

Endosalpingiosis

Nusratuddin A¹, Eddy Hartono¹, Ni Ketut Sungowati²

¹Subbagian Fertilitas dan Endokrin Reproduksi, Bagian Obstetri dan Ginekologi

²Bagian Patologi Anatomi, Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, Makassar

ABSTRAK

Tujuan: melaporkan kasus endosalpingiosis pada wanita, 36 tahun, dengan keluhan nyeri perut bagian bawah yang dialami sejak 4 tahun terakhir.

Kasus: Wanita, 36 tahun, P1A0, datang ke poliklinik dengan keluhan nyeri perut bagian bawah dialami sejak 4 tahun terakhir. Haid teratur tiap bulan dengan lama haid 4-5 hari disertai dismenorea. Riwayat keputihan dan demam disangkal. Riwayat persalinan secara pervaginam tahun 2004 dan tidak pernah menggunakan alat kontrasepsi.

Tatalaksana Kasus: Teraba massa kistik pada adneksa kanan, mobile, terasa nyeri tekan. USG ginekologi trans-vaginal menunjukkan massa hipoechoic pada adneksa kanan dan kiri. Laparaskopi menunjukkan uterus ukuran 7x5 cm dengan permukaan licin mengalami perlekatan dengan rektum di bagian posterior, dilakukan adhesiolisis. Terdapat kista paratubal kanan dan pseudocyst pada adneksa kiri, permukaan licin, berisi cairan putih kekuningan. Dilakukan kistektomi pada kedua kista tersebut. Gambaran histopatologi menunjukkan cystadenoma serosum dan endosalpingiosis. Post operasi hari ke-10 pasien datang kontrol dengan luka operasi baik dan keluhan nyeri perut berkurang.

Simpulan: Follow-up rutin pada kasus endosalpingiosis tidak diperlukan selama tidak ada keluhan yang bermakna dari pasien, karena kasus endosalpingiosis belum pernah dilaporkan akan mengalami transformasi menjadi suatu keganasan. Pasien ini kami ditindaklanjuti 3 bulan dan 6 bulan pertama post operasi, dengan hasil keluhan nyeri perut sudah tidak dirasakan lagi.

Kata kunci: endosalpingiosis, nyeri perut bagian bawah, tuba fallopi, sel epithelium

ABSTRACT

Objective: to report endosalpingiosis in women, 36 years old, with complaints of lower abdominal pain experienced since the last 4 years.

Case Report: Female, 36 years old, P1A0, came to the clinic with complaints of lower abdominal pain experienced since the last 4 years. Menstruation was regular each month for 4-5 days with dysmenorrhoea. History of vaginal discharge and fever were denied. The patient had history of vaginal delivery in 2004 and never used contraceptives.

Case Management: Cystic mass in the right adnexal, was palpable, mobile, and tender. Gynecologic trans-vaginal ultrasound showed hypoechoic mass on the right and left adnexa. Laparoscopy showed uterine size 7x5 cm with slippery surfaces, having rectal adhesions in posterior part, subjected, therefore, to adhesiolisis. There was a right paratubal cyst and pseudocyst on left adnexa, slippery surfaces, containing a yellowish white liquid. Cystectomy was performed on both cysts. Histopathologic features showed cystadenoma serosum and endosalpingiosis. Day 10 postoperative the patient made a visit, surgical wound was improved and complaints of abdominal pain decreased.

Conclusion: Routine follow-up in endosalpingiosis cases is not necessary as long as there is no significant complaints from patients, because endosalpingiosis case has never been reported as undergoing transformation into malignancy. The patient was followed up during the first 3 and 6 months post-surgery. Abdominal pain has disappeared.

Keywords: endosalpingiosis, lower abdominal pain, fallopian tube, epithelial cells

Correspondence: Nusratuddin A, Subbagian Fertilitas dan Endokrin Reproduksi, Bagian Obstetri dan Ginekologi, Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, Makassar

PENDAHULUAN

Endosalpingiosis adalah lesi non neoplasma dari system Mullerian yang sangat jarang ditemukan. Endosalpingiosis adalah suatu kondisi dimana sel epithelium tuba fallopi ditemukan di luar dari tuba fallopi. Sel tersebut dapat ditemukan di peritoneum, jaringan sub-peritoneal, omentum, retroperitoneal, vesika urinaria, bahkan bisa ditemukan pada organ lain di luar pelvis seperti pada daerah thoraks, duktus koledokus dan pada kelenjar limfe axilla.^{1,2} Penyakit ini pertama kali diungkapkan oleh Sampson di tahun 1930.^{3,4} Beberapa ilmuwan pun pernah melaporkan kasus endo-salpingiosis diantaranya Rose Bermejo dkk di tahun 2012 dan Mohiedean Ghofrani MD di tahun 2011.^{1,5} Angka kejadian endosalpingiosis sedikit dibandingkan dengan kejadian endometriosis, yakni sekitar 5-10% dan

umumnya ditemukan pada wanita usia reproduktif yakni usia antara 30-50 tahun dibandingkan pada wanita usia postmenopause.⁶ Tujuan laporan kasus ini adalah untuk mengenal karakteristik dan menambah pengetahuan tentang endosalpingiosis

Penyebab pasti endosalpingiosis masih belum jelas, namun beberapa teori telah dikemukakan oleh para ilmuwan antara lain teori implantasi oleh Clement dan Young yang melaporkan 9 kasus Mullerianosis yang terjadi pada pasien dengan riwayat operasi daerah pelvis.^{6,7} Dugaan lain, adanya salpingitis kronik dapat mencetuskan terjadinya implantasi sel epithelium tuba di tempat lain serta munculnya tumor serosa ovarium dapat mencetus pematangan implantasi tumor.⁸ Adanya endosalpingiosis yang ditemukan di luar daerah pelvis juga menunjukkan bahwa adanya perpindahan sobekan

sel epithelium melalui aliran limfe atau pembuluh darah sebagai mekanisme yang mungkin saja terjadi.^{3,6}

Endosalpingiosis sering ditemukan secara kebetulan bersama dengan tumor ovarium, endometriosis dan tumor uterus. Penelitian yang dilakukan oleh Prentice L dkk pada tahun 2012 mengungkapkan bahwa sekitar 34,5% kasus endosalpingiosis ditemukan bersamaan dengan endometriosis dan 40% dari grup endosalpingiosis merupakan wanita postmenopause.⁹

Pada endosalpingiosis tidak ditemukan sitogenik endometrium seperti stroma yang berespon terhadap siklus hormonal (menstruasi) sehingga harus dibedakan dengan endometriosis, serta tidak menunjukkan adanya stratifikasi sel dan aktivitas mitosis ataupun atipik sehingga harus dibedakan dengan karsinoma.¹

Diagnosis Endosalpingiosis ditegakkan berdasarkan hasil pemeriksaan mikroskopis oleh ahli patologi anatomi melalui insisi (misalnya biopsi). Secara makroskopis, meski jarang terlihat jelas, dapat nampak sebagai multipel kista kecil yang berwarna putih kekuningan (1-2 mm) seperti yang tampak pada gambar 1 dan lebih jarang lagi sebagai kista yang besar yang dapat dikelirukan dengan neoplasma.^{1,5}

Secara mikroskopis tampak kelenjar dan tubulus yang dibatasi oleh tipe sel tuba fallopi (yakni sel epithelium yang bersilia) yang dikelilingi oleh stroma yang fibrous, kadang juga dikelilingi oleh infiltrat inflamasi kronik. Biasa pula tampak kalsifikasi ataupun psammoma bodies.^{5,11} Lain halnya jika kista dengan sel epithelium tuba dikelilingi oleh stroma tipe endometrium, kondisi itu bukanlah endosalpingiosis melainkan variasi dari endometriosis. Endosalpingiosis kadang pula ditemukan di kelenjar limfe yang bisa saja terinterpretasi sebagai metastasis adenokarsinoma.¹¹

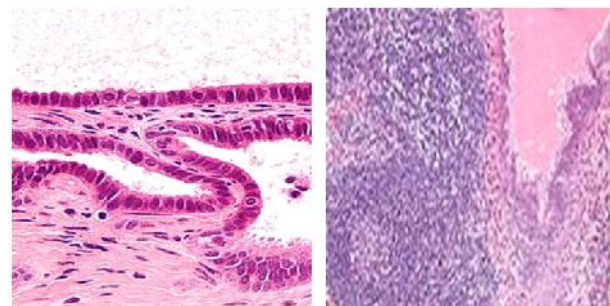
Berikut adalah gambaran endosalpingiosis di bawah mikroskop dengan pembesaran tinggi, tampak khas kista yang dibatasi oleh sel epithelium yang bersilia setelah dilakukan pewarnaan H&E.¹¹

KASUS

Wanita, 36 tahun, P1A0, datang ke poliklinik dengan keluhan nyeri perut bagian bawah dialami sejak 4 tahun terakhir. Haid teratur tiap bulan dengan lama haid 4-5 hari disertai dismenorea. Riwayat keputihan dan demam disangkal. Riwayat persalinan secara pervaginam tahun 2004 dan tidak pernah menggunakan alat kontrasepsi.



Gambar 1. Gambaran secara makroskopik endosalpingiosis¹⁰

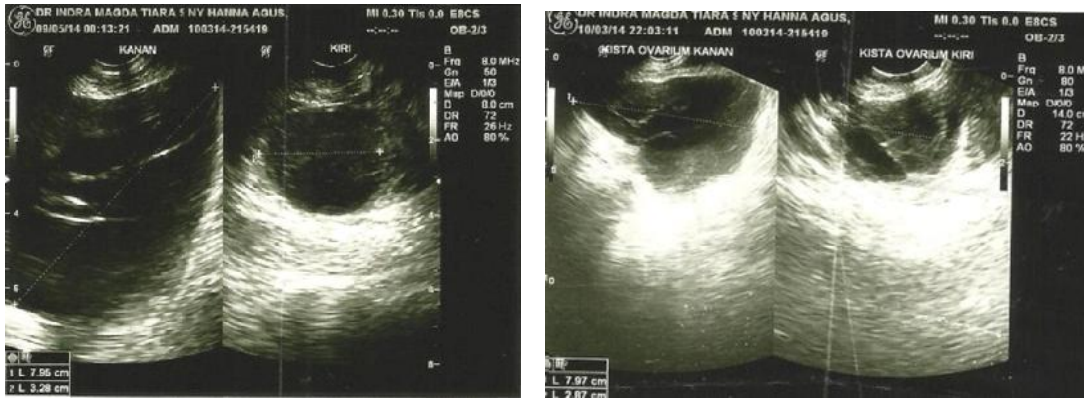


Gambar 2. Tampak kista dengan celah yang dibatasi oleh sel epithelium bersilia (kiri) dan dapat pula ditemukan pada kelenjar limfe (kanan)¹¹

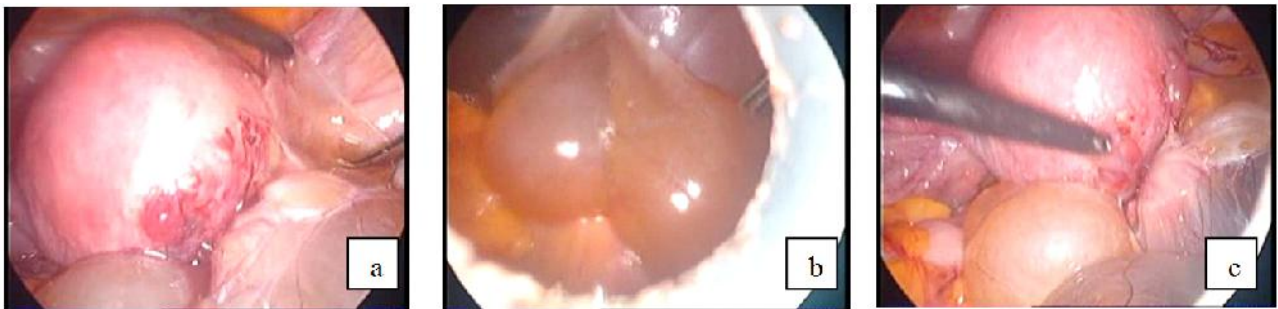
TATA LAKSANA KASUS

Pada pemeriksaan fisis didapatkan tanda vital dalam batas normal, status gizi normal dengan IMT 23,29. Pada pemeriksaan ginekologi teraba massa kistik pada adneksa kanan ukuran 7x6 cm, mobile, terasa nyeri tekan. Hasil USG ginekologi trans-vaginal terlihat keberadaan massa hipoechoic pada adneksa kanan dan kiri masing-masing ukuran 7,97 x 7,95 cm dan 3,28 x 2,87 cm (gambar 3).

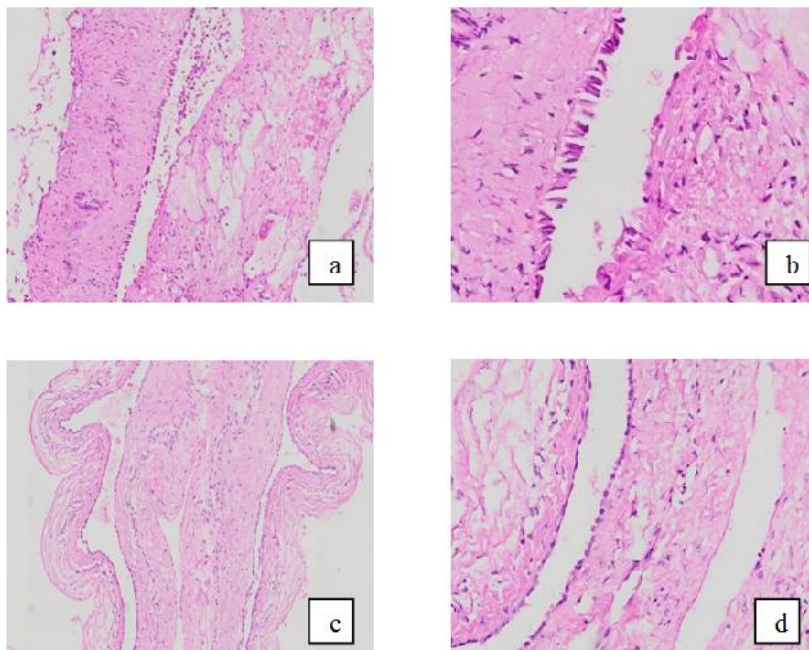
Melalui laparaskopi, tampak uterus ukuran 7x5 cm dengan permukaan licin mengalami perlengketan dengan rektum di bagian posterior (gambar 4a), dilakukan adhesiolisis. Tampak pula kista paratubal kanan berukuran sekitar 8x8 cm (gambar 4b) dan pseudocyst pada adneksa kiri ukuran 5x4 cm (gambar 4c), permukaan licin, berisi cairan putih kekuningan.



Gambar 3. Gambaran USG ginekologi trans-abdominal, tampak massa hipoechoic pada adneksa kanan dan kiri



Gambar 4. Uterus (a), kista para tubal kanan (b) dan pseudocyst kiri (c) yang tampak melalui laparaskopi



Gambar 5. Gambaran histopatologi kista paratubal, tampak jaringan ikat dilapisi epitel torak bersilia (a dan b) dan jaringan ikat dilapisi epitel kuboid selapis (c dan d)

Dilakukan kistektomi pada kedua kista tersebut. Setelah perdarahan terkontrol, dilakukan tes patensi tuba dan kedua tuba paten. Kedua kista tersebut diperiksa di laboratorium patologi anatomi RS. Wahidin Sudirohusodo dengan hasil histopatologi cystadenoma serosum dan endosalpingiosis. Post operasi hari ke-10 pasien datang kontrol dengan luka operasi baik dan keluhan nyeri perut berkurang.

Berikut adalah gambaran histopatologi dari jaringan kista yang diangkat. Pada gambar 5 di bawah ini jaringan menunjukkan kista yang terdiri dari jaringan ikat dilapisi epitel kuboid selapis, pada bagian lain terdapat struktur jaringan ikat yang dilapisi epitel torak 1-2 lapis bersilia, inti tidak atipik, sehingga didiagnosa sebagai Cystadenoma serosum paratubal dengan endosalpingiosis.

PEMBAHASAN

Endosalpingiosis merupakan kasus yang jarang ditemukan dan penyebab pastinya pun masih belum diketahui. Secara klinik dan eksperimental mengungkapkan dua mekanisme patogenesis terjadinya endosalpingiosis, yakni penyebaran metastatik dari sel epitelium ke daerah ektopik dan adanya metaplasia pada mesothelium pelvik, dimana mesothelium pelvik dan abdomen bawah merupakan ontogenetik dengan duktus Mullerian yang diketahui sebagai awal pembentukan saluran genital wanita. Namun sebagian besar ilmuwan menganut bahwa patogenesis terjadinya endosalpingiosis adalah karena adanya perubahan metaplastik dari sel pluripotensial peritoneum. Selain itu berpindahnya jaringan Mullerian selama perkembangan embrio atau selama intervensi operasi merupakan mekanisme lain yang mungkin bisa terjadi.^{1,3,6}

Gejala penyakit ini tidak khas, beberapa ilmuwan menemukan gejala yang berbeda-beda bahkan ada yang tidak bergejala (asimtomatis), sehingga biasanya endosalpingiosis merupakan kondisi yang kebetulan ditemukan. Gejala yang dikeluhkan pun tergantung pada lokasi lesi, umumnya gejala yang dikeluhkan adalah nyeri panggul kronik, infertil, haid tak teratur, disparenia, gross hematuria, obstruksi saluran cerna dan ikterus. Endosalpingiosis bisa bergejala akibat iritasi mekanik pada organ abdomen, misalnya pada kasus kista endosalpingiosis yang besar menyebabkan rasa nyeri kronik pada pinggang, dimana dengan operasi pengangkatan kista tersebut bisa menghilangkan gejala, seperti kasus yang telah dilaporkan oleh Andreas H Scheel dari Jerman pada tahun 2013.^{2,6,12}

Pada kasus ini, pasien mengeluh nyeri perut bagian bawah yang disebabkan oleh massa kistik paratubal

kanan yang semakin membesar dan mengalami gesekan dengan organ abdomen lainnya serta adanya perlengketan rektum dengan uterus yang menimbulkan sensasi nyeri. Dilakukan adhesiolisis (pembebasan perlengketan) dengan tujuan untuk mengurangi atau menghilangkan keluhan nyeri perutnya. Pasien ini pun mengalami infertil sekunder, yakni setelah sepuluh tahun melahirkan hingga sekarang belum pernah hamil lagi. Penyebab infertil kemungkinan besar disebabkan oleh kista paratubal kanan yang besar menyebabkan penekanan pada saluran tuba falopi yang pada akhirnya menyebabkan penyempitan lumen tuba, sehingga transportasi ovum dan sperma terganggu.

Terapi pada endosalpingiosis pada dasarnya tidak diperlukan karena umumnya asimtomatik dan belum pernah dilaporkan mengalami transformasi menjadi suatu keganasan, meski demikian terapi dilakukan tergantung kondisi dan kasus yang ditemukan seperti kista ovarium, kista coklat, fertilitas, nyeri panggul, perlengketan dan dispareunia.^{6,11} Pada kasus ini kami juga melakukan tindakan kistektomi kanan dan kiri mengingat pasien masih membutuhkan fungsi reproduksinya serta menghilangkan penyebab obstruksi pada saluran tuba kanannya. Tes patensi tuba juga dilakukan dengan hasil kedua tuba paten. Karakteristik endosalpingiosis masih sulit didiagnosis dan dibedakan dari keganasan ovarium maupun perubahan jinak ovarium lainnya, sehingga diperlukan konfirmasi pemeriksaan histopatologi sebelum dilakukan prosedur operasi yang lebih agresif. Hal ini pun diperlukan agar para klinisi bisa lebih profesional untuk menghindari kesalahan mendiagnosis dan mencegah over-treatment.

SIMPULAN

Follow-up rutin pada kasus endosalpingiosis tidak diperlukan selama tidak ada keluhan yang bermakna dari pasien, mengingat kasus endosalpingiosis belum pernah dilaporkan akan mengalami transformasi menjadi suatu keganasan dan belum ada literature yang menuliskan kasus rekurensinya. Meski demikian, pada pasien ini kami follow up 3 bulan dan 6 bulan pertama post operasi dan keluhan nyeri perut sudah tidak dirasakan lagi. Kurangnya pengetahuan dan pengalaman serta kehati-hatian kita akan suatu progresifitas alami pada lesi Mullerian merupakan suatu tantangan bagi para klinisi untuk melakukan riset lebih lanjut terhadap kasus-kasus endosalpingiosis.

DAFTAR PUSTAKA

1. Rosa B, et al. Peritoneal Mullerian Tumor-Like (Endosalpingiosis-Leiomyomatosis Peritoneal): A

- Hardly Known Entity. Case Report in Obstetrics and Gynecology. 2012:1-3.
2. Isabel M, et al. Endosalpingiosis of Choledochal duct. Journal Surgery. 2007.
3. Katharine ME, et al. Endosalpingiosis as it Relates to Tubal, Ovarian and Serous Neoplastic Tissues: An Immunohistochemical Study of Tubal and Mullerian Antigens. Gynecologic Oncology. 2013; 132:316-21.
4. Zapardiel, et al. Endosalpingiosis Mimicking Recurrent Ovarian Carcinoma. Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology. 2012;51:660-2.
5. Mohiedean GMD. Ovary-nontumor Non-neoplastic cysts/ Other Endosalpingiosis. Pathology Outlines. com. 2014.
6. Andreas HS. Cystic endosalpingiosis Presenting as Chronic back Pain, a Case Report. Diagnostic Pathology. 2013.
7. Louise JM, et al. Endocervicosis and Endosalpingiosis of The Urinary Bladder: A Case Report. British Journal of Medical & Surgical Urology. 201:128-30.
8. Seyran Y, et al. Tumor-Like Cystic Endosalpingiosis in The Myometrium: A Case Report and A Review of The Literature. Turkish Journal of Pathology. 2014;30(2):145-8.
9. Prentice L, et al. What is Endosalpingiosis? American Society for Reproductive Medicine. 2012:942-7.
10. Brigid Holloran-schwartz. Surgical Evaluation and Treatment of The Patient with Chronic Pelvic Pain. Obstet Gynecol Clin N Am. 2014:1-9.
11. Wikipedia. Endosalpingiosis. 2014. p.1-3.
12. Sangeeta T, et al. MRI Appearance of Florid Cystic Endosalpingiosis of The Uterus: A Case Report. Korean Journal of Radiology. 2010;4:476-9.