



Diagnosis dan Tatalaksana Uterus Bikornu

Stefanus Imanuel Setiawan
RSU Bhakti Asih, Kota Tangerang, Banten, Indonesia

ABSTRAK

Malformasi uterus atau yang dikenal sebagai kelainan Mullerian, merupakan kelainan anatomis uterus, serviks, atau vagina. Salah satu jenis malformasi uterus adalah uterus bikornu. Selain temuan klinis melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik, pemeriksaan radiologis seperti ultrasonografi (USG), histerosalpingografi (HSG), dan *magnetic resonance imaging* (MRI) memiliki peranan dalam diagnosis uterus bikornu. Rekonstruksi bedah direkomendasikan untuk pasien uterus bikornu dengan riwayat abortus spontan multipel tanpa faktor penyebab lain.

Kata kunci: Malformasi uterus, uterus bikornu

ABSTRACT

Uterus malformations, also known as Mullerian anomalies, are structural anomalies of uterus, cervix, or vagina. Bicornuate uterus is one among several types of uterus malformations. Besides clinical findings from anamnesis and physical examination, Radiological examinations ultrasonography (USG), hysterosalpingography (HSG), and magnetic resonance imaging (MRI) have roles in diagnostic assessment. Reconstruction using surgery procedure is recommended for bicornuate uterus patient with history of multiple spontaneous abortions without other causing factors. **Stefanus Imanuel Setiawan. Diagnosis and Management of Bicornuate Uterus**

Kata kunci: Bicornuate uterus, uterus malformation

PENDAHULUAN

Malformasi uterus atau sering dikenal sebagai kelainan Mullerian, merupakan kelainan anatomis uterus, serviks, atau vagina. Kelainannya bisa ditemukan pada salah satu, atau kombinasi organ-organ tersebut.¹ Insidens kelainan ini sulit ditentukan karena kebanyakan kasus ditemukan saat pemeriksaan obstetri/ginekologi; 57-63% pasien yang memiliki kelainan uterus dapat memiliki anak.² Kelainan ini biasanya diketahui dari gejala seperti kelainan menstruasi, nyeri pelvis, infertilitas, dan kejadian keguguran berulang.¹⁻³

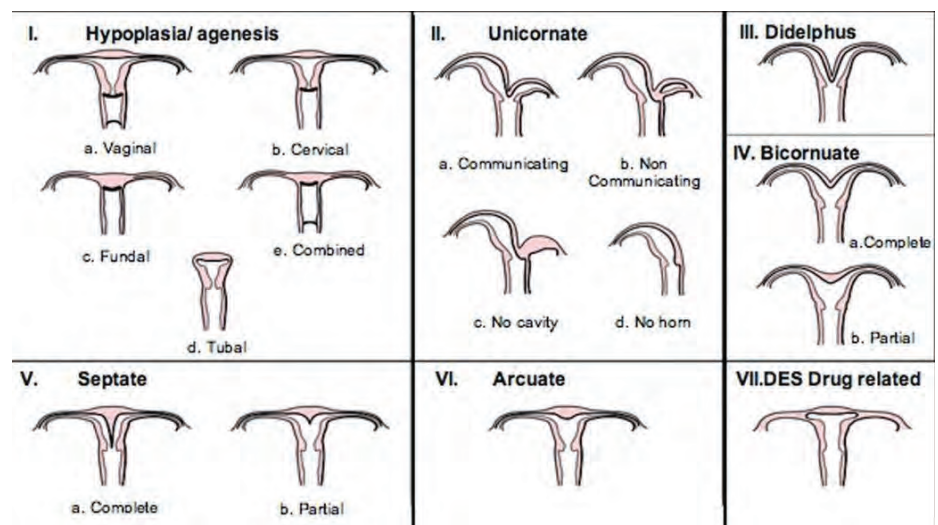
Epidemiologi dan Faktor Risiko

Insidens malformasi uterus kongenital sulit diketahui karena jarang sekali menimbulkan keluhan sebelum kehamilan. Diperkirakan angka kejadiannya 1-2 per 1000 perempuan.⁴ Sekitar 60% perempuan dengan uterus bikornu berhasil melahirkan bayi normal dan hidup.¹ Persalinan prematur dan abortus merupakan risiko pasien uterus bikornu; insidens aborsi 28% dan kelahiran prematur 20% pada pasien dengan uterus bikornu parsial.¹ Sedangkan pasien dengan uterus

bikornu komplisit memiliki insidens kelahiran prematur sebanyak 66% dan angka bertahan hidup bayi lebih rendah dibanding pasien uterus bikornu parsial.¹ Selain itu, pasien uterus bikornu rentan mengalami *fetal intrauterine growth retardation*, malposisi fetal, dan *retained placenta*.³

Klasifikasi dan Patogenesis

Malformasi uterus diklasifikasikan oleh *American Fertility Society* sebagai *mullerian agenesis*, *unicornuate uterus*, *uterine didelphys*, *bicornuate uterus*, *septate uterus*, *arcuate uterus*, dan *diethylstilbestrol-related anomalies* (Gambar 1).^{1,3}



Gambar 1. Klasifikasi malformasi uterus¹

Alamat Korespondensi email: imanuelstefanus@gmail.com

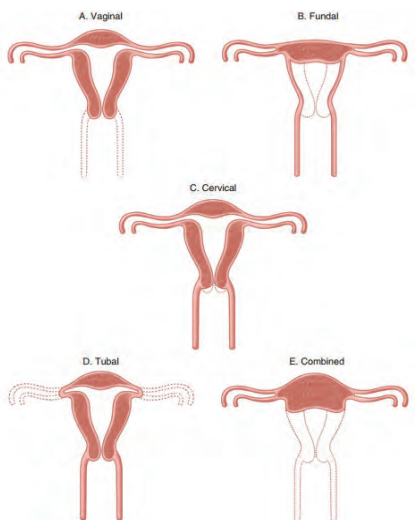


Mullerian Agenesis

Mullerian agenesis disebabkan oleh kegagalan pembentukan uterus, serviks, dan/atau vagina (**Gambar 2**). Kelainan ini dapat ditemukan pada salah satu segmen atau kombinasi segmen-segmen tersebut. Malformasi ini sangat jarang, hanya didapatkan pada 1 dari 4000-10000 wanita.⁴ Kelainan ini baru terdeteksi jika muncul gejala seperti amenorrhea saat pubertas karena perkembangan genitalia eksternal cenderung dalam batas normal. Kelainan ini dapat dideteksi menggunakan *Hysterosalpingogram* (HSG), *Ultrasonography* (USG), dan *Magnetic Resonance Imaging* (MRI), MRI biasanya untuk pengamatan lebih detail derajat kelainan.¹

Unicornuate Uterus

Malformasi *unicornuate uterus* disebabkan oleh kegagalan perkembangan salah satu duktus Mullerian (**Gambar 3**); ditemukan pada 14% pasien malformasi uterus. Aktivitas endometrium pada bagian yang mengalami malformasi, akan menimbulkan nyeri siklik unilateral.¹



Gambar 2. *Mullerian agenesis*¹

Kelainan ini dapat dievaluasi dengan HSG, USG, dan MRI. Pada pemeriksaan HSG, biasanya akan tampak gambaran kavitas bengkok seperti pisang dengan satu tuba Fallopi. USG direkomendasikan untuk evaluasi perkembangan bagian yang rudimenter.¹

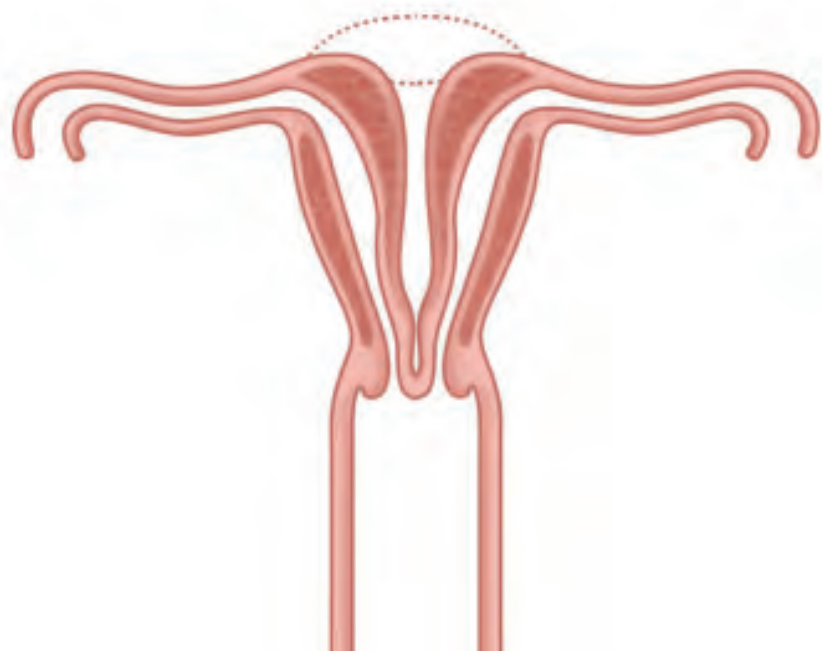
Wanita dengan kelainan ini, 36% mengalami abortus spontan, 16% mengalami persalinan preterm, dan bayi lahir hidup 54%; lebih sering dengan janin presentasi bokong, *intra-uterine growth restriction* (IUGR), dan *sectio*

caesarea (SC).¹ Bagian uterus yang mengalami kelainan perlu dibuang, karena implantasi di area tersebut sangat berisiko ruptur uterus, terbanyak pada usia kehamilan sebelum 20 minggu.¹



Gambar 3. *Unicornuate uterus*¹

Uterine didelphys



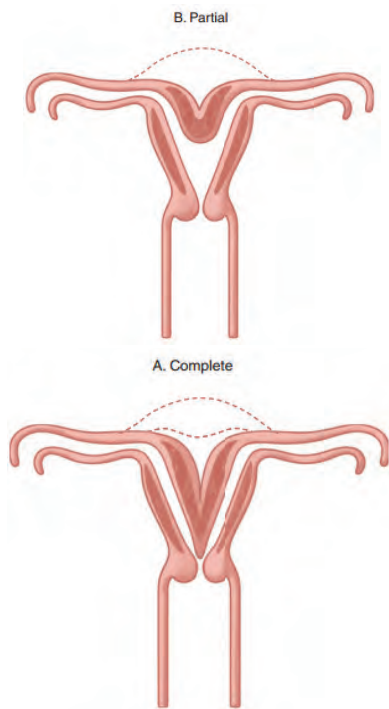
Gambar 4. *Uterine didelphys*¹

Kelainan *uterine didelphys* disebabkan oleh kegagalan penyatuan kedua duktus Mullerian (**Gambar 4**). Karakteristik khas kelainan ini adalah ditemukannya 2 uterus dan 2 serviks. Dibandingkan dengan malformasi uterus lainnya, kelainan ini cenderung memiliki prognosis obstetrik terbaik; 75% persalinannya berakhir dengan bayi lahir hidup.⁵ SC jarang diindikasikan, kecuali jika ada riwayat persalinan preterm berulang.¹

Uterus Bikornu

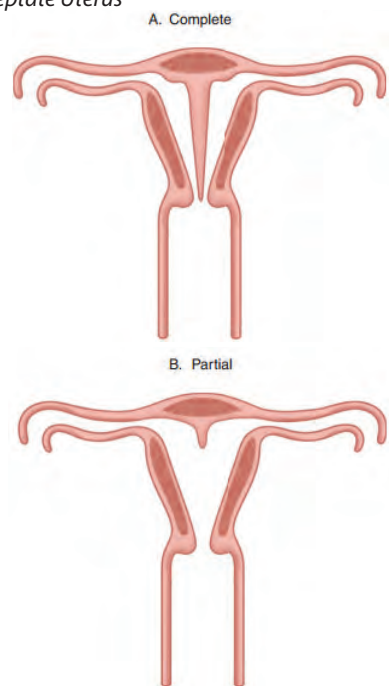
Malformasi uterus bikornu disebabkan oleh penyatuan duktus Mullerian inkomplit (**Gambar 5**). Bayi lahir hidup ditemukan pada 60% kasus.^{1,2} Kelainan ini dapat dibagi menjadi *bicornuate* parsial dan komplit. Tipe parsial memiliki prognosis obstetrik lebih baik dengan aborsi spontan pada 28% penderita, dan persalinan preterm pada 20% penderita. Persalinan preterm ditemukan 66% pada penderita *bicornuate* komplit, dengan *fetal survival rate* lebih rendah.¹

Kelainan *septate uterus* disebabkan oleh kegagalan regresi segmen medial pada penyatuan duktus Mullerian (**Gambar 6**). Struktur *septate* secara histologis berupa jaringan fibrosa atau jaringan muskuler. Sejumlah 42% penderita kelainan ini mengalami abortus spontan.^{1,6} Tingginya insidens tersebut diduga karena implantasi pada bagian *septate* yang cenderung avaskular dibandingkan jaringan endometrium normal. Tatalaksana yang umum adalah reseksi septum.¹



Gambar 5. Uterus bikornu¹

Septate Uterus



Gambar 6. Septate uterus¹

Arcuate Uterus

Secara umum hampir tidak ditemukan perbedaannya dengan uterus normal (Gambar 7), selain adanya indentasi kecil pada bagian fundus yang merupakan tanda



Gambar 7. Arcuate uterus

khas malformasi ini. Kebanyakan penelitian menunjukkan bahwa malformasi ini tidak mengakibatkan gangguan obstetrik yang signifikan. Reseksi indentasi umumnya tidak diindikasikan kecuali jika memiliki riwayat aborsi berulang.¹

Abnormalitas Saluran Reproduksi Diinduksi Diethylstilbestrol

Diethylstilbestrol (DES), estrogen nonsteroid sintetis diresepkan pada sekitar 3 juta wanita hamil di Amerika Serikat sejak akhir 1940-an hingga awal 1960-an.¹ Obat ini pada awalnya diklaim bermanfaat untuk mengatasi abortus, preeklamsia, diabetes, hot flashes, dan kelahiran prematur.⁷ Namun, setelah 20 tahun diketahui tidak efektif.⁸ Herbst, et al, (1971)⁹ menemukan bahwa paparan DES terhadap uterus berhubungan dengan terbentuknya uterus berbentuk huruf T (*T shaped uterus*) dan meningkatkan insidens *clear cell adenocarcinomas* vagina dan serviks. Risiko keganasan vagina ini mendekati 1 dari 1000 wanita yang terpapar.¹ Selain itu, juga meningkatkan risiko neoplasia intraepitelial pada vagina dan serviks; ditemukan bahwa paparan DES menekan gen WNT 4 dan mengganggu ekspresi gen Hox (gen yang mengatur perkembangan duktus Mullerian tikus).¹ Hal ini menunjukkan proses molekuler terjadinya abnormalitas uterus, vaginal adenosis, dan karsinoma pada pasien yang terpapar DES.¹

Saat perkembangan normal, vagina awalnya dibatasi oleh epitel glanduler yang berasal dari duktus Mullerian; menjelang akhir trimester 2, lapisan ini digantikan oleh epitel skuamosa memanjang dari sinus urogenital.¹ Kegagalan epitel skuamosa untuk melapisi vagina dinamakan adenosis; biasanya terlihat merah, bergranuler.¹ Gejala yang sering adalah iritasi vagina, discharge, metrorrhagia, dan perdarahan *postcoital*.¹ Adenosis berhubungan dengan *clear cell*

adenocarcinoma vagina.¹ Abnormalitas saluran reproduksi akibat paparan DES tidak hanya melibatkan uterus, tetapi juga berdampak pada anggota reproduksi lainnya, yakni serviks, vagina, rongga uterus, dan tuba Fallopi (Gambar 8).¹ Didapatkan juga *transverse septa*, *circumferential ridges* yang melibatkan vagina dan serviks, dan *cervical collars* (*coombs cervix*).¹ Wanita dengan abnormalitas servikovagina lebih cenderung memiliki kelainan uterus, seperti rongga uterus lebih kecil, pemendekan segmen atas uterus, *T-shaped*, dan rongga irreguler.¹

Abnormalitas tuba Fallopi termasuk pemendekan, penyempitan dan ketiadaan fimbria juga ditemukan.¹ Kelainan tersebut dapat dinilai dengan histerosalpingografi. Umumnya paparan DES berpengaruh pada tingkat konsepsi karena terjadi penurunan fertilitas yang berhubungan dengan hipoplasia dan atresia.¹ Bagi yang hamil, insidens keguguran, kehamilan ektopik, dan melahirkan prematur meningkat karena kelainan struktural.¹

Diagnosis Uterus Bikornu

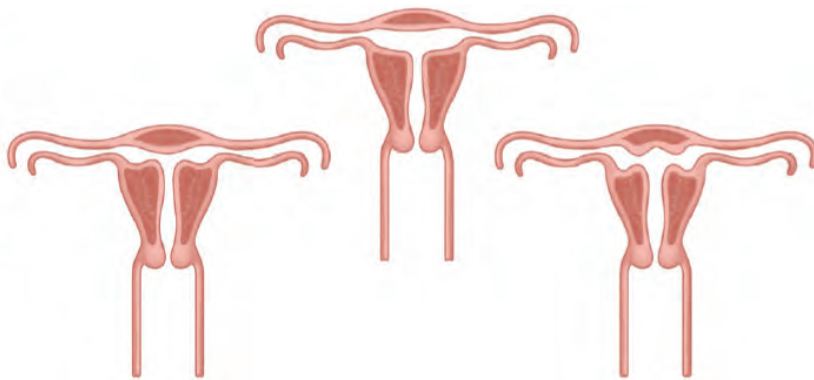
Dari anamnesis, dapat ditemukan abortus (dapat berulang) dan infertilitas; pada beberapa pasien dapat ditemukan saat *sectio caesarea*. Pada pemeriksaan ginekologi ditemukan hanya satu serviks. Diagnosis pasti dengan pemeriksaan radiologis.¹⁰

Beberapa modalitas pemeriksaan radiologi untuk pemeriksaan uterus bikornu adalah ultrasonografi (USG), histerosalpingografi (HSG) dan *magnetic resonance imaging* (MRI). Kontur bagian uterus konkaf dengan bagian kornu yang divergen. Celah pada bagian fundus biasanya memiliki kedalaman lebih dari 1 cm dan jarak antara kornu melebar.¹⁰

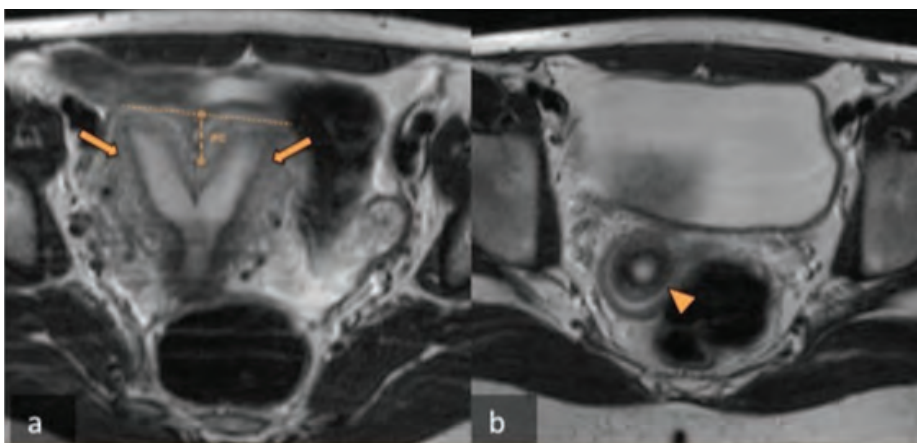
Histerosalpingografi (HSG)

Pemeriksaan HSG dilakukan dengan memasukkan kateter ke dalam kanalis servikalis kemudian balon dikembangkan untuk menghindari kebocoran kontras. Kontras yang larut air kemudian dimasukkan ke dalam kavum uteri dan dilakukan visualisasi fluoroskopi untuk evaluasi bentuk uterus, adanya *filling defect*, dan patensi tuba Fallopi.^{10,11}

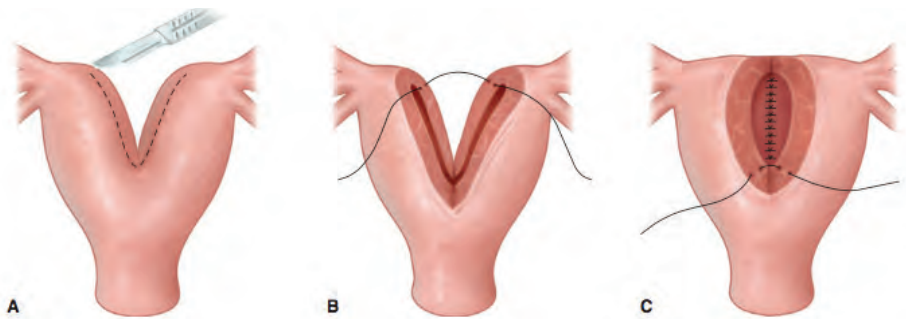
Pada pemeriksaan HSG akan terlihat uterus terbelah dua, namun sulit untuk menilai septa



Gambar 8. Abnormalitas saluran reproduksi yang diinduksi oleh *Diethylstilbestrol*



Gambar 10. Hasil MRI uterus bikornu¹³



Gambar 11. Metroplasti sebagai tatalaksana bedah uterus bikornu¹

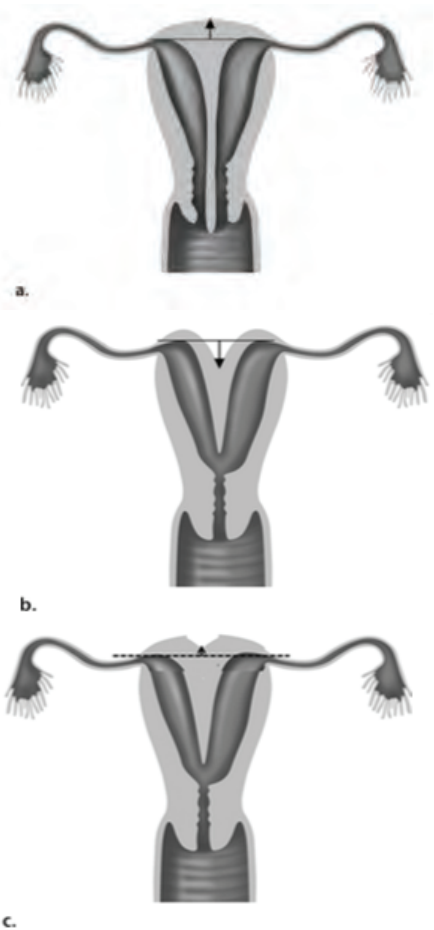
dan anomali bikornu karena kontur fundus uteri tidak dapat dinilai. Konfirmasi bentuk anatomi uterus, dapat dengan MRI.^{10,11}

Uterus bikornu sulit dibedakan dari uterus bersepta dari pemeriksaan radiologis; padahal hal ini penting karena uterus bersepta dapat ditatalaksana dengan reseksi septal histeroskopi. Untuk membedakan keduanya dari pemeriksaan HSG, uterus bikornu memiliki sudut antar kornu > 105° sedangkan uterus bersepta memiliki sudut < 75°.^{10,11} Selain itu, Nazzaro, *et al*, (2014) menunjukkan bahwa deteksi "Y sign" pada pemeriksaan HSG

dapat digunakan dalam diferensiasi malforasi uterus *septate* dan *bicornuate*.¹²

Ultrasonografi (USG)

Pemeriksaan USG biasanya rutin untuk pasien obstetri dan ginekologi karena tidak membutuhkan radiasi pengion dan mudah didapat. Kelainan duktus Mullerian dapat dideteksi dengan baik jika USG dilakukan pada akhir siklus menstruasi (fase luteal) karena endometriumpnya tebal dan echogenik. USG dapat menilai kontur fundus eksterna yang



Gambar 9. Hasil USG untuk membedakan uterus bersepta dan uterus bikornu¹¹

licin dan digunakan untuk membedakan uterus bersepta, arkuata, atau bikornu (dan didelfis). Untuk membedakan uterus bersepta dan bikornu dari USG, dapat melalui 3 hal berdasarkan Gambar 9:^{10,11}

- Lakukan penarikan garis pada bagian antara ostium tuba Falopii, jika bagian apeks fundus berada lebih dari 5 mm di atas garis tersebut, dikatakan uterus bersepta (Gambar 9a).
- Gambar 9b dan 9c menunjukkan uterus bikornu karena apeks fundus terletak di bawah (b) atau kurang dari 5 mm di atas garis antara ostium tuba Faloppi (c).

Magnetic Resonance Imaging (MRI)

Dari pemeriksaan ini, dapat ditemukan celah fundus yang dalam (> 1 cm) pada kontur uterus bagian luar dan jarak antar kornu > 4 cm. Selain itu, MRI juga dapat membedakan antara uterus bersepta dan uterus bikornu; celah fundus < 1 cm mengindikasikan uterus bersepta. Pada Gambar 10a, terlihat 2 korpus



uterus (panah jingga), kemudian terdapat celah fundus (FC) lebih dari 1 cm. Dari arah kaudal (**Gambar 10b**), terlihat satu serviks.^{11,13}

Tatalaksana Uterus Bikornu

Rekonstruksi uterus bikornu menggunakan prosedur bedah direkomendasikan untuk pasien dengan riwayat abortus spontan multipel tanpa faktor penyebab lain. Tindakan bedah yang dimaksud disebut metroplasti, yaitu tindakan penyatuan kavitas endometrium. Hasil metroplasti cukup baik. Pada 289 perempuan dengan uterus bikornu, kejadian abortus sebanyak 70%. Setelah

metroplasti, 85% kehamilan dapat mencapai persalinan normal.^{1,6}

Pada metroplasti, dinding uterus diinsisi di bagian posterior (**Gambar 11**). Kemudian, dilakukan reaproksimasi dinding uterus posterior dengan jahitan pada bagian miometrium. Selanjutnya, dilakukan jahitan pada lapisan subserosal di bagian dinding anterior dan posterior.¹

Ringkasan

Malformasi uterus yang merupakan kelainan anatomis uterus, serviks, atau vagina

merupakan salah satu permasalahan obstetri-ginekologi yang dapat berdampak pada kesintasan bayi selama masa kehamilan. Temuan klinis melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik, hingga pemeriksaan radiologis seperti ultrasonografi (USG), histerosalpingografi (HSG), dan *magnetic resonance imaging* (MRI) memiliki peranan dalam diagnosis uterus bikornu. Rekonstruksi bedah direkomendasikan untuk pasien uterus bikornu dengan riwayat abortus spontan multipel tanpa faktor penyebab lain.

DAFTAR PUSTAKA

1. Hoffman BL, Schorge JO, Schaffer JI, Halvorson LM, Bradshaw KD, Cunningham FG. Williams gynecology. Anatomic disorders. 2nd ed. McGraw Hill: United States; 2012. p. 495-500.
2. Butt F. Reproductive outcome in women with congenital uterine anomalies. Ann King Edward Medical University. 2011;17(2):171.
3. Chandler TM, Machan LS, Cooperberg PL, Harris AC, Chang SD. Müllerian duct anomalies: From diagnosis to intervention. Br J Radiol. 2009;82:1034-42.
4. Committee on Adolescent Health Care. Committee opinion: no.562: Müllerian agenesis: Diagnosis, management, and treatment. Obstet Gynecol. 2013;121(5):1134-7.
5. Katke RD, Acharya S, Mourya S. Uterus didelphys with pregnancy and its different maternal and perinatal outcomes. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol. 2017;6(10):4690-3.
6. Cunningham, Leveno, Bloom, Spong, Dashe, Hoffman, et al. Williams obstetric. Congenital genitourinary abnormalities. 24th ed. New York: McGraw Hill; 2014. p.41.
7. Masse J, Watrin T, Laurent A, Deschamps S, Guerrier D, Pellerin I. The developing female genital tract: From genetics to epigenetics. Int J Dev Biol. 2009;53(2-3):411-24.
8. Reed CE, Fenton SE. Exposure to diethylstilbestrol during sensitive life stages: A legacy of heritable health effects. Birth Defects Res C Embryo Today. 2013;99(2):134-46.
9. Herbst AL, Hubby MM, Blough RR, Azizi F. A comparison of pregnancy experience in DES-exposed and DES-unexposed daughters. J Reprod Med. 1980;24(2):62-9.
10. Valle RF, Ekpo GE. Hysteroscopic metroplasty for the septate uterus: Review and meta-analysis. JMIG 2013;20(1):22-42.
11. Behr SC, Courtier JL, Qayyum A. Imaging of mullerian duct anomalies. Radiol Soc North Am. 2012;32:233-50.
12. Nazzaro G, Locci M, Marilena M, Salzano E, Palmeri T, Placido GD. Differentiating between septate and bicornuate uterus: Bidimensional and 3-dimensional power doppler findings. JMIG. 2014;21(5):870-6.
13. Troiano RN, McCarthy SM. Mullerian duct anomalies: Imaging and clinical issues. Radiology. 2004;233(1):19-34.