

Kistadenoma Serosum Ovari: Laporan Kasus Dhea Mutiara Karmelita¹, Wilda Ainia Silmi Kaffah¹, Nurul Islamy²

¹Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Kandungan dan Kebidanan, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Kistadenoma ovarii merupakan neoplasma jinak yang berasal dari epitel ovarium, mencakup kistadenoma serosum, kistadenoma musinosum, endometrioid, clear cell sel transisional (Brenner), serta sel epitel stroma. Tumor epitel ini mencakup 60-80% dari keseluruhan neoplasma ovarium. Gejala yang dialami penderita kistadenoma ovarii cukup bervariasi, tergantung dengan jenis kista itu sendiri. Tatalaksana kistadenoma ovarii berupa tindakan pembedahan kistektomi dengan eksplorasi menyeluruh pada organ intrapelvik dan abdomen. Tatalaksana lebih lanjut biasanya dilakukan pemeriksaan histopatologi untuk menentukan ada tidaknya keganasan. Ny. M, perempuan berusia 57 tahun dirujuk ke Rumah Sakit Abdul Moeloek dengan diagnosis suspek neoplasma ovarium. Pasien dirujuk untuk dilakukan pemeriksaan dan tatalaksana lebih lanjut. Gejala berupa adanya benjolan pada perut disertai nyeri perut bagian kiri bawah sejak 2 bulan yang lalu, sering merasa mual sejak 5-6 tahun yang lalu, penurunan berat badan disangkal. Hasil pemeriksaan fisik ditemukan massa di kuadran inferior sinistra. Hasil pemeriksaan penunjang USG ditemukan massa kistik di ovarium sinistra. Pasien dilakukan tatalaksana farmakoterapi serta tindakan operatif salpingo ooforektomi sinistra. Diagnosis postoperatif berupa kistadenoma ovarium sinistra.

Kata Kunci: Kistadenoma ovarium, laparotomi, salpingo ooforektomi.

Ovarian Serous Cystadenoma: Case Report

Abstract

Ovarian cystadenoma is a benign neoplasm originating from ovarian epithelium, including serous cystadenoma, mucinous cystadenoma, endometrioid, transitional clear cells (Brenner), and stromal epithelial cells. These epithelial tumors account for 60-80% of all ovarian neoplasms. Symptoms experienced by patients with ovarian cystadenoma are quite varied, depending on the type of cyst itself. The management of ovarian cystadenoma is surgical cystectomy with thorough exploration of the intrapelvic and abdominal organs. Further management is usually carried out with histopathological examination to determine the presence or absence of malignancy. Mrs. M, a 57-year-old woman was referred to Abdul Moeloek Hospital with a suspected diagnosis of ovarian neoplasm. The patient was referred for further examination and treatment. Symptoms include a lump in the stomach accompanied by lower left abdominal pain since 2 months ago, often feeling nauseous since 5-6 years ago, weight loss is denied. Physical examination revealed a mass in the left lower quadrant. The results of ultrasound examination revealed a cystic mass in the left ovary. The patient was treated with pharmacotherapy and operative left salpingo oophorectomy. Postoperative diagnosis was left ovarian cystadenoma.

Keywords: Laparotomy, ovarian cystadenoma, salpingo oophorectomy

Korespondensi: Dhea Mutiara Karmelita, alamat: Jl. Trans Sulawesi No. 35, Maesa, Parigi, Parigi Moutong, Sulawesi Tengah. email: dheara4851@gmail.com

Pendahuluan

Kista adalah kantung abnormal yang tumbuh di bagian tubuh tertentu. Kistadenoma ovarii merupakan neoplasma jinak yang berasal dari epitel ovarium, mencakup kistadenoma serosum, kistadenoma musinosum, endometrioid, clear cell sel transisional (Brenner), serta sel epitel stroma. Tumor epitel ini mencakup 60-80% dari keseluruhan neoplasma ovarium.^{1,2}

Patofisiologi dari kistadenoma ovarii ini dapat disebabkan oleh beberapa hal yaitu: (1) Disfungsi hipotalamus-hipofisis,

Luteinizing Hormone (LH) dan Folikel Stimulating Hormone (FSH) yang dihasilkan kompleks hipotalamus-hipofisis yang berfungsi untuk meluruhnya korpus luteum ketika ovum tidak dibuahi. Akibatnya pematangan folikel dominan yang tidak pas akan menginduksi kista. Selain itu akibat perkembangan folikel imatur tersebut akan memicu dihasilkannya estradiol yang merupakan pemicu kista ovarium; (2) Disfungsi ovarium atau folikel, masih berhubungan dengan kompleks hipotalamus-hipofisis, perubahan ekspresi reseptor LH bisa menyebabkan anovulasi folikel. Pada saat keseimbangan hormon LH dan FSH yang tepat, akan membuat fase ovulasi dan pre-ovulasi

folikel. Reseptor FSH dan LH di sel granulosa di kista akan menurun jika dibandingkan dengan folikel normal; (3) Predisposisi kista folikel ovarium, disfungsi tingkat folikel dapat mengganggu kompleks hipotalamus-hipofisis akan mengubah ekspresi reseptor LH yang menginduksi anovulasi folikel. Selain itu reseptor estradiol juga mempengaruhi pembentukan kista. Selain perubahan reseptor dan isi estradiol. Perubahan dalam steroidogenesis oleh folikel dominan mungkin terlibat dalam degenerasi kista. Akibat kombinasi ketiga hal itu akan menghasilkan estrogen aktif dan meningkatkan konsentrasi estradiol follikular selama tahap awal dari dominasi.^{3,4}

Faktor risiko terjadinya kistadenoma ovarii yaitu⁵ riwayat kista ovarium sebelumnya, siklus menstruasi yang tidak teratur, meningkatnya distribusi lemak tubuh bagian atas, menstruasi dini dan tingkat kesuburan.

Gejala yang dialami penderita kistadenoma ovarii cukup bervariasi, tergantung dengan jenis kista itu sendiri. Kistadenoma serosum menimbulkan gejala tidak nyaman di dalam pelvis, pembesaran perut, dan gejala seperti asites. Sedangkan, kistadenoma musinosum dan kista dermoid umumnya asimtomatik, penderita hanya merasakan penambahan berat badan di perut atau rasa penuh di perut. Jika penderita sedang hamil, kista dapat dikenali ketika proses persalinan dilakukan pemeriksaan dalam. Namun, untuk deteksi dini dan penegakan diagnosis kistadenoma ovarii dapat dilakukan USG atau MRI.^{2,6}

Tatalaksana kistadenoma ovarii berupa tindakan pembedahan laparotomi dan kistektomi dengan eksplorasi menyeluruh pada organ intrapelvik dan abdomen. Jenis insisi yang dipilih berupa insisi mediana karena dapat memberikan akses yang cukup untuk tindakan eksplorasi. Untuk tatalaksana lebih lanjut biasanya dilakukan pemeriksaan histopatologi untuk menentukan ada tidaknya keganasan pada kistadenoma ovarii.^{2,6}

Terdapat beberapa pertimbangan mengenai keharusan pengangkatan kista, yaitu berupa adanya kemungkinan keganasan, kemungkinan torsi dan kemungkinan yang menimbulkan komplikasi obstetri yang gawat. Komplikasi yang paling sering dan paling berbahaya dari kistadenoma ovarii berupa putaran tangkai (torsi) yang dapat menyebabkan nekrosis dan infeksi dengan gejala nyeri perut mendadak.⁷

Kasus

Ny. M, Perempuan 56 tahun, datang ke Poliklinik Kebidanan Rumah Sakit Abdul Moeloek pada tanggal 5 Oktober 2021. Pasien mengeluhkan adanya benjolan pada perut disertai nyeri perut bagian kiri bawah sejak 2 bulan yang lalu, pasien juga sering merasa mual sejak 5-6 tahun yang lalu sehingga terkadang pasien meminum obat antimual dari warung, Keluhan keluar darah dari kemaluan maupun keputihan disangkal. Keluhan penurunan berat badan disangkal. Sebelumnya pasien merupakan rujukan dari RSUD A. Dadi Tjokrodipo dengan diagnosis suspek tumor dan dijadwalkan operasi pada tanggal 6 Oktober 2021. Pasien pernah didiagnosis kista ovarium saat belum menikah, pasien memiliki riwayat hipertensi dan rutin meminum obat antihipertensi setiap hari. Ibu dan kakak kandung pasien memiliki penyakit hipertensi.

Pasien mengalami haid pertama kali (menarche) pada usia 15 tahun dengan siklus 28 hari teratur, lama menstruasi 7 hari dengan jumlah perdarahan yang normal (60 cc). Pasien pernah hamil sebanyak empat kali yaitu pada tahun 1979, 1981, 1983 dan 1988. Pada dua kehamilan pertama persalinan dilakukan di klinik bidan dan pada 2 kehamilan selanjutnya persalinan dilakukan di rumah sakit. Pasien menikah pertama kali pada usia 17 tahun dan usia 30 tahun. Pasien tidak pernah menggunakan alat kontrasepsi.

Pada pemeriksaan fisik pasien didapatkan kesadaran composmentis. Tekanan darah 187/101 mmHg, frekuensi nadi 89 x/menit, suhu 36,5°C, frekuensi nafas 20 x/menit. status generalis pasien didapatkan kepala, hidung, mulut, leher, jantung dan paru pasien dalam batas normal. Pada pemeriksaan abdomen didapatkan massa pada regio inferior sinistra dengan tidak ada nyeri tekan dan massa mobile

dan berbatas tegas dengan ukuran 15 cm x 15cm dengan batas atas umbikus, batas kanan garis parasternal, batas kiri garis axilla anterior dan batas bawah simphisis pubis. Dari hasil USG didapatkan hasil uterus non visual, tampak massa berbatas tegas ukuran 7,18 cm x 10,6 cm dengan septa positif dengan diagnosis Neoplasma Ovarium Kistik. Pasien melakukan pemeriksaan darah lengkap dan diperoleh nilai hemoglobin 12,3 gr/dL; eritrosit 4,2 juta/uL; hematocrit 37%; MCV 88 fL, LED 22 mm/jam dan tumor marker CA125 tidak dilakukan.

Dilakukan operasi pada 6 Oktober 2021 dan didapatkan massa kistik berlobus dengan ukuran 25cm x 20cm, lalu dilakukan prosedur salpingo ooforektomi sinistra. Uterus dan ovarium dextra dalam batas normal. Tatalaksana kistadenoma ovarii berupa tindakan pembedahan laparotomi dan kistektomi dengan eksplorasi menyeluruh pada organ intrapelvik dan abdomen. Jenis insisi yang dipilih berupa insisi mediana karena dapat memberikan akses yang cukup untuk tindakan eksplorasi. Untuk tatalaksana lebih lanjut setelah tindakan operasi dilakukan pengiriman massa kistik ke laboratorium patologi anatomi RSUD Abdul Moeloek untuk pemeriksaan histopatologi hingga didapatkan hasil pemeriksaan pada tanggal 08 Oktober 2021 berupa kistadenoma ovarii serosum, tuba tanpa kelainan nyata dan tidak tampak sel tumor ganas.



Gambar 1. USG



Gambar 2. Kistadenoma Ovarii

Pembahasan

Seorang pasien Ny. M umur 56 tahun dengan diagnosis kistadenoma ovarium kistik. Kasus kista ovarium didiagnosis melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Kistadenoma ovarii merupakan neoplasma jinak yang berasal dari epitel ovarium, mencakup kistadenoma serosum, kistadenoma musinosum, endometrioid, clear cell sel transisional (Brenner), serta sel epitel stroma. Tumor epitel ini mencakup 60-80% dari keseluruhan neoplasma ovarium. Faktor resiko berupa riwayat kista ovarium sebelumnya siklus menstruasi yang tidak teratur, meningkatnya distribusi lemak tubuh bagian atas, menstruasi dini dan tingkat kesuburan. Pasien ny. M mengeluh adanya benjolan pada perut disertai nyeri perut bagian kiri bawah sejak 2 bulan yang lalu, pasien juga sering merasa mual sejak 5-6 tahun yang lalu sehingga terkadang pasien meminum obat antimual dari warung. Keluhan yang dirasakan pasien biasanya tidak ada, namun dalam perkembangannya pasien dapat merasakan nyeri. Nyeri yang hilang timbul atau nyeri hebat akut dengan keluhan muntah biasanya disertai dengan munculnya torsi pada ovarium. Selain itu, ruptur kista atau abses tubo ovarium juga dapat menyebabkan nyeri pada pasien. Tekanan atau rasa nyeri disebabkan juga karena peregangan kapsul ovarium. Pasien dengan keganasan ovarium biasanya mengeluh perut menebal dan rasa kenyang, keluhan tersebut muncul dari gejala asites atau pembesaran dari ovarium.^{1,5}

Pasien Ny. M mengatakan keluhan keluar darah dari kemaluan maupun keputihan disangkal. Keluhan penurunan berat badan disangkal. Sebelumnya pasien merupakan rujukan dari RSUD A. Dadi Tjokrodipo dengan diagnosis suspek tumor dan dijadwalkan operasi pada tanggal 6 Oktober 2021. Pasien pernah didiagnosis kista ovarium saat belum menikah yang menjadi faktor resiko pada pasien, pasien memiliki riwayat hipertensi dan rutin meminum obat antihipertensi setiap hari. Ibu dan kakak kandung pasien memiliki penyakit hipertensi. Pasien mengalami haid pertama kali (menarche) pada usia 15 tahun dengan siklus 28 hari teratur, lama menstruasi 7 hari dengan jumlah perdarahan yang normal (60 cc). Beberapa pasien tumor ovarium dapat mengalami gangguan hormonal namun pada pasien ini tidak ditemukan. Sebagai contoh, peningkatan produksi estrogen dari sel granulosa dapat mengganggu siklus menstruasi atau juga dapat menyebabkan perdarahan pada masa prepubertas atau postmenopause. Pasien yang mengalami gangguan hormonal juga dapat menyebabkan kecenderungan fenotip laki-laki karena peningkatan androgen oleh sel teka. Pasien pernah hamil sebanyak empat kali yaitu pada tahun 1979, 1981, 1983 dan 1988. Pada dua kehamilan pertama persalinan dilakukan di klinik bidan dan pada 2 kehamilan selanjutnya persalinan dilakukan di rumah sakit. Pasien menikah pertama kali pada usia 17 tahun dan tidak pernah menggunakan alat kontrasepsi.¹

Pada pemeriksaan fisik pasien didapatkan kesadaran composmentis. Tekanan darah 187/101 mmHg, frekuensi nadi 89x/menit, suhu 36,5°C. status generalis pasien didapatkan kepala, hidung, mulut, leher, jantung dan paru pasien dalam batas normal. Pada pemeriksaan abdomen terdapat nyeri tekan pada regio inferior sinistra dan teraba massa yang mobile dan berbatas tegas dengan ukuran 15cm x 15 cm. Dari hasil USG didapatkan hasil uterus non visual, tampak massa berbatas tegas ukuran 7,18 cm x 10,6 cm dengan septa

positif dengan diagnosis Neoplasma Ovarium Kistik. Pasien dengan kista ovarium dilakukan evaluasi menggunakan pemeriksaan *imaging* seperti USG dan MRI dengan berbagai variasi temuan tetapi massa yang ditemukan bersifat kistik, dapat digerakan, tidak ada nyeri tekan dan ditemukan di bagian lateral uterus. Pemeriksaan sonografi merupakan lini pertama dalam evaluasi massa pada organ pelvis. Penggunaan *transvaginal sonography* dapat membedakan lesi jinak atau ganas dan *transvaginal color doppler sonography* dapat menambahkan informasi mengenai struktur lesi, kemungkinan keganasan dan kemungkinan terjadi torsi. Pasien melakukan pemeriksaan darah lengkap dan diperoleh nilai hemoglobin 12,3 gr/dL; eritrosit 4,2 juta/uL; hematocrit 37%; MCV 88 fL, LED 22 mm/jam. Selain itu, dapat dilakukan pemeriksaan serum β -hCG untuk mengevaluasi kelainan pada adneksa. Pemeriksaan serum β -hCG dapat mengindikasikan adanya kehamilan ektopik ataupun kehamilan korpus luteum. Namun pada beberapa kasus, β -hCG dapat juga ditemukan sebagai penanda tumor pada neoplasma sel germinal. Pemeriksaan penanda tumor CA125 dapat dipertimbangkan pada pasien kista yang besar atau terdapat penanda pada pemeriksaan sonografi. Aspirasi kista ovarium biasanya tidak dilakukan karena dapat kemungkinan berkembang menjadi kanker stadium awal.^{1,2,6}

Dilakukan operasi pada 6 Oktober 2021 dan didapatkan massa kistik berlobus dengan ukuran 25cm x 20 cm, lalu dilakukan prosedur salpingooforektomi sinistra. Uterus dan ovarium dextra dalam batas normal. Kistadenoma ovarii serosum biasanya memiliki ukuran 1 cm sampai dengan lebih dari 30 cm. Kista tersebut memiliki permukaan yang halus dan mengandung satu atau lebih kista berdinding tipis yang berisi cairan bening dan berair. Kistadenoma serosum biasanya unilokular namun bisa juga multilokular. Terdapat beberapa pertimbangan mengenai keharusan pengangkatan kista, yaitu berupa adanya kemungkinan keganasan, kemungkinan torsi dan kemungkinan yang menimbulkan komplikasi obstetri yang gawat. Komplikasi yang paling sering dan paling berbahaya dari kistadenoma ovarii berupa putaran tangkai (torsi) yang dapat menyebabkan nekrosis dan infeksi dengan gejala nyeri perut

mendadak. Kemudian, massa kistik dikirim laboratorium patologi anatomi RSUD Abdul Moeloek untuk dilakukan pemeriksaan histopatologi didapatkan hasil pada tanggal 08 Oktober 2021 berupa kistadenoma ovarii serosum, tuba tanpa kelainan nyata dan tidak tampak sel tumor ganas, Kistadenoma serosa secara mikroskopis biasanya terdiri dari kista dan papila yang dilapisi oleh sel kuboid hingga kolumnar non-stratified atau bertingkat yang menyerupai epitel tuba fallopi. Tidak ada atipia ataupun atipia yang minimal.^{2,6,7,8}

Simpulan

Diagnosis pada kasus ini adalah kistadenoma ovarii serosum dengan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Tindakan yang telah dilakukan berupa laparotomi serta salpingo ooforektomi unilateral dengan ditemukan massa berupa massa kistik berlobus ukuran 25 x 20 cm. Kistadenoma ovarium kistik dapat tumbuh dengan ukuran lebih masif sehingga menyebabkan muncul gejala dan tanda yang berat pada pasien. Pemeriksaan fisik pada area abdomen dan pemeriksaan imaging dapat membantu mempercepat diagnosis. Tenaga kesehatan harus dapat mendeteksi lebih awal pasien kistadenoma ovarium kistik sehingga penanganan dapat dilakukan dengan cepat untuk pencegahan komplikasi yang tidak diinginkan.

Daftar Pustaka

1. Cunningham, F.G., Schorge, J.O., Schaffer, J.I., Halvorson, L.M., Hoffman, B.L., Bradshaw, K.D. Williams Gynecology. USA: Mc Graw Hills Companies; 2009.
2. Sutoto J. S. M., Tumor Jinak pada Alat-alat Genital dalam Buku Ilmu Kandungan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirodihardjo; 2015.
3. Vanholder T, Optometry G, dan Kuuif A D. Aetiology and pathogenesis of cyst ovarian follicles in dairy cattle: a review. HAL. 2006; 46(2):105-19.

4. Price SA, Wilson LM. Patofisiologi: konsep klinis proses-proses penyakit. Edisi ke-6. Jakarta: EGC; 2005.
5. DeCherret, A., Nathan, L, Goodwin, M, Laufer, N, Roman, A. Current Diagnosis & Treatment in Obstetrics and Gynaecologic 11th Edition. USA: Mc Graw Hills; 2012.
6. Sjamsuhidajat. Buku Ajar Ilmu Bedah. EGC; Jakarta; 2009.
7. Prawirohardjo, S. M. Ilmu Kebidanan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirodihardjo; 2013.
8. Limaem F, Lekkala MR, Mlika M. Ovarian Cystadenoma. [Updated 2021 Jul 20]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. Available from:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536950/>.