

Prolaps Organ Panggul

Jacobus Jeno Wibisono¹, Gezta Nasafir Hermawan²

¹Departemen of Obstetri dan Ginekologi, Fakultas Kedokteran Universitas Pelita Harapan,

²Rumah Sakit Umum Siloam Karawaci

Abstract

Pelvic organ prolapse is a condition of descent or herniation of woman's pelvic organs through the birth canal or onto birth canal space. As someone gets older, the incidence of pelvic organ prolapse increases, due to weakening of ligaments and muscles as suspensor for the pelvic organs. Prolapse may or may not show symptoms. Symptoms that occur are associated due to pressure of the pelvic area, difficulty urinating and defecation. The staging of pelvic organ prolapse utilized the Baden-Walker System and Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q). Management for pelvic organ prolapse can be done conservatively and operatively, and the decision of which approach should be taken based on the patient's condition and choice.

Key Word: Pelvic organ prolapse, Baden-Walker system, Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q)

Abstrak

Prolaps organ panggul merupakan kondisi dimana terdapat penurunan atau penonjolan organ-organ yang berada pada rongga panggul wanita kedalam liang jalan lahir sampai keluar dari jalan lahir. Kejadian prolaps tersebut akan meningkat seiring bertambahnya usia seseorang yang disebabkan melemahnya struktur ligamen dan otot yang menjadi penyangga organ panggul tersebut. Prolaps yang terjadi dapat tidak menimbulkan gejala sampai terdapat gejala yang berhubungan dengan penekanan pada area panggul, sulit buang air kecil dan buang air besar. Dalam menilai stadium prolaps yang terjadi pada pasien dapat menggunakan sistem Baden-Walker dan Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q). Tatalaksana pasien dengan prolaps organ panggul dapat dilakukan secara konservatif dan tindak operatif, dimana tindakan yang akan dilakukan ditentukan dari kondisi pasien dan pilihan pasien.

Kata Kunci: Prolaps organ panggul, Sistem Baden-Walker, Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q)

pISSN: 1978-3094 . Medicinus. 2018; 7 (1) : 27-32

Definisi

Prolaps Organ Panggul atau *Pelvic Organ Prolapse* (POP) adalah penurunan atau penonjolan organ-organ yang terdapat pada rongga panggul wanita (rahim, kandung kemih, dan rektum) kedalam liang jalan lahir dan pada sebagian kasus keluar dari jalan lahir.^{1,2}

Insidensi

Secara global, insidensi wanita yang menderita POP sulit diprediksi dengan pasti oleh karena masih terbatasnya pelaporan kasus kepada fasilitas maupun tenaga ahli medis,

namun kasus POP bisa dikategorikan cukup sering khususnya pada wanita yang menginjak usia lanjut. POP diperkirakan terjadi pada hampir setengah perempuan dengan usia diatas 50 tahun, dan diperkirakan satu dari sepuluh perempuan akan menjalani penatalaksanaan operasi pada usia diatas 80 tahun.¹ Meskipun hampir setengah dari wanita diatas usia 50 tahun yang pernah melahirkan ditemukan memiliki POP melalui pemeriksaan fisik, namun hanya ditemukan 5-20% yang simtomatik.³ Prevalensi POP meningkat sekitar 40% tiap penambahan satu dekade usia seorang wanita, dengan POP derajat berat lebih banyak ditemukan pada wanita dengan usia tua, yaitu, 28%-32,3% derajat 1, 35%-65,5% derajat 2, dan 2-6% derajat 3.⁴ Pada saat ini terdapat sekitar 11-19% wanita di negara maju menjalani operasi POP dengan usia rata-rata

Jacobus J. Wibisono (✉)
Faculty of Medicine Universitas Pelita Harapan
Jl. Boulevard Jend.Sudirman, Lippo Karawaci, Tangerang,
Indonesia. Tel: +62-21-54210130; Fax: +62-21-54210133;
Email: jacobus.wibisono@uph.edu

wanita yang menjalani operasi POP adalah 60 tahun.⁵

Di negara maju seperti Amerika Serikat terdapat sebanyak 200.000 operasi POP dilakukan per tahun dengan jumlah kasus operasi ulang atas indikasi rekurensi mencapai 30%.⁶

Etiopatogenesis

Dalam keadaan normal, organ-organ dalam rongga panggul wanita (rahim, kandung kemih, dan rektum) tersangga oleh struktur-struktur ligamen dan otot-otot rongga panggul; apabila struktur-struktur tersebut melemah oleh karena sering mengalami regangan maksimal atau *overstretching*; POP dapat terjadi.^{1,3} POP dapat disebabkan oleh satu atau lebih kombinasi faktor resiko. Salah satu faktor resiko POP adalah riwayat mengandung dan bersalin yang menjadi penyebab melemahnya struktur dasar panggul

Faktor resiko lain seperti genetik dan biokimia yang hingga saat ini masih diteliti juga dipercaya mempunyai peran penting dalam tendensi secara alamiah terjadinya POP.³

Klasifikasi

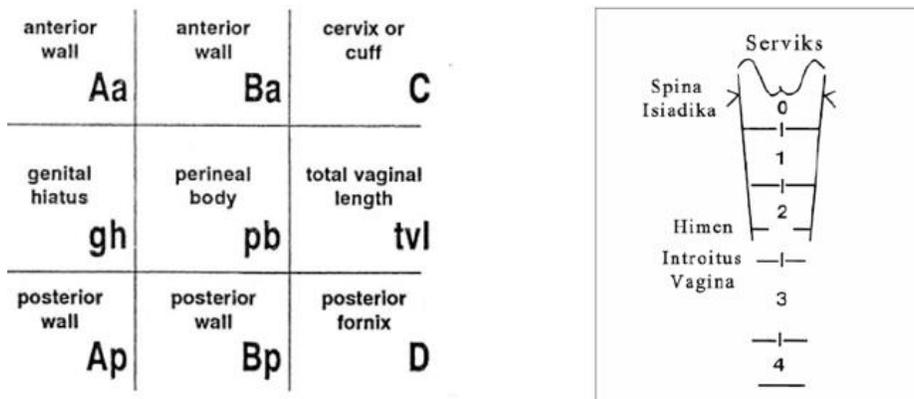
Secara keseluruhan terdapat empat tipe prolapse bergantung pada organ panggul yang menonjol ke jalan lahir (rahim, kandung kemih, rektum, vagina atau gabungan): (1) Prolaps dinding anterior (*Cystocele*) yang merupakan penonjolan kandung kemih ke dinding depan jalan lahir, (2)

(otot levator ani, nervus pudendus, dan fascia penyokong organ panggul); faktor resiko ini dapat digolongkan lebih lanjut menjadi: (1) riwayat multigravida/paritas per vaginam, (2) riwayat mengandung bayi berukuran besar, (3) riwayat bersalin berkepanjangan atau, (4) riwayat melahirkan dengan bantuan forsep/*ventouse*. Selain itu melemahnya otot dasar panggul pada usia tua, khususnya setelah menopause oleh karena defisiensi estrogen juga menjadi salah satu faktor resiko. Berat badan yang tergolong *overweight* (Indeks Massa Tubuh/IMT tinggi) serta riwayat peningkatan tekanan intraabdomen oleh karena kebiasaan mengedan lama, mengangkat barang berat, batuk kronik, atau konstipasi kronik juga dapat meningkatkan keregangan otot dasar panggul sehingga dapat menyebabkan POP. Pada wanita yang telah menjalani histerektomi atas indikasi POP, prolaps puncak vagina (*vault prolapse*) lebih sering terjadi.

Prolaps dinding posterior (*Rectocele*) yang merupakan penonjolan rektum ke dinding belakang jalan lahir, (3) Prolaps uteri yang merupakan penonjolan rahim kedalam hingga keluar dari jalan lahir, dan (4) Prolaps puncak vagina (*Vault Prolapse*) yang merupakan penonjolan puncak vagina kedalam jalan lahir yang biasanya terjadi pasca operasi histrektomi.² Untuk keperluan praktik klinis, sistem *Baden-Walker* (Gambar 1) telah digunakan secara luas, sementara sistem *Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q)* (Tabel 1) mulai banyak digunakan untuk keperluan praktik klinik dan penelitian.³

Tabel 1. Klasifikasi Sistem POP-Q dan Sistem Baden-Walker

Sistem POP-Q	Sistem Baden-Walker
Sangat detil untuk keperluan praktik klinik	Adekuat untuk keperluan praktik klinik, asalkan seluruh kompartemen dinilai
Adekuat untuk kepentingan penelitian	Mengukur penurunan relatif terhadap himen
Sangat baik untuk menilai perubahan derajat POP	
Derajat didasarkan pada penurunan maksimal dari prolaps relatif terhadap himen, pada 1 atau lebih kompartemen	
Stadium prolaps uteri dibagi menjadi 5 stadium, yaitu:	<i>Stadium prolaps uteri dibagi menjadi 5 bagian berdasarkan turunnya bagian terbawah organ</i>
<ul style="list-style-type: none"> Stadium 0: tidak tampak prolaps uteri. Titik Aa, Ap, Ba, dan Bp semuanya -3 cm dan titik C atau D terletak di antara -TVL (total vaginal length) dan - (TVL-2)cm. Stadium I: kriteria untuk stadium 0 tidak ditemukan, tapi bagian distal prolaps > 1cm di atas level himen. Stadium II: bagian paling distal prolaps uteri ≤ 1 cm proksimal atau distal himen. Stadium III: bagian paling distal prolaps uteri > 1 cm di bawah himen tetapi tidak menurun lebih dari 2 cm dari TVL. Stadium IV: eversi komplis total panjang traktur genitalia bawah. Bagian distal prolaps uteri menurun sampai (TVL-2)cm. 	<ul style="list-style-type: none"> Stadium 0: Posisi normal untuk tiap lokasi Stadium 1 : Penurunan sampai dengan setengah jarak (<i>halfway</i>) menuju himen Stadium 2: Turun sampai dengan himen Stadium 3: Turun setengah jarak (<i>halfway</i>) melewati himen Stadium 4: Penurunan maksimum untuk tiap lokasi



Gambar 1: Klasifikasi Sistem Baden-Walker

Diagnosis

Diagnosis POP dapat ditegakan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan

penunjang. Berdasarkan anamnesis dapat diperoleh gejala berdasarkan compartment organ yang mengalami prolapse, gejala-gejala tersebut dapat berupa (Tabel 2):^{3,8,9}

Tabel 2: Gejala dan Tanda Klinis POP

Gejala sesuai kompartemen			Gejala
Gejala kompartemen)	Vagina (semua kompartemen)		Terasa benjolan Rasa tertarik di perineum Tekanan pada panggul Rasa tidak nyaman Duh tubuh atau keluar darah dari ulkus dekubitus
Gejala anterior)	Berkemih (kompartemen anterior)		Sulit memulai berkemih Berkemih tidak lampias Inkontinensia urin Urgensi ISK berulang
Gejala posterior)	BAB (kompartemen posterior)		Benjolan pada liang vagina saat mencedakan BAB tidak lampias Inkontinensia alvi Perlunya penekanan pada perineum atau vagina posterior untuk membantu BAB
Gejala kompartemen)	seksual (semua kompartemen)		Menurunnya sensasi vagina Dispareunia Menghindari hubungan seksual

Intensitas Gejala dipengaruhi oleh dua faktor lain mencakup: (1) gravitasi sehingga makin berat pada posisi berdiri. (2) aktifitas fisik sehingga benjolan akan terasa semakin menonjol terutama setelah mengangkat benda berat atau berdiri. Derajat prolaps tidak berhubungan dengan gejala urgensi, frekuensi atau inkontinensia urin. Korelasi antara gejala BAB dan prolaps posterior lebih kuat dibandingkan korelasi antara gejala berkemih dengan prolaps anterior. Gejala tambahan seperti rasa tekanan, ketidaknyamanan, benjolan yang terlihat dan gangguan seksual tidak spesifik pada kompartemen tertentu. Kuesioner yang telah divalidasi yaitu *Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI)* dan *Pelvic Floor Impact Questionnaires (PFIQ)*.³

Pada pemeriksaan fisik biasanya dilakukan pemeriksaan ginekologi umum untuk menilai kondisi patologis lain seperti:^{3,10,11}(1) Inspeksi vulva dan vagina untuk menilai erosi atau ulserasi pada epitel vagina, ulkus yang dicurigai sebagai kanker harus dibiopsi segera, ulkus yang bukan kanker diobservasi dan di biopsi bila tidak ada reaksi pada terapi; (2) Pemeriksaan ada tidaknya prolaps uteri penting untuk mengetahui derajat prolaps uteri diawali dengan inspeksi terlebih dahulu sebelum dilakukan inspekulum; (3) Manuver valsava dapat menilai derajat maksimum penurunan organ panggul dilihat dengan melakukan pemeriksaan fisik sambil meminta pasien melakukan mencedakan atau batuk. (4) Setiap kompartemen termasuk uretra proksimal, dinding anterior vagina, serviks, apeks, cul-de-sac, dinding posterior vagina, dan perineum perlu dievaluasi secara sistematis dan terpisah.³

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan dapat berupa pemeriksaan residu urin pasca berkemih, skrining infeksi saluran kemih, pemeriksaan urodinamik, dan pemeriksaan ultrasonografi pelvis yang relatif mudah dikerjakan, *cost-effective*, banyak tersedia dan memberikan informasi *real-time*.^{3,12,13,14}

Tatalaksana

Penanganan POP dapat berupa penanganan konservatif/non-bedah dan penanganan operatif/bedah. Penanganan konservatif perlu didiskusikan dengan semua wanita dengan prolapse diawali dengan penanganan konservatif non-spesifik yang mencakup rehabilitasi otot dasar panggul dan *symptom directed therapy* pada prolaps derajat I atau II dengan gejala non-spesifik berupa: (1) Penurunan berat badan dan olah raga, (2) Terapi perilaku dengan BAB dan BAK terjadwal, (3) Modifikasi diet dengan makanan berserat dan pemberian suplemen, (4) Pembatasan cairan, (5) Penggunaan laksatif atau enema dan obat-obat simptomatis lain sesuai indikasi. Pada prolaps grade lanjut dapat dilakukan lanjutan dengan penanganan konservatif spesifik dengan pemasangan instrumen pesarium dengan bentuk bervariasi sesuai dengan indikasinya. (Figure 3)^{3,15,16,18}

Penanganan operatif/bedah telah diteliti memiliki dampak jangka panjang yang lebih baik dalam meningkatkan kualitas hidup wanita. Prosedur penanganan operatif bervariasi sesuai kompartemen atau organ-organ yang mengalami prolapse (Tabel 3).^{3,17,18}

Tabel 3: : Jenis Pesarium dan Indikasinya

Tipe	Mekanisme Kerja	Indikasi	Keterangan
Ring	Supportif	Sistokel, penurunan uterus ringan	Ketebalan, ukuran, dan rigiditas bervariasi
Donut	Supportif	Semua prolaps kecuali defek posterior berat	
Lever	Supportif	Sistokel, penurunan uterus ringan	Mengikuti kurvatura vagina
Dish	Supportif	Prosidensia berat	
Stem	Supportif	Sistokel, Prosidensia ringan	
Cube	Mengisi ruang	Semua prolaps	Perlu dilepaskan setiap hari
Inflatable	Mengisi Ruang	Semua Prolaps	Perlu dilepaskan setiap hari

Pada kasus prolaps uteri dapat dilakukan histrektomi total, pada kasus prolapse puncak vagina pasca histrektomi dapat berupa colpopexy sacral abdominal dan suspensi transvaginal untuk fiksasi ligamen sacrospinous, ligamen uterosacral dan otot atau fascia iliokoksigeus. Pada wanita yang memiliki risiko komplikasi operasi atau anestesi yang dikontraindikasikan untuk operasi, maka penatalaksanaan nonbedah menjadi pilihan utama dan kolpopleksis (kolpektomi) dapat ditawarkan. Pada wanita yang memilih penatalaksanaan bedah namun menginginkan preservasi uterus dapat dilakukan prosedur

fiksasi ligament sakrospinosus atau uterosakral, atau dilakukan histeropexy per abdominal tanpa dilakukan histerektomi.^{3,18}

Pada kasus prolapse anterior (sistokel) dapat ditatalaksana dengan kolporafi anterior tradisional dengan atau tanpa menambahkan jaring sintetik (*mesh*) atau materi tandur (*graft*).^{3,18}

Prolaps posterior (rektokel) ditatalaksana dengan menggunakan kolporafi posterior, dengan plikasi garis tengah (*mid-line*) jaringan vagina subepitel.^{3,1}

Daftar Pustaka

1. Information for you: Pelvic Organ Prolapse. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Guideline. 2013;.
2. Hughes P, Jackson S. The scientific basis of prolapse. *The Obstetrician & Gynaecologist*. 2000;2(3):10-15.
3. Santoso B. Paduan Penatalaksanaan Prolaps Organ Panggul. *Perkumpulan Obstetri & Ginekologi Indonesia Himpunan Uroginekologi Indonesia*. 2013;.
4. Tsikouras P, Dafopoulos A, Vrachnis N, et al. Uterine prolapse in pregnancy: risk factors, complications and management. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*. Jul 09 2013:1-6.
5. Glazener C, Elders A, MacArthur C, et al. Childbirth and prolapse: long-term associations with the symptoms and objective measurement of pelvic organ prolapse. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*. Nov 27 2012;120(2):161-168.
6. Dietz HP. The aetiology of prolapse. *International Urogynecology Journal*. Aug 02 2008;19(10):1323-1329.
7. Lukanovič A, Dražič K. Risk factors for vaginal prolapse after hysterectomy. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. Jul 01 2010;110(1):27-30.
8. Kovoov E, Hooper P. Assessment and management of pelvic organ prolapse. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*. Sep 2008;18(9):241-246.
9. Reid F. Assessment of pelvic organ prolapse. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*. Jul 01 2011;21(7):190-197.
10. Walters MD, Ridgeway BM. Surgical treatment of vaginal apex prolapse. *Obstetrics & Gynecology*. Mar 2013;121(2 Pt 1):354-374.
11. Ghoniem G, Stanford E, Kenton K, et al. Evaluation and outcome measures in the treatment of female urinary stress incontinence: International Urogynecological Association (IUGA) guidelines for research and clinical practice. *International Urogynecology Journal*. Nov 17 2007;19(1):5-33.

12. Dietz HP. Pelvic floor ultrasound in prolapse: what's in it for the surgeon? *International Urogynecology Journal*. Jul 09 2011;22(10):1221-1232.
13. Abdool Z, Shek KL, Dietz HP. The effect of levator avulsion on hiatal dimension and function. *YMOB*. Jul 01 2009;201(1):89.e81-89.e85.
14. Tubaro A, Koelbl H, Laterza R, Khullar V, de Nunzio C. Ultrasound imaging of the pelvic floor: Where are we going? *Neurourology and Urodynamics*. Jul 09 2011;30(5):729-734.
15. Bugge C AEGDRF. Pessaries \ (mechanical devices\) for pelvic organ prolapse in women. Feb 01 2013:1-28.
16. Vierhout ME. The use of pessaries in vaginal prolapse. *European Journal of Obstetrics and Gynecology*. Nov 10 2004;117(1):4-9.
17. Doaee M, Moradi-Lakeh M, Nourmohammadi A, Razavi-Ratki SK, Nojomi M. Management of pelvic organ prolapse and quality of life: a systematic review and meta-analysis. *International Urogynecology Journal*. Jul 20 2013.
18. Giarenis I, Robinson D. Prevention and management of pelvic organ prolapse. *F1000Prime Reports*. 2014;6.