Secara alami, ukuran mioma sangat dinamis dalam rentang satu tahun—mulai dari penyusutan volume hingga 90% hingga pembesaran mencapai 200% (rata-rata peningkatan 20–30% per tahun)—meskipun regresi spontan juga dijumpai pada sekitar 20% kasus (Nowak *et al.*, 2023).

Dinamika pertumbuhan mioma menunjukkan pola yang beragam tergantung usia dan karakteristik lesi. Merujuk pada kajian yang ditinjau oleh Nowak *et al.* (2023), pengamatan longitudinal oleh Mavrelis *et al.* terhadap 122 wanita pramenopause tanpa terapi hormonal mencatat median peningkatan volume mioma terbesar mencapai 35% per tahun. Laju pertumbuhan ini terbukti lebih agresif pada kelompok wanita berusia di bawah 35 tahun (rata-rata 70% per tahun) dibandingkan kelompok usia di atas 35 tahun (30% per tahun). Selain mencatat regresi spontan pada 21% subjek, data menunjukkan bahwa fibroid intramural berdiameter kurang dari 2 cm mengalami pertumbuhan paling dinamis. Pertumbuhan ini berjalan tidak linier, di mana fase pertumbuhan cepat umumnya diselingi periode stabilisasi atau penyusutan (Nowak *et al.*, 2023).

Karakteristik fluktuatif ini sejalan dengan studi Peddada *et al.* yang dievaluasi dalam Nowak *et al.* (2023). Melalui pemantauan *Magnetic Resonance Imaging* (MRI) berkala selama 12 bulan pada

72 wanita pramenopause (262 mioma, diameter 1–13 cm), ditemukan bahwa median perubahan volume mioma adalah 9% dalam 6 bulan dengan rentang variabilitas yang lebar (89–138%). Pertumbuhan cepat (>20% dalam 6 bulan) teridentifikasi pada 34% mioma, sedangkan 7% mengalami regresi spontan. Menariknya, tiap mioma pada individu yang sama memiliki laju pertumbuhan yang independen, dengan kecenderungan mioma tunggal berkembang lebih cepat dibandingkan mioma multipel (Nowak *et al.*, 2023).

Temuan mengenai akselerasi jangka pendek diperkuat oleh evaluasi studi Baird *et al.* oleh Nowak *et al.* (2023) pada 36 wanita dengan 101 mioma kriteria khusus (diameter 5 cm atau ukuran uterus setara kehamilan 12 minggu). Pemandian MRI berkala mencatat median pertumbuhan 7% dalam interval 3 bulan. Fase pertumbuhan dipercepat (>30% dalam 3 bulan) terjadi pada 37% mioma, sementara 1% mengalami regresi. Ukuran awal merupakan satu-satunya faktor yang berkorelasi dengan perubahan jangka pendek ini, di mana variabilitas paling tinggi terjadi pada mioma berdiameter di bawah 5 cm. Frekuensi mioma yang mengalami fase pertumbuhan cepat ini juga menurun drastis seiring berjalannya waktu, dari 31% pada 3 bulan pertama menjadi hanya 7% pada evaluasi 6 bulan terakhir (Nowak *et al.*, 2023).

Secara keseluruhan, tinjauan literatur menunjukkan bahwa fenomena pertumbuhan mioma yang paling dinamis umumnya terbatas pada lesi berukuran kecil (<5 cm). Meskipun lonjakan ukuran yang signifikan (>30% dalam 3 bulan) terjadi pada sekitar 35% wanita, kondisi tersebut umumnya hanya berlangsung sementara dan akan diikuti oleh fase stabilisasi maupun regresi. Oleh karena itu, praktik klinis menyarankan pemantauan berkala setiap 6 bulan. Interval observasi yang lebih panjang (minimal 6 bulan) sangat krusial untuk memastikan apakah pertumbuhan pesat dalam periode 3 bulan merupakan perkembangan progresif sejati atau sekadar fluktuasi ukuran sementara (Nowak *et al.*, 2023).

Kasus

Seorang perempuan berusia 46 tahun datang ke poliklinik dengan keluhan utama

nyeri perut bagian bawah yang dirasakan saat menstruasi. Pasien juga mengeluhkan perdarahan menstruasi yang berlebihan dan berkepanjangan selama enam bulan terakhir, dengan durasi 8–12 hari (sebelumnya 7 hari) dan disertai keluarnya gumpalan darah. Selain itu, pasien mengeluhkan rasa lemas, pusing, cepat lelah, perut bagian bawah terasa membesar dan penuh, serta peningkatan frekuensi berkemih.

Riwayat penyakit sebelumnya menunjukkan bahwa pasien tidak pernah mengalami keluhan serupa. Tidak terdapat riwayat penyakit yang sama dalam keluarga. Pasien belum pernah menjalani operasi sebelumnya dan menyangkal adanya alergi terhadap makanan maupun obat-obatan. Riwayat menstruasi pasien dimulai sejak usia 15 tahun, dengan siklus teratur dan durasi menstruasi sekitar 7 hari, serta penggunaan pembalut sebanyak tiga kali per hari.

Pada pemeriksaan fisik, kondisi umum pasien tampak sakit sedang dengan kesadaran compos mentis. Tanda vital dalam batas normal, dengan tekanan darah 116/88 mmHg, frekuensi nadi 65 kali per menit, frekuensi napas 20 kali per menit, suhu 36,5°C, dan saturasi oksigen 99%. Pemeriksaan menunjukkan kulit tampak pucat dan konjungtiva anemis. Pada pemeriksaan abdomen ditemukan nyeri tekan pada regio hipogastrium serta teraba massa. Pemeriksaan thoraks dalam batas normal, dan tidak ditemukan edema pada ekstremitas.

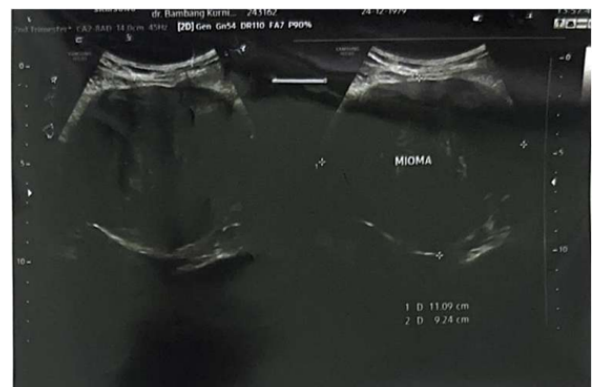
Pemeriksaan laboratorium menunjukkan kadar hemoglobin 8,3 g/dL dan hematokrit 29%, MCV sebesar 78 fL dan MCH sebesar 25 pg. Pemeriksaan ultrasonografi menunjukkan adanya pembesaran uterus dengan massa hipoeoik berbatas tegas berukuran 11,09 × 9,24 cm.

Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang, pasien didiagnosis dengan mioma uteri disertai anemia sedang. Diagnosis banding yang dipertimbangkan adalah adenomiosis dan hiperplasia endometrium.

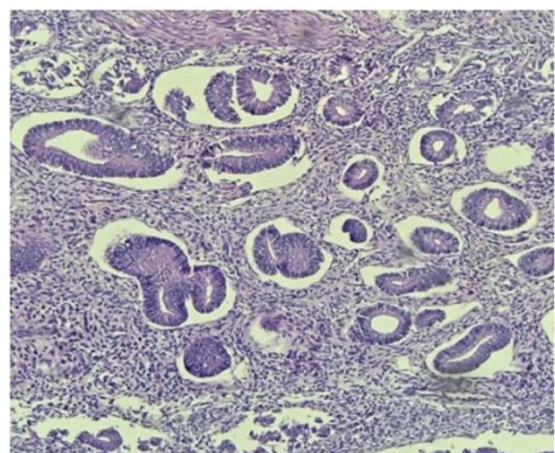
Pasien mendapatkan penatalaksanaan preoperatif berupa pemberian cairan intravena Ringer Laktat, transfusi darah sebanyak dua kantong untuk meningkatkan kadar

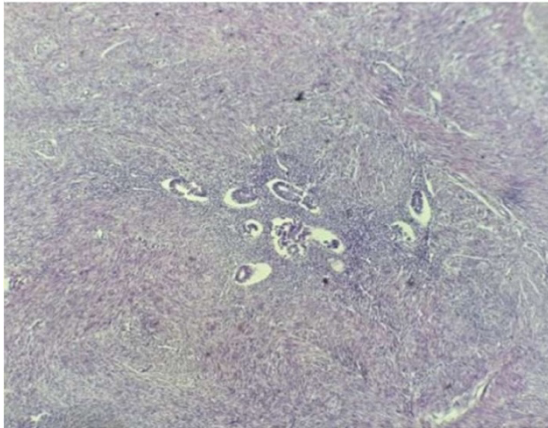
hemoglobin, serta antibiotik ceftriaxone sebagai antibiotik profilaksis untuk mencegah terjadinya infeksi luka operasi (ILO) atau infeksi bakteri pasca-prosedur bedah. Selanjutnya, pasien menjalani tindakan histerektomi total sebagai terapi definitif.

Pada periode pascaoperasi, pasien mendapatkan terapi berupa cairan intravena, antibiotik ceftriaxone sebagai antibiotik profilaksis untuk mencegah terjadinya infeksi luka operasi (ILO) atau infeksi bakteri pasca-prosedur bedah, asam traneksamat untuk mengurangi perdarahan, ondansetron sebagai antiemetik, serta analgesik untuk mengurangi nyeri. Kondisi pasien menunjukkan perbaikan klinis dengan berkurangnya keluhan dan stabilitas hemodinamik yang baik.



Gambar 1. Hasil pemeriksaan ultrasonografi menunjukkan pembesaran uterus dengan massa hipoeoik berbatas tegas berukuran 11,09 × 9,24 cm, yang mengarah pada mioma uteri.





Gambar 2. Gambaran histopatologi mikroskopis jaringan uterus menunjukkan adanya adenomiosis, hiperplasia endometrium non atipik, serta tidak ditemukan tanda keganasan.



Gambar 3. Spesimen uterus pasca histerektomi dengan tampak leiomioma (mioma uteri) sebagai massa padat pada jaringan uterus.

Pembahasan

Pasien pada kasus ini adalah seorang perempuan berusia 46 tahun yang didiagnosis dengan mioma uteri simptomatik yang disertai anemia sedang. Berada pada kelompok usia perimenopause, pasien datang dengan keluhan khas *trias* gejala mioma uteri, yaitu perdarahan uterus abnormal (PUA) berupa menoragia, nyeri pelvis (dismenorea), serta gejala penekanan massa (*mass effect*). Perdarahan berulang yang berlangsung selama 8–12 hari dengan volume meningkat secara signifikan dalam enam bulan terakhir menjadi

etiologi utama timbulnya anemia, pada pasien. Selain itu, ukuran massa yang mencapai menekan vesika urinaria di sekitarnya, yang menjelaskan timbulnya keluhan frekuensi berkemih yang meningkat serta sensasi penuh pada abdomen bawah.

Hasil pemeriksaan indeks eritrosit menunjukkan nilai *Mean Corpuscular Volume* (MCV) sebesar 78 fL dan *Mean Corpuscular Hemoglobin* (MCH) sebesar 25 pg. Penurunan nilai MCV dan MCH ini mengonfirmasi gambaran morfologi anemia mikrositik hipokromik. Pada kasus ini, gambaran mikrositik hipokromik merupakan akibat langsung dari *iron deficiency anemia* (ADB) sekunder akibat perdarahan menstruasi yang berat dan kronis (*heavy menstrual bleeding*). Kehilangan darah yang berlangsung terus-menerus selama enam bulan menyebabkan deplesi cadangan besi tubuh secara progresif, sehingga mengganggu sintesis heme dan menghasilkan sel darah merah berukuran lebih kecil dengan kadar hemoglobin yang rendah (Bettencourt et al., 2021). Evaluasi indeks eritrosit ini sangat krusial dalam membedakan etiologi anemia serta menentukan strategi koreksi praoperatif yang tepat.

Secara epidemiologi, prevalensi mioma uteri meningkat seiring bertambahnya usia reproduksi dan mencapai puncaknya pada dekade keempat serta kelima kehidupan akibat paparan estrogen dan progesteron yang kumulatif (Nowak et al., 2023). Pada pasien perimenopause yang telah menyelesaikan fungsi reproduksi (*completed family*), penatalaksanaan berfokus pada eliminasi gejala secara permanen. Mengacu pada panduan klinis dari *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG, 2021) serta *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2021), histerektomi merupakan terapi definitif pilihan utama untuk mioma uteri simptomatik berukuran besar yang disertai anemia, terutama ketika pasien tidak lagi merencanakan kehamilan.

Dalam konteks penatalaksanaan prabedah, tindakan koreksi anemia yang dilakukan sudah sesuai dengan standar pelayanan medis. Pemberian transfusi darah *Packed Red Cells* (PRC) praoperatif untuk mengoreksi kadar hemoglobin dari menuju

target aman () sangat penting untuk meminimalkan risiko instabilitas hemodinamik intraoperatif, menekan komplikasi pascabedah, serta mempercepat proses penyembuhan jaringan (Warner *et al.*, 2020). Selain itu, mengingat pasien mengalami PUA pada usia perimenopause, evaluasi endometrium praoperatif tetap diindikasikan untuk menyingkirkan kemungkinan hiperplasia atipik atau keganasan sebelum prosedur pembedahan dilakukan.

Mengenai teknik operatif, meskipun pendekatan minim invasif seperti *Total Laparoscopic Hysterectomy* (TLH) direkomendasikan sebagai lini pertama, ukuran mioma pada pasien ini yang mencapai (setara pembesaran uterus usia kehamilan minggu) memberikan tantangan teknis tersendiri. Apabila sarana *laparoscopic morcellation* terbatas atau ruang pandang pelvis terhalang oleh besarnya massa, prosedur *Total Abdominal Hysterectomy* (TAH) menjadi pilihan operatif yang rasional dan aman.

Pemeriksaan histopatologi pascabedah mengonfirmasi kombinasi patologi multiorgan meliputi uterus miomatosus, adenomiosis, hiperplasia endometrium non-atipik, dan kista Nabothi. Berdasarkan sistem klasifikasi FIGO (PALM-COEIN), etiologi perdarahan uterus abnormal (PUA/AUB) pada pasien ini bersifat multifaktorial akibat tumpang tindih (*overlapping*) dari komponen struktural AUB-L (*Leiomyoma*), AUB-A (*Adenomyosis*), dan AUB-M (*Malignancy/Hyperplasia*) (Bettencourt *et al.*, 2021).

Adenomiosis memegang peranan patofisiologis sentral dalam memicu perdarahan menstruasi yang berat dan berkepanjangan (*heavy menstrual bleeding*). Invasi stroma serta kelenjar endometrium ke dalam miometrium merusak integritas *junctional zone*, sehingga mengganggu kontraksi miometrium fisiologis yang diperlukan untuk menjepit pembuluh darah spiral saat menstruasi. Selain itu, peningkatan produksi prostaglandin lokal () dan reaksi inflamasi kronis pada jaringan adenomiotik memicu hipervaskularisasi endometrium, memperberat dysmenorrhea, serta menyebabkan peluruhan jaringan yang

tidak teratur. Efek perdarahan akibat adenomiosis tersebut makin diperburuk oleh mioma uteri yang memperluas rongga endometrium serta hiperplasia endometrium non-atipik akibat stimulasi *unopposed estrogen* relatif khas perimenopause yang membuat lapisan endometrium tebal dan rapuh. Di sisi lain, kista Nabothi merupakan temuan insidental akibat retensi kelenjar endoserviks yang tersumbat dan tidak berkontribusi langsung terhadap keluhan PUA maupun dysmenorrhea. Sinergisme dari ketiga kelainan struktural utama ini menjelaskan timbulnya perdarahan kronis yang berdampak pada anemia mikrositik hipokromik (; ;) (Nowak *et al.*, 2023; Bettencourt *et al.*, 2021).

Temuan gabungan tersebut memberikan justifikasi kuat bahwa tindakan histerektomi merupakan terapi definitif pilihan paling tepat pada wanita perimenopause yang telah menyelesaikan fungsi reproduksi (*completed family*). Berdasarkan panduan klinis internasional terkini, histerektomi secara permanen mengeliminasi seluruh sumber perdarahan dan risiko rekurensi adenomiosis, sementara *opportunistic salpingectomy* bilateral dilakukan bersamaan untuk menekan risiko karsinoma ovarium tipe serosum derajat tinggi di masa depan tanpa memicu *surgical menopause* mendadak (ACOG, 2021; NICE, 2021).

Kesimpulan

Laporan kasus ini menegaskan bahwa perdarahan uterus abnormal (PUA) dan nyeri pelvis pada wanita perimenopause sering kali disebabkan oleh etiologi multifaktorial. Kombinasi histopatologi berupa uterus miomatosus, adenomiosis, hiperplasia endometrium non-atipik, dan kista Nabothi menunjukkan adanya tumpang tindih (*overlapping*) klasifikasi FIGO (AUB-L, AUB-A, dan AUB-M) yang saling memperberat manifestasi klinis hingga memicu anemia mikrositik hipokromik sedang. Adenomiosis memegang peranan patofisiologis penting dalam kegagalan hemostasis miometrium dan respon inflamasi lokal yang memperberat menoragia serta dysmenorrhea. Sesuai dengan rekomendasi *guideline* ginekologi terkini

(ACOG/NICE), histerektomidisertai *opportunistic salpingectomy* bilateral dengan preservasi ovarium merupakan pilihan terapi definitif yang paling tepat untuk menghentikan perdarahan secara permanen, mencegah rekurensi, serta menekan risiko keganasan ovarium di masa mendatang pada pasien perimenopause yang telah menyelesaikan fungsi reproduksi (ACOG, 2021).

Daftar Pustaka

1. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2021). Management of symptomatic uterine leiomyomas: ACOG Practice Bulletin, Number 228. *Obstetrics & Gynecology*, 137(6), e100–e115. <https://doi.org/10.1097/AOG.00000000000004401>
2. Bettencourt, E., Pascoal, J., & Pinto, R. (2021). Microcytic hypochromic anemia in abnormal uterine bleeding: Pathophysiology and management. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 153(2), 210–218. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13521>
3. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2024). *Heavy menstrual bleeding: assessment and management* [NICE Guideline NG88, Updated Review 2024]. National Institute for Health and Care Excellence (UK).
4. Nowak, M., Bartosik, W., Witana, W., Nowak, K., & Wilkusz, J. (2023). Rapidly growing uterine myoma – should we be afraid of it? *Przegląd Menopauzalny (Menopause Review)*, 22(3), 161–164. <https://doi.org/10.5114/pm.2023.131497>
5. Vannuccini, S., & Petraglia, F. (2019). Recent advances in understanding and managing adenomyosis. *F1000Research*, 8, F1000 Faculty Rev-283. <https://doi.org/10.12688/f1000research.17242.1>