

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Endometriosis

1. Definisi

Endometriosis didefinisikan sebagai jaringan endometrium yang berfungsi dengan baik dan terdiri dari kelenjar endometrium dan stroma, yang tumbuh diluar rongga uterus, biasanya pada permukaan organ abdomen, struktur panggul, dan/atau ligament di dalam rongga peritoneum (Ayu et al., 2014).

Menurut Alodokter ditinjau dari dr. Tjin Willy (2018), endometriosis adalah kondisi ketika jaringan yang membentuk lapisan dalam dinding rahim tumbuh diluar rahim. Jaringan yang disebut endometrium ini dapat tumbuh di ovarium (indung telur), usus, tuba falopi (saluran telur), vagina, atau rectum (bagian akhir usus yang terhubung ke anus).

dr. Tjin Willy (2018) menyebutkan bahwa sebelum menstruasi, endometrium akan menebal sebagai tempat untuk menempelnya sel telur yang sudah dibuahi. Bila tidak dalam kondisi hamil, endometrium tersebut akan luruh, lalu keluar dari tubuh sebagai darah menstruasi. Pada kasus endometriosis, jaringan endometrium di luar rahim tersebut juga ikut menebal, tetapi tidak dapat luruh dan keluar dari tubuh. Kondisi tersebut dapat menimbulkan keluhan nyeri, bahkan dapat menyebabkan kemandulan atau infertilitas wanita.

Sedikit yang diketahui tentang prevalensi atau faktor predisposisi yang sebenarnya untuk penyakit ini, karena endometriosis dapat didiagnosis dengan pasti hanya dengan pasti melalui pembedahan. Tidak ada penyembuhan yang pasti untuk endometriosis, wanita mengalami derajat nyeri yang bervariasi dan perubahan fertilitasi yang tidak selalu berkaitan dengan luasnya penyakit (Ayu et al., 2014).

Wanita dapat mengalami gejala ringan atau asimtomatik. Diagnosis sering dibuat secara incidental ketika wanita menjalani laparoskopi untuk alasan yang tidak terkait, seperti ligase tuba atau pemeriksaan infertilitas. Sebaiknya, wanita lain mungkin mengalami disminore berat dan dyspareunia. Karena pengobatan tidak tersedia, tujuan penatalaksanaan penyakit ini adalah mengendalikan gejala (Ayu et al., 2014).

Terdapat dua masalah yang sering menjadi keluhan perempuan dengan endometriosis, yaitu nyeri dan infertilitas atau kesulitan punya anak. Berdasarkan eksplorasi yang dilakukan beberapa studi pada penderita endometriosis dihasilkan suatu daftar panjang keluhan dan tanda endometriosis antara lain nyeri haid, nyeri panggul, nyeri sanggama, keluhan intestinal siklik, capai/kelelahan dan infertilitas. Keluhan nyeri tersebut biasanya berhubungan dengan siklus haid. Kadang kala keluhan diatas tidak spesifik karena tumpang tindih dengan keadaan lain, misal penyakit radang panggul, irritable bowel

syndrome, interstitial cystitis dan gangguan otot-tulang (Hendarto, 2015).

2. Prevalensi Endometriosis

Ditinjau dari Alomedika, diperkirakan 1 dari 10 wanita usia produktif, atau sekitar 200.000.000 wanita di seluruh dunia mempunyai endometriosis. Di Indonesia, data insidensi dan prevalensi endometriosis belum dapat dipastikan karena kurangnya studi. Namun, terdapat laporan dari salah satu RSUD dr. Soetomo, di Surabaya, yang menyatakan bahwa endometriosis terjadi pada 13,6-69% wanita yang mengalami infertilitas.

Endometriosis sering terjadi, dengan insiden sekitar 45% pada wanita usia reproduksi ketika dikaji melalui laparoskopi. Usia rata-rata munculnya manifestasi endometriosis adalah 27 tahun. Sebagian besar wanita tersebut mengalami gejala selama dua hingga lima tahun sebelum diagnosis ditegakkan. Karena tingginya prevalensi dan gejala penyerta berupa nyeri panggul dan infertilitas, endometriosis dikenal sebagai penyebab utama hospitalisasi dan histerektomi (Ayu et al., 2014).

Secara pasti angka kejadian endometriosis sulit diketahui, namun diduga berkisar antara 2–10% pada populasi perempuan umum. Penentuan secara kuantitas kejadian endometriosis sulit, hal ini disebabkan beberapa faktor, yaitu didapatkan endometriosis yang asimtomatis, modalitas pencitraan (imaging) mempunyai sensitivitas

rendah dan diagnostik pasti dilakukan memakai tindakan pembedahan laparoskopi. Telah dilaporkan angka kejadian endometriosis per tahun berdasarkan penggunaan tindakan pembedahan, yaitu 1,6 kasus per 1000 perempuan usia 15–49 tahun. Kejadian endometriosis pada perempuan dengan keluhan dismenorea (nyeri haid) adalah 40–80%, sedangkan pada perempuan dengan infertilitas sekitar 20–50%. (Hendarto, 2015).

3. Patogenesis

Patogenesis endometriosis hingga saat ini belum diketahui secara pasti. Ada beberapa teori yang menjadi penyebab endometriosis, antara lain sebagai berikut (Widyawaty et al., 2018) :

1. Teori Retrograde Menstruation dan Teori Implantasi

Endometriosis terjadi karena adanya refluks aliran darah menstruasi melalui tuba fallopii masuk ke rongga peritoneum. Saat menstruasi, darah keluar melalui tuba fallopii masuk ke rongga abdomen, lalu terjadi implantasi pada peritoneum dan berkembang menjadi lesi endometriosis (Burney et al., 2012).

Refluks aliran darah menstruasi terjadi pada sekitar 80% wanita, namun hanya 0,5-5% yang menjadi endometriosis. Hal ini berhubungan dengan lingkungan pelvik yang dapat menerima implantasi endometrium dan kemudian berkembang menjadi endometriosis. Sel-sel endometrium yang diperoleh dari cairan peritoneum saat menstruasi dapat tumbuh dalam kultur jaringan dan

dapat menempelserta berpenetrasi pada wanita dengan menarche yang lebih dini, siklus menstruasi yang lebih pendek atau menoragia (Burney et al., 2012).

2. Teori Coelomic Metaplasia dan Teori Induksi

Menurut teori ini, pembentukan endometrioma dalam endometriosis ovarium atau rektovaginal disebabkan oleh metaplasia epitel coelomic. Selain itu, endometriosis juga dapat ditemukan pula pada pleura yang berasal dari epitel coelomic sama seperti peritoneum dan duktus Mullerian. Rangsangan imunologi atau zat biokimia secara endogen maupun eksogen dapat menginduksi epitel coelomic yang terdiferensiasi menjadi sel endometrium dikenal dengan teori induksi (Sourial et al., 2014).

3. Teori Metastasis Vaskular dan Limfatik

Endometriosis yang berada jauh dari rongga pelvis diduga berasal dari penyebaran melalui pembuluh darah dan aliran limfe. Teori ini dikenal dengan teori Halban, dan dibuktikan lewat pemeriksaan histologi dimana ditemukan sel endometrium pada pembuluh darah pelvis. Teori ini dibuktikan juga dalam pengamatan aliran limfatik uterus ke ovarium dengan menggunakan bahan kontras, dimana ditemukan sel endometrium dalam kelenjar limfe tersebut. Sehingga hal inilah yang dapat menjelaskan kejadian endometriosis yang jauh dari rongga pelvis, diantaranya paruparu, pluera, perikardium dan sebagainya (Hapsari, 2017).

Teori Halban menduga bahwa terjadinya endometriosis pada lokasi yang jauh oleh karena penyebaran sel endometrium melalui pembuluh darah atau penyebaran limfatik. Teori ini menjelaskan lesi endometriosis yang terjadi pada tempat di luar pelvis (misalnya otak dan paru-paru), tetapi tidak dapat dijelaskan mengapa lesi lebih sering terjadi di pelvis yang diduga berkaitan dengan gravitasi (Hapsari, 2017).

4. Teori Imunologi

Sel-sel sistem imun pada peritoneum pada umumnya dapat mengaktivasi faktor inflamasi dan faktor pertumbuhan yang berperan terhadap implantasi sel endometrium menjadi endometriosis. Perubahan imunitas seluler juga diduga berperan dalam patogenesis terjadinya endometriosis, dimana imunitas yang tidak adekuat di peritoneum diduga sebagai penyebab berkembangnya endometriosis. Salah satu sel yang dianggap mengalami perubahan fungsi adalah makrofag, dimana makrofag yang seharusnya aktif memfagosit sel ektopik, berubah menjadi kurang aktif (Hapsari, 2017).

5. Teori Stem Cell

Stem cell adalah sel yang tidak/belum terspesialisasi dan mempunyai sifat mampu berdiferensiasi menjadi sel lain dan mampu meregenerasi diri sendiri (self renewal). Stem cell diketahui juga terdapat pada lapisan basalis endometrium dan berperan pada

regenerasi endometrium, antara lain : setiap bulan setelah menstruasi, pasca persalinan dan post kuretase. Saat ini, sel klonogenik yang merupakan representasi populasi stem cell pada endometrium manusia telah diidentifikasi dan diduga kuat berkaitan dengan tumbuhnya formasi jaringan endometrium ektopik (Hendarto, 2015).

4. Tanda & Gejala

Terdapat dua masalah yang sering menjadi keluhan perempuan dengan endometriosis, yaitu nyeri dan infertilitas atau kesulitan punya anak. Berdasarkan eksplorasi yang dilakukan beberapa studi pada penderita endometriosis dihasilkan suatu daftar panjang keluhan dan tanda endometriosis antara lain nyeri haid, nyeri panggul, nyeri sanggama, keluhan intestinal siklik, capai/kelelahan dan infertilitas. Keluhan nyeri tersebut biasanya berhubungan dengan siklus haid. Kadang kala keluhan diatas tidak spesifik karena tumpang tindih dengan keadaan lain, misal penyakit radang panggul, irritable bowel syndrome, interstitial cystitis dan gangguan otot-tulang (Hendarto, 2015).

Menurut Willy DG (2018) sekitar sepertiga wanita dengan endometriosis asimtomatis, apabila wanita dengan endometriosis mengalami gejala berarti terdapat daerah yang terlibat. Beberapa tanda dan gejala endometriosis ialah sebagai berikut :

- a. Dismenore
- b. Perdarahan berat atau tidak teratur

- c. Nyeri panggul
- d. Nyeri perut bagian bawah dan punggung belakang
- e. Dispareuni
- f. Diskezia seringkali dengan siklus diare dan sembelit
- g. Kembung, mual, dan muntah
- h. Nyeri saat berkemih
- i. Nyeri saat olahraga

5. Faktor Resiko

Menurut penelitian Prima Mukti tahun 2014 faktor resiko pada kejadian endometriosis yaitu umur, usia menarche, panjang siklus menstruasi, riwayat Irritable Bowel Syndrome (IBS), dan konsumsi lemak trans. Selain faktor-faktor diatas, endometriosis juga dipengaruhi oleh obesitas yang telah diteliti oleh Sy. Maryam Hanimet all tahun 2017 yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara obesitas dengan kejadian endometriosis.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Grandy Pangemanan tahun 2015 menunjukkan bahwa pasien endometriosis terbanyak pada usia ≥ 39 tahun dengan angka terbanyak pada wanita nullipara. Keluhan terbanyak yang dijumpai adalah nyeri perut dan nyeri haid. Faktor dismenorea atau keluhan nyeri haid ini merupakan salah satu faktor yang sangat berpengaruh. Hasil penelitian Ina Rahaayu, et all tahun

2013 juga menyatakan bahwa terdapat hubungan antara dismenorea dengan kejadian endometriosis.

Ditinjau dari Alodokter, para ahli meyakini bahwa terdapat beberapa faktor yang dapat meningkatkan resiko seorang wanita mengalami endometriosis. Di antaranya adalah :

- a. Berusia antara 25-40 tahun
- b. Riwayat endometriosis pada ibu, bibi, atau saudara perempuan
- c. Belum pernah melahirkan
- d. Mengalami kelainan rahim
- e. Menderita kondisi tertentu yang dapat menghalangi jalur darah menstruasi
- f. Mengonsumsi minuman beralkohol
- g. Mulai menstruasi pada usia yang terlalu muda
- h. Siklus menstruasi yang singkat, misalnya kurang dari 27 hari
- i. Mengalami menopause pada usia yang lebih tua dari batas normal.

6. Penatalaksanaan

Penanganan Nyeri Endometriosis

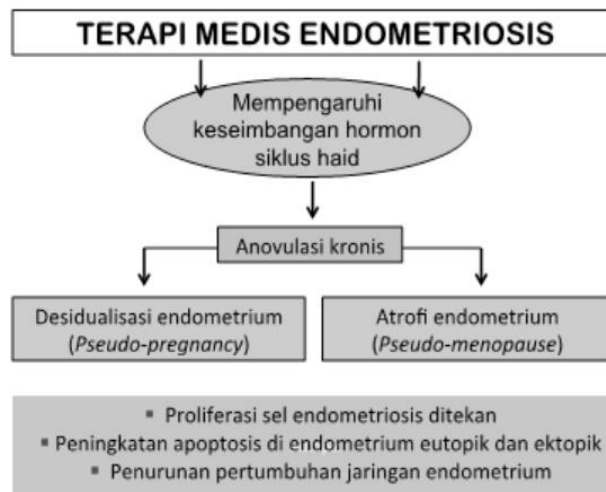
Endometriosis didapatkan pada 60–80% penderita dengan nyeri panggul yang apabila tidak ditangani dengan baik akan menyebabkan penurunan kualitas hidup. Terapi medis yang melibatkan berbagai obat hormon dan analgetika telah digunakan untuk mengatasi nyeri endometriosis, selain itu pembedahan dengan beberapa teknik tindakan

juga telah banyak dipakai. Berikut akan didiskusikan penanganan nyeri endometriosis (Hendarto, 2015).

a. Terapi Medis Untuk Nyeri Endometriosis

Terapi medis telah disepakati dan diterima sebagai salah satu pengobatan untuk endometriosis. Obat yang dipakai pada terapi medis ditujukan untuk menekan hormon steroid ovarium yaitu estrogen, agar terjadi kondisi hipoestrogen sehingga menyebabkan atrofi lesi endometrium ektopik. Pemberian terapi medis akan memengaruhi kondisi keseimbangan hormon pada siklus haid sehingga terjadi anovulasi kronis dan amenore yang selanjutnya akan menginduksi desidualisasi endometrium hingga menimbulkan keadaan pseudo-pregnancy. Selain itu akan memicu atrofi endometrium hingga timbul pseudo-menopause. Keadaan patologis yang terjadi di endometrium eutopik dan ektopik akan berdampak pada penekanan sel endometrium, peningkatan apoptosis dan penurunan pertumbuhan jaringan endometrium. Gambaran di atas menjadi dasar terapi medis yang dipakai untuk menekan pertumbuhan sehingga terjadi regresi lesi endometriosis (Hendarto, 2015).

Beberapa obat telah dipakai untuk terapi medis endometriosis, yaitu obat-obat hormon antara lain pil kontrasepsi kombinasi, progestogen, danazol, agonis GnRH, aromatase inhibitor (Hendarto, 2015).



Gambar 1 Mekanisme kerja terapi medis endometriosis

Seperti diketahui endometriosis merupakan penyakit estrogen-dependent disease sehingga supresi hormone estrogen menjadi dasar penting untuk pengobatan keluhan penyakit endometriosis. Semua obat tersebut bertujuan menekan pertumbuhan dan aktivitas lesi endometriosis (Hendarto, 2015).

1) Pil Kontrasepsi Kombinasi

Pil kontrasepsi kombinasi telah dipakai secara luas untuk mengatasi keluhan dismenore dan nyeri panggul terkait dengan endometriosis. Pengobatan ini menunjukkan hasil yang efektif, aman dan dapat diterima untuk pengobatan dismenorea dan nyeri panggul terkait endometriosis pada perempuan yang tidak menginginkan anak. Penelitian membandingkan pil kontrasepsi kombinasi dosis rendah (etinil estradiol 20 ug dan desogestrel 150 ug) dengan agonis GnRH Goserelin selama enam bulan

didapatkan hasil tidak terdapat perbedaan untuk dismenore dan dispareuni atau nyeri sanggama. Review Cochrane menyatakan bahwa pengobatan dengan pil kontrasepsi kombinasi efektif untuk mengatasi keluhan endometriosis namun disebutkan bahwa jumlah kasus terbatas dan data tersebut terbatas enam bulan saja (Hendarto, 2015).

2) Progestogen

Progestogen merupakan salah satu obat yang paling sering digunakan untuk terapi endometriosis termasuk di antaranya adalah medroksi progesteron asetat (MPA) dan derivat nortestosteron (misal levonorgestrel, noretindron asetat, dan dienogest). Pada dosis yang tepat progestogen dapat menginduksi anovulasi dan keadaan hipoestrogen, selanjutnya akan menyebabkan desidualisasi serta atrofi endometrium eutopik dan juga ektopik. Mekanisme lain yang mendasari kerja progestogen untuk terapi endometriosis, yaitu supresi Matrix metaloproteinase (MMP), suatu ezim yang berguna untuk pertumbuhan dan implantasi lesi endometriosis. Selain itu progestogen juga mampu menekan proses angiogenesis (Hendarto, 2015).

Pada studi observasional pengobatan endometriosis didapatkan hasil MPA 100 mg, didrogesteron 40 mg dan noretindron asetat dapat mengatasi nyeri endometriosis sampai

70–100%. Suatu meta-analisis membandingkan MPA, danazol, kombinasi danazol+pil kontrasepsi, dan agonis GnRH didapatkan hasil bahwa MPA sama efektif dengan terapi yang lain dalam mengobati nyeri endometriosis. Di samping itu, suatu studi dengan randomisasi menyimpulkan bahwa dienogest 2 mg lebih bagus dibandingkan plasebo tetapi tidak berbeda dengan GnRH agonis dalam mengatasi nyeri endometriosis. Dienogest, suatu hybrid progesterone yang merupakan kombinasi derivat 19 nor-testosteron dan progesteron saat ini mulai banyak dipakai untuk mengatasi nyeri endometriosis dengan keuntungan tidak terjadi efek hipoestrogen walaupun masih diperlukan bukti lebih lanjut (Hendarto, 2015).

3) Danazol

Danazol adalah derivat 17-etiniltestosteron dan bekerja dengan cara menghambat lonjakan LH dan steroidogenesis serta meningkatkan kadar free testosteron. Pemakaian Danazol menimbulkan efek samping hiperandrogen yang dapat berupa hirsutisme, jerawat, peningkatan berat badan dan perubahan suara menjadi lebih berat seperti suara laki-laki (Hendarto, 2015).

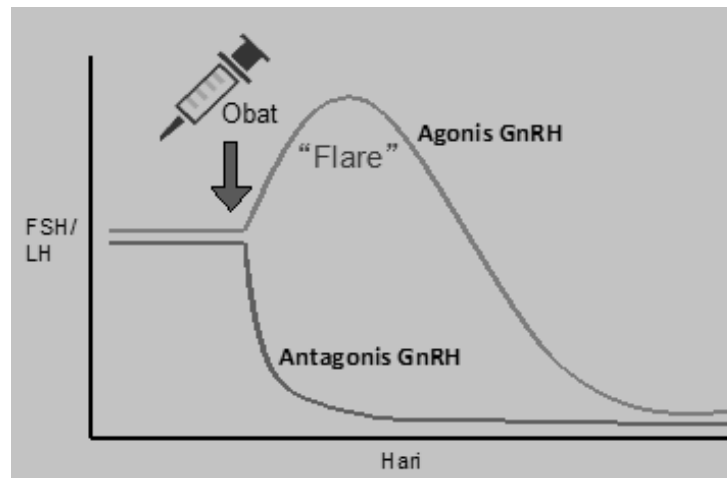
Danazol 200 mg 3x1 diberikan secara oral, telah dipakai cukup lama untuk mengatasi nyeri endometriosis dengan hasil lebih efektif dibandingkan plasebo. Dalam mengatasi keluhan

nyeri endometriosis tersebut ternyata Danazol sama baik dengan GnRH agonis tetapi karena efek samping hiperandrogen menyebabkan toleransi penerimaan penggunaanya lebih rendah. Bila tersedia terapi medis yang lain, sebaiknya pemakaian Danazol dihindari (Hendarto, 2015).

4) Analog GNRH

Analog gonadotropin-releasing hormone (GnRH) tersedia dalam dua bentuk, yaitu agonis GnRH dan antagonis GnRH. Kedua sediaan tersebut telah digunakan untuk terapi nyeri endometriosis namun agonis GnRH lebih lama dipakai dan memberikan hasil yang efektif untuk mengatasi nyeri (Hendarto, 2015).

Agonis GnRH merupakan bentuk modifikasi dari GnRH endogen yang bekerja dengan menempati reseptor di hipofisis tapi mempunyai waktu paruh lebih panjang dibandingkan GnRH native. Pada awal menempati reseptor di hipofisis agonis GnRH akan memicu peningkatan produksi (flare-up) hormon gonadotropin (FSH dan LH) dan bila pemberian berlanjut agonis GnRH akan menyebabkan down-regulation poros hipofisis-ovarium sehingga terjadi hipoestrogen (Hendarto, 2015).



Gambar 2 Beda kerja agonis dan antagonis GnRH. Pemberian agonis GnRH pada awal akan terjadi peningkatan produksi gonadotropin (FSH/LH), peningkatan awal ini disebut flare- up kemudian selanjutnya terjadi down-regulation. Pada pemberian antagonis GnRH akan terjadi kompetisi di reseptor GnRH dan langsung timbul penekanan hingga segera terjadi hipoestrogen.

Untuk terapi mengatasi nyeri endometriosis pemberian agonis GnRH akan menginduksi amenore dan atrofi endometrium ektopik secara progresif. Pemberian agonis GnRH dapat dilakukan secara semprot hidung setiap hari (nafarelin asetat 200 mcg) dan injeksi formula jangka pendek yang disuntikkan setiap hari (Buserelin asetat 1 mg) atau injeksi formula jangka panjang yang disuntikkan setiap 1–3 bulan sekali (Leuprolide asetat 3,75 mg). Analisis Cochrane menyimpulkan bahwa hasil pemberian agonis GnRH untuk mengatasi nyeri endometriosis lebih efektif dibandingkan plasebo tetapi memberikan hasil yang sama dengan pemberian Danazol dan IUD levonorgestrel. Pada analisis evaluasi jangka panjang selama 6 bulan terhadap pemberian agonis GnRH

didapatkan 53% kekambuhan setelah 2 tahun pemberian agonis GnRH (Hendarto, 2015).

Efek samping utama keadaan hipoestrogen akibat pemberian agonis GnRH, yaitu hot-flushes, vagina kering, penurunan libido, perubahan mood, nyeri kepala dan deplesi densitas tulang. Untuk menghindari efek hipoestrogen terutama penurunan masa tulang dianjurkan pemberian agonis GnRH tidak lebih dari 6 bulan. Selain itu agar jangka waktu pengobatan agonis GnRH dapat lebih panjang dan tetap terhindar dari efek hipoestrogen sebaiknya pengobatan agonis GnRH dilakukan bersama dengan pemberian terapi add-back. Terapi add-back didasarkan pada estrogen threshold hypothesis, yaitu pemberian estrogen dosis rendah ditujukan untuk mengatasi keluhan hipoestrogen, tetapi tidak menstimulasi pertumbuhan endometriosis. Sediaan yang sering digunakan adalah norethindrone asetat atau kombinasi estrogen dan progesterone (Hendarto, 2015).

Antagonis GnRH dipakai juga untuk mengatasi nyeri endometriosis walaupun jumlah kasus endometriosis yang dilibatkan belum banyak. Antagonis GnRH akan menduduki reseptor GnRH di hipofisis secara kompetisi dan selanjutnya akan langsung bekerja menekan produksi gonadotropin sehingga segera tercapai kondisi hipoestrogen. Elagolix, salah

satu sediaan antagonis GnRH oral telah dicoba digunakan untuk mengurangi nyeri endometriosis pada 137 perempuan yang positif endometriosis dengan laparoskopi. Hasil penggunaan Elagolix 150 mg tiap hari didapatkan penurunan skala dismenore, nyeri panggul dan dispareuni dibandingkan dengan placebo (Hendarto, 2015).

5) Aromatase Inhibitor

Aromatase inhibitor telah diteliti kegunaannya sebagai obat untuk mengatasi nyeri endometriosis yaitu dengan cara menekan ekspresi enzim aromatase P450 yang berfungsi sebagai katalisator konversi androgen menjadi estrogen. Tidak di semua negara tersedia obat aromatase inhibitor, yang paling sering ditemui adalah aromatase inhibitor generasi ketiga yaitu letrozole dan anastrozole. Aromatase inhibitor berkompetisi dengan androgen untuk menduduki reseptor aromatase (Hendarto, 2015).

Pada review sistematis yang melibatkan tujuh studi tentang penggunaan aromatase inhibitor untuk nyeri endometriosis didapatkan bahwa Letrozole 2,5 mg kombinasi dengan norethisteron asetat atau desogestrel, dan Anastrozole 1 mg kombinasi dengan pil kontrasepsi mampu menurunkan nyeri endometriosis secara bermakna. Efek samping pemberian

aromatase inhibitor adalah hipoestrogen berupa vagina kering, hot-flushes dan penurunan massa tulang (Hendarto, 2015).

6) Analgetika

Telah diketahui bahwa nyeri merupakan keluhan utama endometriosis. Telah terbukti pula bahwa kadar prostaglandin meningkat pada zilir peritoneum dan jaringan endometriosis perempuan penderita endometriosis. Karena itu tidak mengherankan bila obat antiprostaglandin, yaitu non-steroid antiinflammation drug (NSAIDs) dipakai secara luas di lapangan sebagai analgetika. Walaupun telah dipakai secara luas sebagai terapi lini pertama nyeri endometriosis, namun tidak semua data mendukung penggunaan NSAID untuk endometriosis. Terdapat satu bukti mendukung NSAID mempunyai efek positif untuk mengatasi dismenore primer (Hendarto, 2015).

b. Terapi Empiris Untuk Nyeri Endometriosis

Terapi empiris adalah terapi medis yang diberikan kepada penderita endometriosis berdasar observasi dan pengalaman dokter. Penegakan diagnosis endometriosis membutuhkan beberapa tingkat yaitu anamnesis, pemeriksaan fisik/ginekologi, pemeriksaan pencitraan dengan USG/MRI, tindakan laparoskopi dan histologi. Khusus untuk tindakan laparoskopi membutuhkan pembiusan, memerlukan biaya yang tidak murah bahkan berisiko morbiditas dan

mortalitas serta mempunyai nilai prediksi positif hanya 43–45%. Timbul pertanyaan apakah diagnosis endometriosis harus mahal, invasif dan apakah keuntungan mengetahui diagnosis endometriosis. Bila dilakukan terapi empiris akan lebih sederhana, aman, efek samping minimal, efektif, dan murah (Hendarto, 2015).

Sebelum memulai terapi empiris sebaiknya penyebab lain keluhan nyeri panggul dievaluasi terlebih dahulu sehingga laparoskopi untuk diagnosis sekaligus terapi endometriosis dilakukan setelah tidak didapatkan respons penurunan keluhan nyeri dengan terapi medis atau terapi hormon. Namun perlu diketahui bahwa respons terapi empiris dengan terapi hormon tidak selalu mencerminkan ada atau tidaknya endometriosis. Perlu juga ditekankan bahwa pemberian pil kontrasepsi kombinasi pada remaja dengan keluhan nyeri panggul tanpa diagnosis definitif endometriosis berkontribusi pada keterlambatan diagnosis endometriosis (Hendarto, 2015).

c. Terapi Bedah Untuk Nyeri Endometriosis

Endometriosis memiliki berbagai bentuk lesi dengan gambaran yang unik, dapat menjadi kronis dan mudah kambuh sehingga walaupun telah dilakukan tindakan pembedahan lesi mikroskopis dapat berlanjut menjadi aktif. Keluhan penderita seringkali tidak berkorelasi dengan ukuran lesi dan stadium endometriosis. Penanganan endometriosis ditujukan untuk 1)

mengatasi nyeri, 2) memperbaiki fertilitas, 3) mengatasi progresivitas penyakit dan 4) mencegah kekambuhan (Hendarto, 2015).

Penanganan endometriosis bersifat individual, artinya apa yang dikerjakan saat terapi bedah tidak sama antara penderita satu dengan yang lain. Remaja dengan endometriosis stadium ringan dan masih belum mengharapkan anak disarankan menggunakan terapi medis untuk supresi dan kontrol nyeri dengan meminimalkan intervensi bedah. Untuk perempuan usia reproduksi dengan endometriosis stadium berat dan mengharapkan segera punya anak pilihan terapi yang tepat adalah pembedahan konservatif dengan laparoskopi, kemudian dilanjutkan dengan terapi infertilitas spesifik menggunakan fertilisasi in vitro. Secara umum tindakan bedah pada endometriosis dibagi menjadi dua, yaitu secara radikal dan konservatif. Tindakan radikal berupa histerektomi dilakukan bila sudah tidak berpikir untuk menambah anak, sedangkan tindakan konservatif bila kesuburan atau keinginan mempunyai anak masih menjadi pertimbangan (Hendarto, 2015).

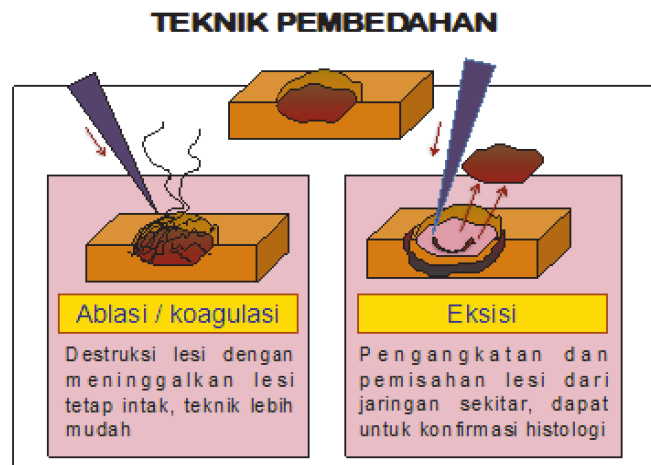
Jenis tindakan yang dilakukan pada pembedahan konservatif untuk mengatasi nyeri endometriosis dapat berupa: eliminasi lesi endometriosis, pembebasan perlekatan dengan preservasi uterus dan ovarium yang ditujukan untuk restorasi anatomi organ genitalia dan yang terakhir dapat dilakukan tindakan interupsi jalur saraf panggul

yang berguna untuk kontrol nyeri. Modalitas pembedahan awalnya dilakukan secara laparotomi terbuka, namun dengan perkembangan teknologi endoskopi mulai berubah menggunakan teknik laparoskopi. Berdasarkan data yang ada tindakan pembedahan laparoskopi dan laparotomi sama efektif untuk mengatasi nyeri endometriosis. Laparoskopi operatif lebih efektif untuk mengatasi nyeri pada semua stadium endometriosis dibandingkan dengan hanya dilakukan laparoskopi diagnostik saja. Keuntungan laparoskopi adalah kejadian nyeri pascatindakan lebih sedikit, lama rawat lebih pendek dan waktu pemulihan lebih cepat (Hendarto, 2015).

Perbedaan Teknik Ablasi Dan Eksisi :

Eliminasi lesi endometriosis dengan laparoskopi dapat dilakukan dengan dua cara yaitu teknik ablasi dan/atau eksisi. Teknik ablasi adalah tindakan bedah destruksi lesi endometriosis dengan koagulasi menggunakan sumber tenaga termal. Teknik ablasi juga dapat dilakukan memakai cara vaporisasi dengan sumber tenaga laser. Destruksi akan merusak lesi sehingga tidak tersedia spesimen untuk konfirmasi pemeriksaan histologi-patologi. Eksisi, yaitu tindakan bedah mengangkat lesi endometriosis dengan cara memotong dan memisahkan lesi dari jaringan sekitar menggunakan gunting dengan sumber termal atau laser. Teknik eksisi tidak

merusak lesi endometriosis sehingga spesimen lesi dapat digunakan untuk konfirmasi pemeriksaan histologi-patologi (Hendarto, 2015).



Gambar 3 Perbedaan teknik ablasi dan eksisi

Tindakan eksisi diperkirakan lebih efektif namun membutuhkan keterampilan operator yang prima mengingat terdapat risiko trauma pada organ vital misal usus, kandung kencing dan ureter di bawah lesi yang dieksisi. Selain itu eksisi membutuhkan waktu lebih lama dibandingkan tindakan ablasi (Hendarto, 2015).

Berdasarkan data hasil studi randomisasi disebutkan bahwa tindakan ablasi dan eksisi sama efektif untuk mengatasi nyeri panggul pada perempuan dengan endometriosis ringan, namun eksisi lebih dipilih dengan pemikiran ketersediaan spesimen untuk konfirmasi histologi-patologi (Hendarto, 2015).

7. Komplikasi

Endometriosis yang dibiarkan berkembang tanpa diobati dapat menyebabkan beberapa komplikasi, seperti:

a. Gangguan kesuburan atau infertilitas

Endometriosis dapat menutupi tuba falopi, sehingga menghalangi sel telur bertemu dengan sperma. Pada kasus yang jarang terjadi, penyakit ini dapat merusak sel telur dan sperma.

Sepertiga hingga setengah penderita endometriosis diketahui menderita gangguan kesuburan. Meski demikian, wanita dengan endometriosis ringan sampai sedang masih berpeluang untuk hamil. Dokter akan menyarankan penderita tidak menunda untuk memiliki anak, sebelum kondisinya makin serius.

b. Kanker ovarium

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa risiko terserang kanker ovarium (indung telur) sedikit meningkat pada penderita endometriosis. Selain kanker ovarium, wanita dengan riwayat endometriosis juga berisiko terserang kanker endometrium, meski sangat jarang terjadi.

c. Adhesi

Jaringan endometriosis dapat membuat sejumlah organ tubuh saling menempel. Sebagai contoh, kandung kemih dan usus dapat melekat ke rahim.

d. Kista ovarium

Kista ovarium adalah kantong berisi cairan yang tumbuh pada ovarium. Kondisi ini terjadi bila jaringan endometriosis terletak di dalam atau di dekat ovarium. Pada sejumlah kasus, kista dapat membesar dan menimbulkan nyeri parah.

