

TORSI KISTA OVARIUM

Puspa Dewanti¹, Hervyasti Purwiandari²

¹Program Studi Profesi Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara, Jakarta, Indonesia

²Bagian Obstetri dan Ginekologi RSUD Wongsonegoro, Semarang, Indonesia

Korespondensi: puspadewanti2@gmail.com

ABSTRAK

Torsi kista ovarium adalah kista atau massa ovarium yang muncul dan memutar ligamen infundibulopelvis. Torsi kista ovarium dapat terjadi pada perempuan dari segala usia dan merupakan keadaan darurat ginekologi, karena mengakibatkan perubahan iskemik pada ovarium. Laporan kasus ini mengenai seorang perempuan berusia 43 tahun dengan keluhan nyeri perut kiri bawah dengan hasil USG transvaginal menunjukkan adanya massa kistik ovarium. Laparoskopi memastikan diagnosis torsi kista ovarium dan dilakukan detorsi dan kistektomi tanpa salpingo-ooforektomi.

Kata kunci : kista ovarium, torsi kista ovarium, kistektomi

ABSTRACT

Ovarian cyst torsion is a condition when an ovarian cyst appears and twists in the infundibulopelvic ligament. Ovarian cyst torsion can occur in women of any age and is a gynecological emergency, as it results in ischemic changes in the ovary. We report a 43-year-old woman who complained of pain in the lower left abdomen. Transvaginal ultrasound results showed a cystic ovarian mass. Laparoscopy confirmed the diagnosis of ovarian cyst torsion and detorsion and cystectomy without salpingo-oophorectomy were performed.

Key words: *ovarian cyst, ovarian cyst torsion, cystectomy*

PENDAHULUAN

Kista ovarium adalah pertumbuhan jaringan abnormal yang berbentuk kantung dan berisi cairan pada sekitar ovarium. Kista ovarium memiliki beragam etiologi mulai dari fisiologis (*follicular/luteal cyst*) hingga keganasan ovarium; lebih banyak terjadi pada perempuan usia reproduktif.¹ Torsi ovarium adalah kista atau massa ovarium

muncul dan memutar ligamen infundibulopelvis. Torsi ovarium dapat terjadi pada perempuan dari segala usia dan merupakan keadaan darurat ginekologi, karena mengakibatkan perubahan iskemik pada ovarium. Torsi ovarium terjadi ketika kista atau massa ovarium muncul dan memutar ligamen infundibulopelvis.¹⁻⁴

Berdasarkan literatur selama 10 tahun

dari 128 pasien dengan torsi adneksa menyatakan bahwa 2,7% kasus operasi darurat melibatkan torsi ovarium⁵. Studi 10 tahun lainnya menunjukkan bahwa 15% dari 135 pasien dengan massa adneksa yang dirawat dengan pembedahan mengalami torsi.⁶ Kebanyakan torsio ovarium terjadi pada perempuan usia reproduktif, dan lebih jarang terjadi pada anak perempuan pramenarki dan perempuan pascamenopause (17,2% kasus).⁷

Pada sebagian besar kasus torsi kista ovarium, tatalaksana yang dilakukan yaitu salpingo-ooforektomi. Namun, pendekatan bedah bergantung pada viabilitas organ, dimana jangka waktu ditemukan berperan dalam pilihan detorsi dan konservasi ovarium atau salpingo-ooforektomi,^{8,9} Kami melaporkan kasus torsi kista ovarium pada perempuan 43 tahun yang berhasil dilakukan detorsi, kistektomi dan konservasi.

LAPORAN KASUS

Seorang perempuan P2A0 berusia 43 tahun datang ke RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang pada tanggal 17 Juni 2023 pukul 23.40 WIB dengan keluhan nyeri perut yang dirasakan sejak 1 tahun yang lalu dan memberat sejak 1 hari SMRS. Nyeri terasa di bagian bawah perut dan menjalar ke panggul sebelah kiri, nyeri bersifat tumpul dan hilang

timbul. Nyeri perut bertambah bila pasien sedang haid hingga mengganggu aktifitas sehari-hari pasien sebagai ibu rumah tangga. Pasien juga mengatakan siklus haid tidak teratur dan nyeri saat berhubungan seksual kurang lebih sejak 1 tahun yang lalu. Pasien sudah berobat ke dokter dan diberi obat untuk lambung namun tidak membaik. BAK dan BAB normal. Keluhan demam, mual, muntah disangkal. Pasien tidak ada riwayat jatuh/kecelakaan.

Pasien pertama kali menstruasi ketika SMP kelas 3. Siklus menstruasi pasien \pm 28 - 35 hari dan tidak teratur, lama menstruasi 5-7 hari. Pasien mengatakan ketika menstruasi selalu mengalami nyeri perut. Pasien juga mengatakan setiap menstruasi mengganti pembalut sebanyak 2-3 x. Darah haid berwarna merah dan disertai gumpalan sejak 1 tahun yang lalu. HPHT 7 Mei 2023. Pasien menggunakan KB suntik 3 bulan setelah melahirkan anak pertama 10 tahun yang lalu. Pasien memiliki TB Paru on OAT bulan ke-5, tidak ada penyakit lainnya.

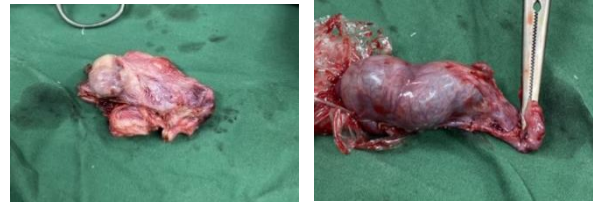
Pada pemeriksaan fisik, didapatkan tanda-tanda vital dalam batas normal. Pada pemeriksaan abdomen, didapatkan nyeri tekan di kuadran kiri bawah. Pada pemeriksaan ginekologi, didapatkan massa kistik sebesar telur ayam permukaan licin, nyeri. Pasien menjalani pemeriksaan

ultrasonografi (USG) transvaginal dan didapatkan lesi kistik bentuk lobulated batas tegas tepi regular (ukuran sekitar 8.62 cm x 6.09 cm x 5.56 cm), tak tampak kalsifikasi maupun septasi didalamnya pada region adnexa kiri. Pada pemeriksaan hematologi, didapatkan Hb. 13.1 g/dL, hematokrit 39%, leukosit 7.900/uL.

Berdasarkan klinis dan temuan penunjang, maka diagnosis kerja yang ditegakkan adalah suspek torsi kista ovarium. Pasien menjalani laparoscopi dan dilakukan kistektomi. Jaringan yang didapatkan kemudian dilakukan analisis histopatologi pada tuba kanan hidrosalping dan pada adnexa kiri didapatkan kista folikular dari ovarium, tuba dalam batas normal. Pasien menjalani perawatan hingga 2 hari post-operasi dengan obat-obatan suportif berupa dexketoprofen 3x1, deksametason 3x1, neostigmine 1x1 dan asam traneksamat 3x500 mg injeksi. Pasien dipulangkan dalam keadaan tanpa keluhan.



Gambar 1. Tampak torsi kista ovarium saat prosedur laparoscopi



Gambar 2. Sediaan yang diambil dari prosedur laparoscopi

PEMBAHASAN

Kista ovarium adalah pertumbuhan jaringan abnormal yang berbentuk kantung dan berisi air pada sekitar ovarium. Kista ovarium memiliki beragam etiologi mulai dari fisiologis (*follicular/luteal cyst*) hingga keganasan ovarium dan lebih banyak terjadi pada wanita dalam usia reproduktif.¹ Torsi ovarium dapat terjadi pada perempuan dari segala usia dan merupakan keadaan darurat ginekologi, karena mengakibatkan perubahan iskemik pada ovarium. Torsi ovarium terjadi ketika kista atau massa ovarium muncul dan memutar ligamen infundibulopelvis.¹⁻⁴

Terdapat beberapa faktor risiko torsi kista ovarium, yaitu ukuran, sifat jinak, dan kehamilan. Lebih dari 80% pasien dengan torsi ovarium memiliki massa ovarium 5 cm atau lebih besar, yang menunjukkan bahwa risiko utama torsi ovarium adalah massa ovarium. Torsi ovarium lebih mungkin terjadi dengan tumor jinak daripada keganasan.^{1,4,10} Pada pasien dalam kasus, kista ditemukan berukuran 8.62 cm x

6.09cm x 5.56 cm dari USG transvaginal, sehingga meningkatkan risiko torsi. Kista juga ditemukan jinak (berupa kista folikular) dari hasil patologi anatomi. Insidensi torsi ovarium dengan keganasan ovarium adalah <2% dalam rangkaian kasus yang dilaporkan.^{11,12} Sekitar 10%–22% torsi ovarium terjadi pada kehamilan. Insiden lebih tinggi pada usia kehamilan 10-17 minggu dengan massa ovarium lebih besar dari 4 cm.¹³

Pada pasien dengan torsi kista ovarium, harus ditanyakan apakah ada nyeri perut dan riwayat massa adneksa. Anamnesis harus mencakup diagnosis terbaru dari massa adneksa, nyeri perut berulang, dan demam ringan. Pada pasien dalam kasus, keluhan yang dirasakan yaitu nyeri di perut bagian bawah kiri yang dirasakan tumpul. Pemeriksaan fisik harus mencakup mencari massa panggul dan nyeri. Evaluasi laboratorium yang dapat dilakukan mencakup *human chorionic gonadotropin*, hemoglobin, hematokrit dan leukosit untuk menyingkirkan diagnosis banding lainnya seperti infeksi saluran kecing, *pelvic inflammatory disease*, dan kehamilan ektopik terganggu (KET).¹⁴ Pada kasus, pemeriksaan laboratorium tidak ditemukan mengalami kelainan, sehingga diagnosis infeksius (seharusnya ada

leukositosis) dan KET (seharusnya ada anemia dan tes kehamilan positif) dapat dieksklusikan.

Pemeriksaan radiologi memainkan peran penting dalam menegakkan diagnosis torsi kista ovarium, khususnya USG. Ovarium yang tertorsi dapat membulat dan membesar dibandingkan dengan ovarium kontralateral, karena edema atau pembengkakan pembuluh darah dan getah bening. Ultrasonografi dapat dengan mudah membedakan massa ovarium berdasarkan komponen, lokasi, kepadatan, aliran darah melalui Doppler, dan ukurannya.^{12,14} *Magnetic resonance imaging* (MRI) dapat digunakan bila temuan USG tidak jelas, namun jarang digunakan karena mahal dan tidak selalu tersedia.¹⁵ *Computed tomography* (CT) biasanya tidak digunakan pada torsi ovarium namun untuk pengecualian diagnosis seperti radang usus buntu, divertikulitis, dan lain-lain.¹⁴

Standar emas tatalaksana torsi kista ovarium adalah pembedahan. Ada dua metode pembedahan, laparoskopi dan laparotomi. Pendekatan laparoskopi telah menjadi prosedur pilihan karena bersifat *minimal invasive*. Namun, jika kanker ovarium atau tuba falopi dicurigai, laparotomi harus dilakukan.^{9,15} Saat melakukan operasi, perlu untuk menilai

kelayakan ovarium dan mempertahankan fungsinya. Satu-satunya cara untuk menentukan fungsi ovarium yaitu secara visual, dimana ovarium yang gelap dan membesar dapat mengalami kongesti vaskular dan limfatik, sehingga lebih kecil kemungkinannya *viabile* bila dilakukan detorsi. Namun, beberapa penelitian menunjukkan bahwa bahkan ovarium yang berwarna hitam atau biru dapat mempertahankan fungsi ovarium setelah detorsi.^{9,16} Tindak lanjut pasca operasi dengan ultrasound menunjukkan lebih dari 80% pasien memiliki perkembangan folikel normal setelah detorsi^{9,16}

Detorsi serta konservasi ovarium hampir selalu direkomendasikan sekarang daripada salpingo-ooforektomi. Kistektomi ovarium sering dilakukan untuk massa ovarium jinak. Jika keganasan sangat dicurigai, diperlukan salpingo-ooforektomi.^{9,15,16} Sebuah penelitian pada hewan menunjukkan bahwa nekrosis dapat berkembang setelah oklusi pembuluh ovarium selama 36 jam atau lebih. Setelah gejala berkembang, konservasi ovarium cenderung gagal.^{8,9} Pasien dalam kasus mengalami nyeri kurang lebih 24 jam, dan organ tampak *viabel* saat prosedur laparoskopi sehingga memungkinkan untuk dilakukan penatalaksanaan konservatif.

KESIMPULAN

Torsi kista ovarium adalah kondisi yang umum terjadi pada wanita usia reproduksi. Diagnosis dapat ditegakkan secara klinis, ditunjang oleh hasil USG dan torsi dipastikan dari pembedahan, Detorsi dan kistektomi dapat dilakukan untuk konservasi organ dan bila organ masih *viabile*.

DAFTAR PUSTAKA

1. Varras M, Tsikini A, Polyzos D, Samara CH, Hadjopoulos G, Akrisis CH, et al. Uterine adnexal torsion: Pathologic and gray-scale ultrasonographic findings. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2004;31:34–8. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
2. Oltmann SC, Fischer A, Barber R, Huang R, Hicks B, Garcia N. Cannot exclude torsion – A 15-year review. *J Pediatr Surg*. 2009;44:1212–6. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
3. Pansky M, Smorgick N, Herman A, Schneider D, Halperin R. Torsion of normal adnexa in postmenarchal women and risk of recurrence. *Obstet Gynecol*. 2007;109:355–9. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
4. Houry D, Abbott JT. Ovarian torsion: A fifteen-year review. *Ann Emerg Med*. 2001;38:156–9. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
5. Hibbard LT. Adnexal torsion. *Am J Obstet Gynecol*. 1985;152:456–61. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
6. Bouguizane S, Bibi H, Farhat Y, Dhifallah S, Darraji F, Hidar S, et al. Adnexal torsion: A report of 135 cases. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*

- (Paris) 2003;32:535–
40. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
7. Oelsner G, Shashar D. Adnexal torsion. *Clin Obstet Gynecol.* 2006;49:459–63. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
8. Rotoli JM. Abdominal pain in the post-menopausal female: Is ovarian torsion in the differential? *J Emerg Med.* 2017;52:749–52. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
9. Prawirohardjo S. Ilmu kebidanan. 3th ed. Jakarta: Bina Pustaka Sarwono;
10. White M, Stella J. Ovarian torsion: 10-year perspective. *Emerg Med Australas.* 2005;17:231–7. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
11. Tsafrir Z, Azem F, Hasson J, Solomon E, Almog B, Nagar H, et al. Risk factors, symptoms, and treatment of ovarian torsion in children: The twelve-year experience of one center. *J Minim Invasive Gynecol.* 2012;19:29–33. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
12. Bromley B, Benacerraf B. Adnexal masses during pregnancy: Accuracy of sonographic diagnosis and outcome. *J Ultrasound Med.* 1997;16:447–52. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
13. Schmeler KM, Mayo-Smith WW, Peipert JF, Weitzen S, Manuel MD, Gordinier ME, et al. Adnexal masses in pregnancy: Surgery compared with observation. *Obstet Gynecol.* 2005;105:1098–103. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
14. Kimura I, Togashi K, Kawakami S, Takakura K, Mori T, Konishi J. Ovarian torsion: CT and MR imaging appearances. *Radiology.* 1994;190:337–41. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
15. Schlaff WD, Lund KJ, McAleese KA, Hurst BS. Diagnosing ovarian torsion with computed tomography. A case report. *J Reprod Med.* 1998;43:827–30. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
16. Laganà AS, Sofo V, Salmeri FM, Palmara VI, Triolo O, Terzić MM, et al. Oxidative stress during ovarian torsion in pediatric and adolescent patients: Changing the perspective of the disease. *Int J Fertil Steril.* 2016;9:416–23. [\[PMC free article\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)