


# PERDARAHAN UTERUS ABNORMAL

▶ Halida Nelasari

A series of three parallel white lines of varying lengths, slanted upwards from left to right, located in the bottom right corner of the slide.

- ▶ Perdarahan uterus abnormal --> masalah kesehatan
  - ▶ 30 % terjadi pd masa reprod (Matteson et al, 2009)
  - ▶ FIGO 2011 menyetujui klasifikasi penyebab PUA pada wanita tidak hamil
  - ▶ Klasifikasi PALM - COEIN
- 

Polyp
Adenomyosis
Leiomyoma
Malignancy & hyperplasia

Submucosal
Other

Coagulopathy
Ovulatory dysfunction
Endometrial
Iatrogenic
Not yet classified



- 
- ▶ Terdiri dari dua bagian yaitu
    - ▶ 1. Investigasi
    - ▶ 2. Terapi
  - ▶ Investigasi : singkirkan adanya kehamilan, darah keluar dari saluran serviks uteri dan pem lab
  - ▶ Klasifikasi PALM - COEIN : anamnesis, pem fisim dan pem penunjang

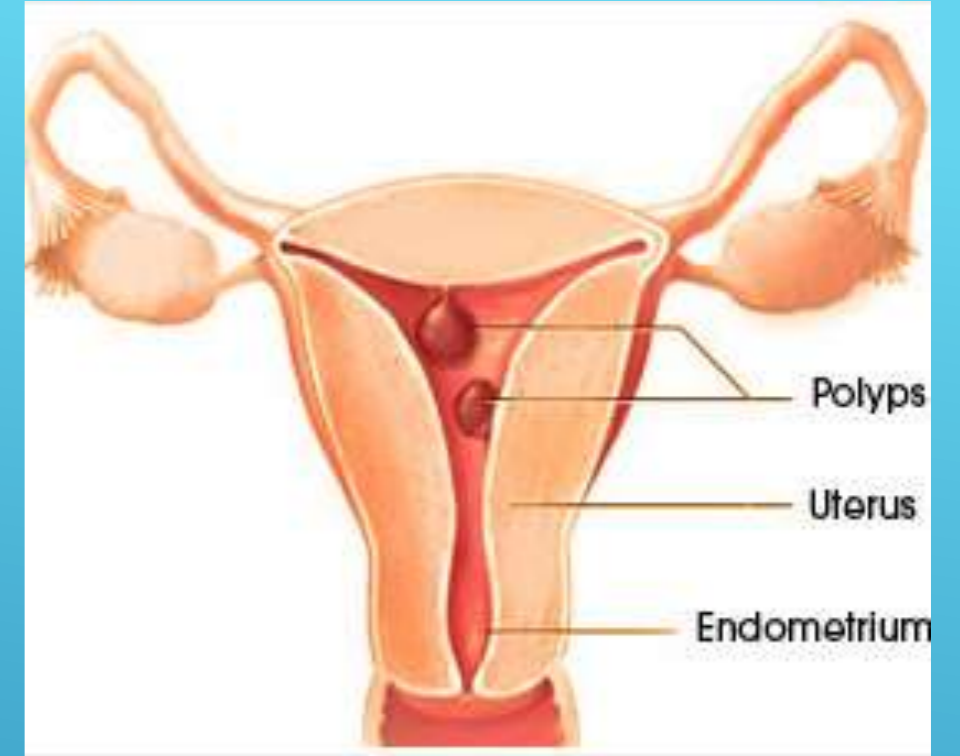
## TATALAKSANA PUA

- ▶ Polip ada 2 yaitu polip endoserviks dan polip endometrium
- ▶ Polip endoserviks --> adenoma maupun adenofibroma yg berasal dari selaput lendir endoserviks
- ▶ Tangkainya dapat panjang
- ▶ Epitel : epitel endoserviks
- ▶ Bagian ujung polip dpt nekrosis juga mudah berdarah
- ▶ Polip berkembang karena radang
- ▶ Terapi : ekstirpasi

# POLIP

- ▶ Sering ditemukan dgn pem histeroskopi
- ▶ Berasal dari adenoma dan adenofibroma, mioma sub mukosa dan plasenta
- ▶ Adenoma dan adenofibroma : dari epitel endometrium. Ggn yg sering timbul menometroraghia
- ▶ Mioma sub mukosa : dapat keluar dari uterus disebut mioma geburt. Tumor konsistensi kenyal warna putih
- ▶ Plasenta : dari plasenta yg tertinggal setelah partus maupun abortus
- ▶ Pem penunjang : USG TVS, SIS dan histeroskopi

## POLIP ENDOMETRIUM



Servikal Polip (okla işaretli)  
Önden Görünüş



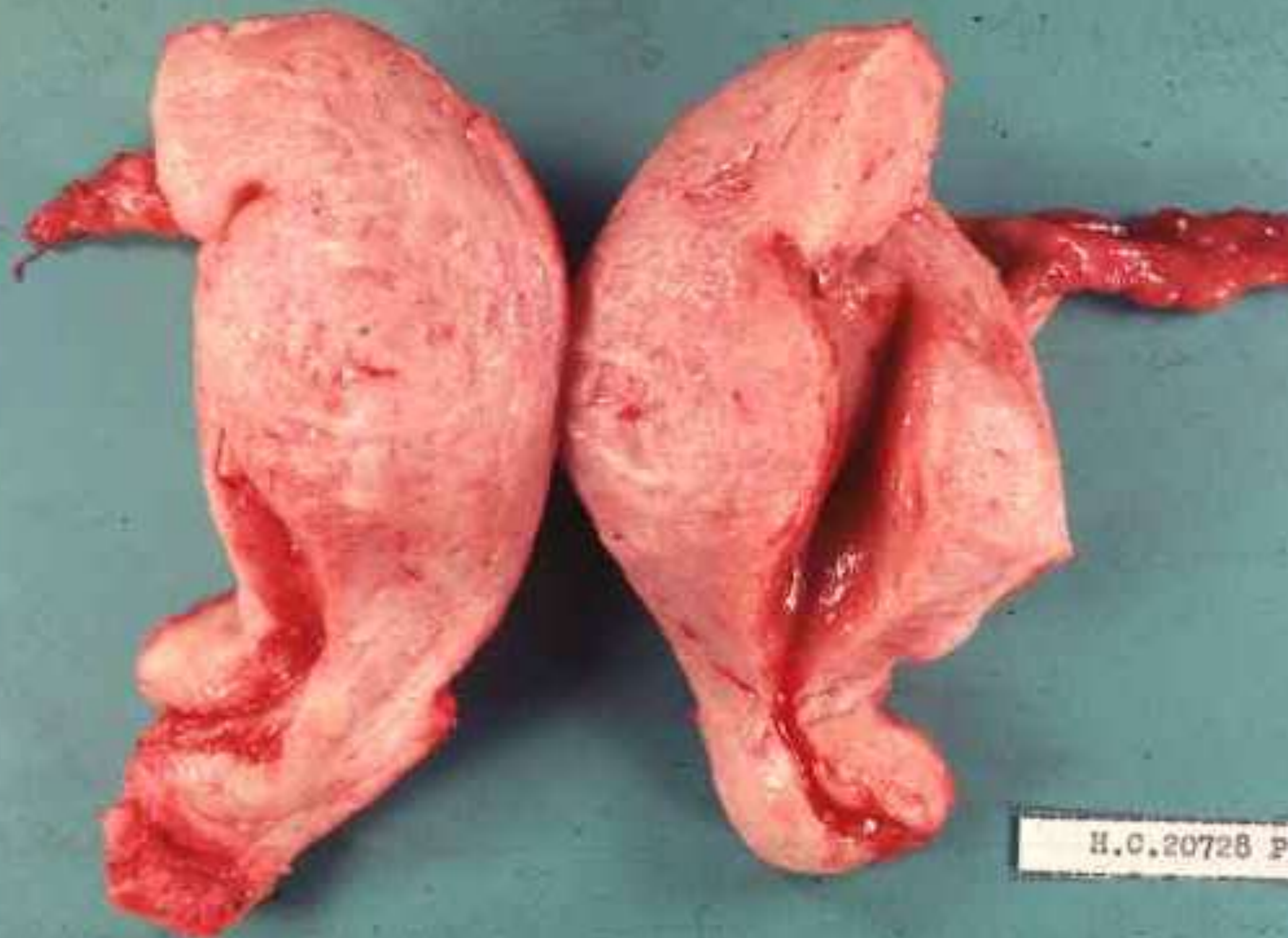
Servikal Polip  
Yandan Görünüş

- ▶ Adanya sarang endometriosis di antara serabut miometrium
- ▶ Frekuensi 10 - 47 % ( Sarwono, 2008)
- ▶ Gejala : menoragia, dismenorea sekunder, uterus yg makin membesar simetrik
- ▶ Pemeriksaan penunjang : USG atau MRI
- ▶ Terapi : histerektomi
- ▶ Bila msh ingin punya anak : dpt diberikan analog GnRH selama 6 bulan kmd diprogram hamil

## ADENOMIOSIS






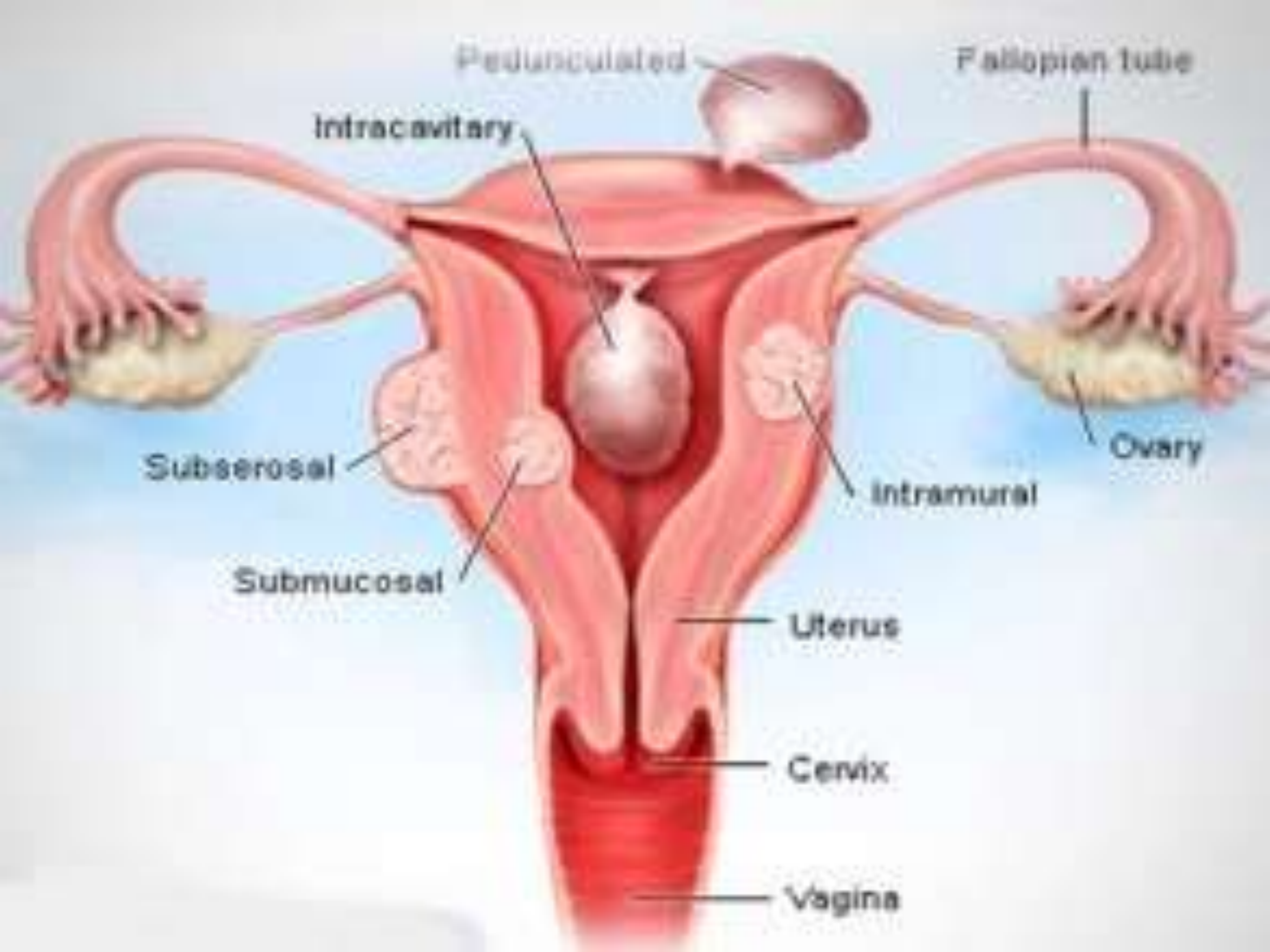


H.C.20728 P

- ▶ Berasal dari otot uterus dan jarikat yg menumpangnya
- ▶ Di Indonesia ditemukan 2,39 - 11,7 %
- ▶ Patogenesis : pukka dkk --> reseptor estrogen lebih banyak didapat pada mioma
- ▶ Mioma berdasar lokasi ada 3 : mioma submukosa, intramural dan subserosa
- ▶ Lebih sering didapat pada wanita nulipara

## LEIOMIOMA UTERI

- ▶ Komplikasi : menjadi ganas 0,32 - 0,6 %, bisa terjadi torsi
  - ▶ Gejala dan tanda : perdarahan abnormal, rasa nyeri, gejala penekanan tgt ukuran dan tempat mioma.
  - ▶ Dx : ada benjolan pada perut bag bawah
  - ▶ Pem penunjang : USG
  - ▶ Pengobatan : bila masih kecil dan tdk timbul keluhan tdk perlu pengobatan hanya perlu pengamatan setiap 3 - 6 bulan
  - ▶ Pengobatan operatif histerektomi
- 



Pedunculated

Fallopian tube

Intracavitary

Ovary

Subserosal

Intramural

Submucosal

Uterus

Cervix

Vagina



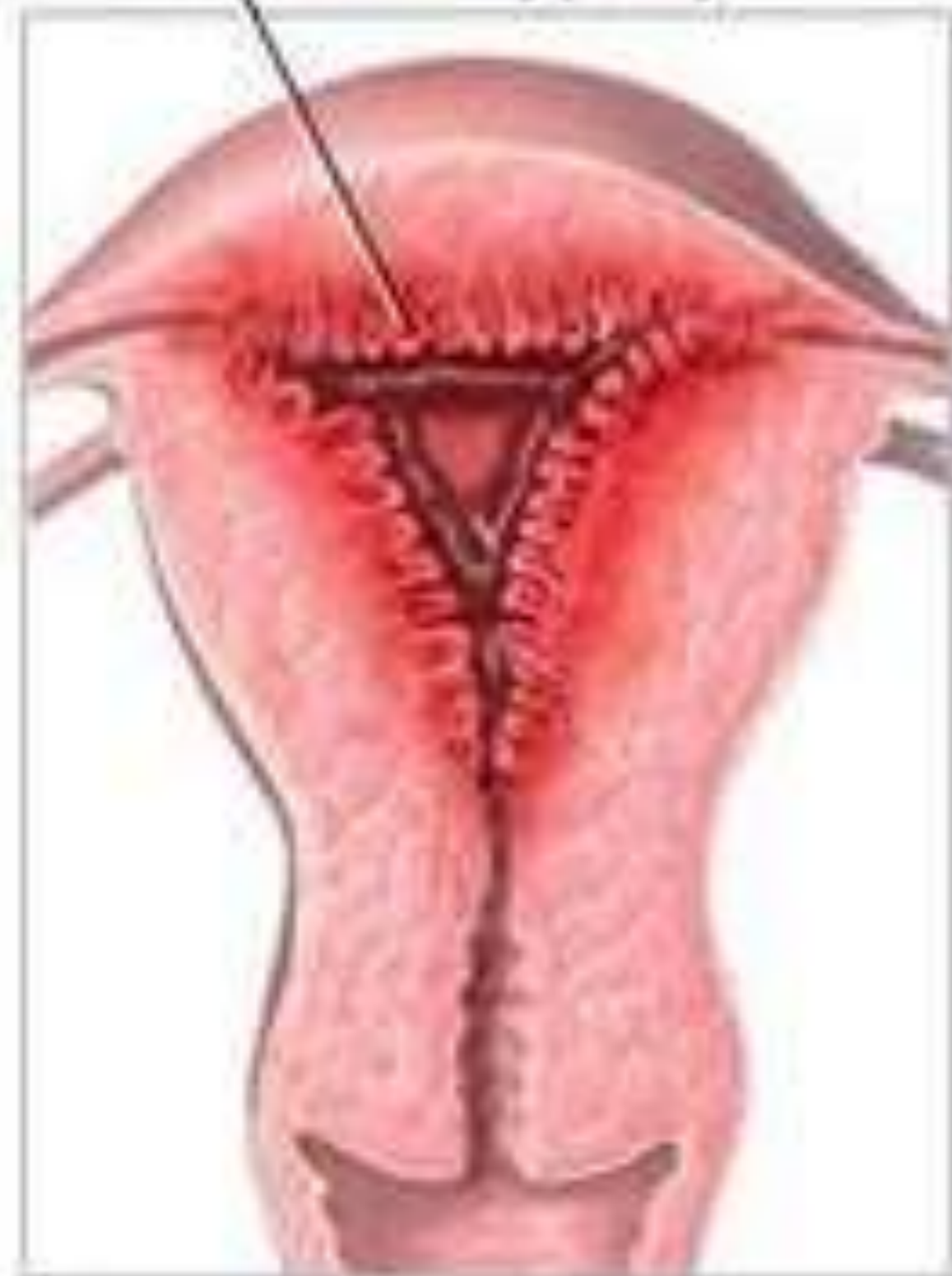
- ▶ dx hiperplasia endometrium ditegakkan berdasar penilaian PA
- ▶ Tipe hiperplasia (WHO 2002) :
- ▶ Hiperplasia tipikal (non atipik) : hiperplasia simple tanpa atipia dan hiperplasia kompleks tanpa atipia (adenomatosa tanpa atipia
- ▶ Hiperplasia atipik : hiperplasia simpel atipik dan hiperplasia kompleks atipik (adenomatosa atipik)

MALIGNANCY/HYPERPLASIA

- ▶ bila px msh ingin hamil dilanjutkan pemberian progestin, analog GnRH atau LNG IUD selama 6 bulan
- ▶ Bila tdk ingin hamil dilakukan histerektomi



**Endometrial hyperplasia**



**Normal endometrium**



- ▶ Kanker yg primer tumbuh berasal dari korpus uteri
- ▶ Bag korpus uteri yg paling sering menjadi ganas :  
endometrium, miometrium
- ▶ Umumnya kanker korpus uteri --> kanker endometrium
- ▶ Kanker endometrium didahului proses pra kanker :  
hiperplasia endometrium
- ▶ Hiperplasia endometrium atipik --> lesi pra kanker  
endometrium
- ▶ Hiperplasia non atipik bukan lesi pra kanker  
endometrium
- ▶ Etiologi : belum jelas. Salah satu faktor : hormon  
estrogen

## KANKER KORPUS

- 
- ▶ Faktor resiko kanker endometrium : infertilitas, obesitas, DM dan hipertensi, faktor keluarga ( sindroma Lynch II )
  - ▶ Siklus haid anovulasi --> rangsangan Estrogen yang berkepanjangan thdp endometrium
  - ▶ Obesitasi --> peningkatan estrogen di jar lemak

EPIDEMIOLOGI



- ▶ Dievaluasi ketebalan endometrium dgn USG
- ▶ Pada wanita premenopause < 15 mm
- ▶ Pada wanita postmenopause ≤ 5 mm
- ▶ Bila endometrium abnormal pada USG --> dilanjutkan tind dilatasi dan kuretase
- ▶ Kuretase endoserviks tahap I kmd dilanjutkan kuretase endometrium tahap II disebut kuretase bertingkat
- ▶ Bila kanker endometrium telah ditegakkan --> menetapkan stadium klinik berdasarkan pembedahan

## DIAGNOSIS

- ▶ Invasif lokal, limfogenik maupun hematogenik.....
- ▶ Limfogen --> letak tumor,
- ▶ bila di korpus menyebar ke KGB sepanjang arteri iliaka eksterna
- ▶ Bila di fundus uteri menyebar ke KGB arteri ovarika menuju ke KGB paraaorta
- ▶ Tumor yg menyebar ke serviks --> KGB pelvik sampai ke KGB arteri iliaka komunis

# PENYEBARAN


- 
- ▶ Insisi vertikal
  - ▶ Dilakukan bilasan peritoneum --> sitologi cairan kmd eksplorasi rongga abdomen
  - ▶ Histerektomi total ekstra fasial dan BSO
  - ▶ Limfadenektomi secara sampling --> KBG paraaorta

## PROSEDUR PEMBEDAHAN

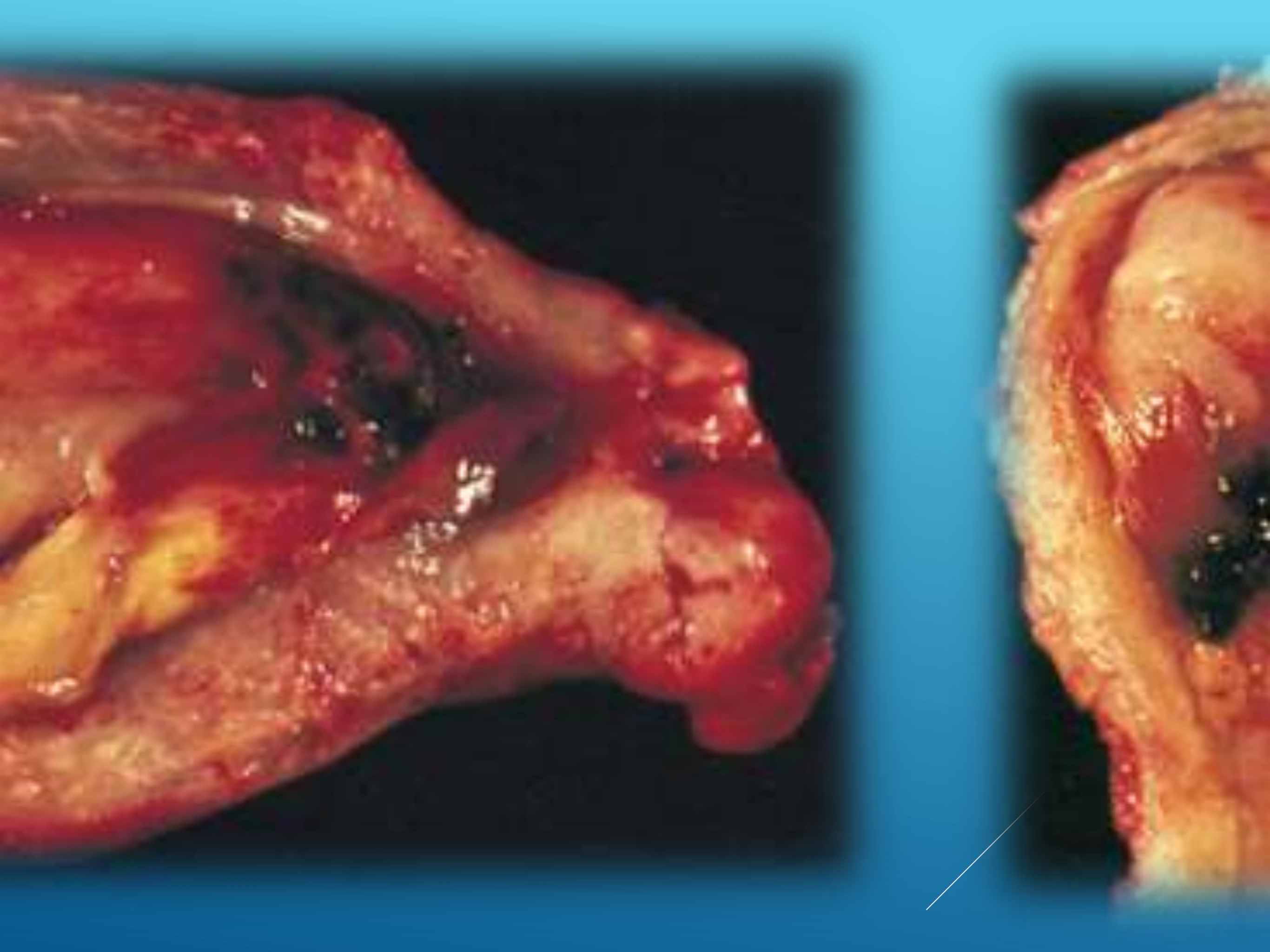


- ▶ STADIUM I : terbatas di uterus
- ▶ I A : terbatas di endometrium
- ▶ I B : dgn invasi kurang dari separuh bagian miometrium
- ▶ I C : invasi > separuh bagian miometrium
- ▶ STADIUM II : tumor menginvasi serviks tetapi belum keluar dari uterus
- ▶ II A : hanya invasi kelenjar endoserviks
- ▶ II B : menginvasi stroma serviks

## STADIUM KANKER ENDOMETRIUM (FIGO 2000)

- ▶ Stadium III : tumor keluar dari uterus
  - ▶ III A : invasi lap serosa dan atau ke adneksa dan atau ditemukan sel kanker pada bilasan peritoneum
  - ▶ III B : invasi ke vagina
  - ▶ III C : invasi ke mukosa vesica urinaria dan atau mucosa rectum
  - ▶ Stadium IV : tumor dengan metastase jauh
- 





- 
- ▶ Perlu tim multidisiplin
  - ▶ Terapi yg bisa dipakai : asam traneksamat, progestin, pil kombinasi dan LNG-IUD

COAGULOPATHY



- ▶ Perlu pemeriksaan hormon tiroid dan prolaktin
- ▶ Bila ingin hamil terapi infertilitas
- ▶ Bila tdk ingin hamil diberi terapi hormonal pil kombinasi selama 3 bulan
- ▶ Bila ada KI pemberian PKK dpt diberikan preparat progestin selama 14 hari kmd stop selama 14 hari diulang sampai 3 siklus
- ▶ Bila gagal perlu dievaluasi penyebab yang lain

# OVULATORY DISFUNCTION

- ▶ PUA dapat terjadi pada wanita dgn siklus haid teratur
- ▶ Fungsi tiroid dilakukan
- ▶ Pem USG TVS atau SIS utk meniali cavum uteri
- ▶ Terapi : PKK selama 3 siklus
- ▶ Bila ada KI dpt diberikan progestin selama 14 hari kmd distop selama 14 hari berikutnya
- ▶ Bila px tdk ingin PKK dpt diberikan asam traneksamat 3 x 1 gram dan asam mefenamat 3 x 500 mg
- ▶ Bila medikamentosa gagal selama 3 bulan --> evaluasi cavum uteri

# ENDOMETRIAL

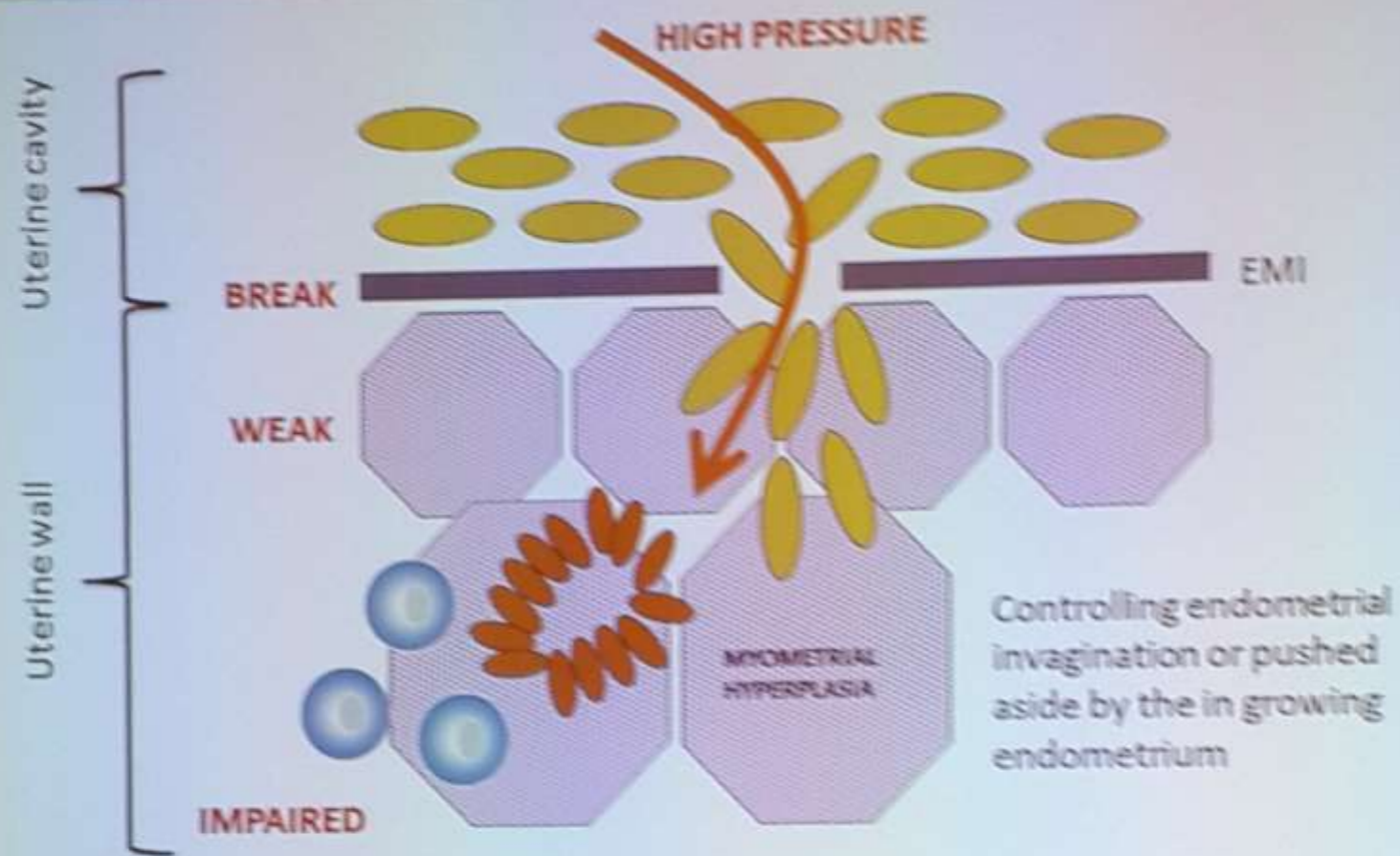
- ▶ Dpt karena pemakaian obat atau kontrasepsi : PKK, IUD, kontrasepsi progestin
- ▶ Pertama dilakukan : konseling kontrasepsi yg mungkin terjadi
- ▶ Pada akseptor KB harus yakin pemakaian sudah teratur, pertimbangkan utk menaikkan dosis Estrogen
- ▶ Lakukan USG TVS
- ▶ Pada pengguna kontrasepsi progestin dpt diberikan PKK. Tetapi bila perdarahan tetap --> ganti metode KB
- ▶ Pada akseptor IUD diberi doksisiklin 2 x 100 mg selama 10 hari (perdarahan krn endometritis)

# IATROGENIK

- ▶ Jika tdk ada perbaikan maka angkat IUD
- ▶ Bila perdarahan tdk disertai nyeri dpt diberikan PKK satu siklus . Bila menetap pertimbangkan angkat IUD



TERIMA KASIH



Ferenczy A., et al. Hum Reprod Update. 1996;4:312

Th  
IN



EXIT



# Universal pain assessment tool

This pain assessment tool is intended to help patient care providers assess pain according to individual patient needs. Explain and use 0-10 Scale for patient self-assessment. Use the faces or behavioral observations to interpret expressed pain when patient cannot communicate his/her pain intensity.

