

Distensi Abdomen Suspek Pseudo-Obstruksi (Sindroma Ogilvie): Laporan Kasus

Ratna Dewi Puspita Sari

Bagian Obstetri dan Ginekologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Ileus post operatif merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan komplikasi operasi. Gejala dari ileus post operatif termasuk mual, muntah, distensi abdomen, tegang pada abdomen, dan tidak adanya flatus atau buang air besar. Histerektomi abdominal merupakan operasi yang paling sering menyebabkan obstruksi usus post operasi. Pasien perempuan, usia 45 tahun, datang ke Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek (RSUDAM) Lampung dengan keluhan nyeri perut dan benjolan di perut bawah kiri. Os mengeluh benjolan makin lama makin membesar. Dari pemeriksaan fisik dan penunjang ditegakkan diagnosis tumor ovarium kistik campur padat suspek ganas yang ditatalaksana dengan persiapan operasi histerektomi total salphingooforektomi bilateral. Pada follow up post operasi didapatkan perut kembung dan tegang yang dikeluhkan dan didapatkan peristaltik menurun pada pemeriksaan fisik namun flatus positif yang dikenal dengan Ogilvie sindrom. Ogilvie syndrome ini merupakan kondisi di mana terjadi distensi colon yang masif tanpa disertai adanya bukti obstruksi mekanik. Eksklusi obstruksi usus besar dan sindroma Ogilvie harus cepat dilakukan, karena obstruksi harus segera ditangani dengan operasi. Oleh karena itu komplikasi suspek ileus paska operasi perlu penegakan diagnosis dan penatalaksanaan yang tepat dan segera.

Kata kunci: distensi abdomen, ileus post operatif, obstruksi usus

Abdominal Distention of Suspect Pseudo-obstructive (Ogilvie Syndrome): Case Report

Abstract

Ileus post operative knowns as operative complication. Symptom of ileus post operative including nausea, vomiting, abdominal distention, abdominal tense, no flatus and no bowel movement or no defecation. Abdominal hysterectomy is the most case in operative that cause colon obstructive after operative treatment. A women, 45 years old, came to Abdul Moeloek Hospital Lampung with majority complaint is abdominal painful and secondary complaint is mass in the left lower abdomen. The patient said that the mass was getting bigger. Diagnose of this case is cyst et solid part ovarian cancer was suspected, so the patient prepared to do total hysterectomy with bilateral salpingectomy. In post operative follow up, patient complains about distention and tense of abdominal. In physical examination we found that bowel movement was decreased, although the patient can flatus, we describe the symptoms as Ogilvie syndrome. Ileus post operative cause rare complication therefore we must decise the right diagnose and treatment. Ogilvie syndrome cause massive colonic distention without mechanical obstructive finding. We have done quickly to exlute colon obstructive and than diagnosis Ogilvie syndrome, because the treatment of obstructive with operative.

Keywords: abdominal distention, colon obstructive, ileus post operative

Korespondensi: dr. Ratna Dewi Puspita Sari, S.Ked., Sp.OG., Jln. Prof. Soemantri Brodjonegoro No. 1 Rajabasa Bandar Lampung, HP 081367155786, e-mail ratnadps@gmail.com

Pendahuluan

Ileus post operatif merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan komplikasi operasi. Gejala ileus post operatif termasuk mual, muntah, distensi abdomen, tegang pada abdomen dan tidak adanya flatus atau buang air besar. Ileus post operatif merupakan istilah yang digunakan pertama kali oleh Cannon dan Murphy pada tahun 1906.¹

Obstruksi usus merupakan salah satu komplikasi yang umum dan fatal setelah pembedahan ginekologi. Dahulu angka mortalitas berkisar 40-60 % sekarang ini, angka mortalitas telah menurun walaupun masih berkisar antara 10-20% untuk semua pasien

yang mengalami obstruksi pada usus kecil.²

Melody melaporkan histerektomi abdominal merupakan operasi yang paling sering menyebabkan obstruksi usus post operasi diantara semua operasi ginekologi lain. Ratcliff melakukan tinjauan pada pasien yang melakukan laparatomi eksplorasi untuk membebaskan obstruksi usus, 78% sebelumnya pernah melakukan tindakan obstetrik atau ginekologi perabdominal dan 67%-nya adalah histerektomi perabdominal.³

Kasus

Pasien perempuan, usia 45 tahun, datang ke RSUDAM dengan keluhan nyeri perut

dan benjolan di perut kiri. Riwayat perjalanan penyakit didapatkan 2 bulan yang lalu, os mengeluh timbul benjolan di perut kiri bawah dan nyeri. Benjolan makin lama makin membesar, perdarahan pervaginam (-), trauma (-), nyeri saat haid (+), perut diurut (-), pengguna KB sejak 2008. Pasien mengaku 9 bulan yang lalu menjalani operasi laparotomi dengan hasil Patologi Anatomi (PA) kista coklat dan diberikan injeksi leuprolide asetat selama 4 seri.

Riwayat reproduksi didapatkan menarche usia 12 tahun, lama siklus haid 28 hari, teratur, lamanya haid 7 hari, nyeri haid (+). Riwayat persalinan anak dua dengan riwayat gizi dan sosial ekonomi sedang.

Dari hasil pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum tampak sakit sedang, kesadaran compos mentis, tekanan darah 160/90 mmHg, nadi 90x/menit, frekuensi napas 24x/menit, suhu 36,3°C. Pemeriksaan paru didapatkan rhonki dan edema pretibial.

Status obstetrik dengan hasil pemeriksaan abdomen datar, lemas, simetris, FUT tidak teraba, massa (+) Ø 5x5 cm, nyeri tekan (+). Permeriksaan inspekulo didapatkan portio tak livid, OUE tertutup, flour (-), fluxus (-), erosi (-), laserasi (-), polip (-). Pada vaginal toucher didapatkan portio kenyal, OUE tertutup, corpus uteri ∞ normal, AP kanan/ kiri lemas, CUT tak menonjol.

Dari hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan Hb 12,4 g/dL, leukosit 9.500/mm³, trombosit 526.000/mm³, Ht 35%, SGOT 28 U/L, SGPT 21 U/L, BSS 110 mg/dl, ureum 26 mg/dl, kreatinin 0,80 mg/dl.

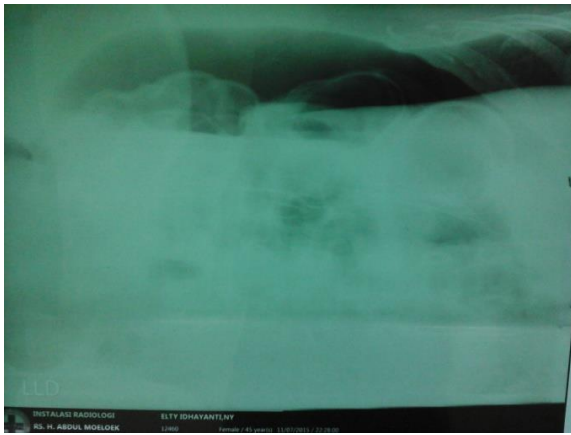
Dilakukan pemeriksaan penunjang untuk memastikan diagnosis dengan USG konfirmasi dan CT scan abdomen, dengan hasil USG kesan lesi anechoic dan isoechoic ukuran 10x6x5 cm dan kesan CT scan abdomen adalah tumor ovarium padat dan kistik sehingga ditegakkan diagnosis tumor ovarium kistik campur padat suspek ganas yang ditatalaksana dengan persiapan operasi histerektomi total salpingooforektomi bilateral.

Intraoperatif didapatkan uterus sesuai normal, dengan perleketaan hebat pada dinding posteriornya. Tampak kista ukuran 10x8 cm, warna putih keabuan, dengan perleketaan hebat pada dinding lateral dan posterior. Dilakukan lisis secara tumpul dan kista pecah,

keluar cairan coklat. Dilakukan lisis pada uterus berhasil. Diputuskan untuk melakukan histerektomi total salpingooforektomi dextra.

Pada follow up didapatkan perut kembung dan tegang yang dikeluhkan dan didapatkan peristaltik menurun pada pemeriksaan fisik namun flatus positif. Oleh karena jaranganya komplikasi suspek ileus paska operasi maka perlunya diagnosis dan penatalaksanaan yang tepat dan segera, maka diharapkan laporan kasus ini dapat membantu klinisi untuk dapat mendiagnosis dan menatalaksana dengan segera, tepat, dan berbasis bukti. Pada pemeriksaan penunjang selanjutnya dilakukan BNO 3 posisi dengan hasil interpretasi didapatkan gambaran air fluid level yang minimal dan tidak dicurigai suatu peritonitis. Berikut ini adalah gambaran dari BNO 3 posisi.





Gambar 1. Gambaran BNO 3 posisi

Pembahasan

Terhadap kasus obstruksi post operatif seperti pada kasus ini diagnosis dan penatalaksanaan segera perlu dilakukan. Klasifikasi ileus sendiri dibagi berdasarkan tempat/bagian di mana terjadinya obstruksi. Secara umum, penyebab ileus disebabkan oleh obstruksi mekanis (sumbatan), usus yang dinamik, terjadinya iskemik mesenteric dan pseudo-obstruksi. Sehingga diagnosis kerja dan diagnosis banding mengarah kepada ileus obstruktif, ileus paralitik atau Sindrom Ogilvie.⁵

Patofisiologi ileus post operatif belum dapat dijelaskan walaupun pengetahuan akan mekanisme motilitas gastrointestinal paska bedah sudah banyak diketahui, termasuk refleks spinal-intestinal neural, hiperaktivitas dari sistem simpatis penggunaan opiat, dan gangguan elektrolit. Sistem saraf simpatis merupakan inhibitor dari motilitas saluran cerna, menjadi lebih aktif pada periode post operatif. Peningkatan aktivitas ini menyebabkan penurunan pelepasan neurotransmitter asetilkolin dan meningkatkan inhibisi dari gerakan usus.⁶

Adapun dasar dari penegakan diagnosis adalah sebagai berikut:

A. Ileus Obstruktif

Sumbatan pada saluran cerna didefinisikan sebagai berhentinya atau tertahannya isi saluran cerna. Obstruksi saluran cerna dapat dibedakan menjadi dua, yaitu komplit dan inkomplit dan dapat disebabkan oleh faktor mekanis dan faktor fungsional. Obstruksi mekanik adalah istilah yang digunakan ketika terdapat sumbatan fisik pada lumen saluran cerna, misalnya jaringan ikat adhesi, hernia strangulata dan penekanan dari tumor pelvis. Sebaliknya ilus paralitik

merupakan istilah yang digunakan untuk mendeskripsikan gangguan motilitas usus. Adhesi merupakan penyebab utama obstruksi usus di Amerika Serikat, dan berperan pada 49-74% obstruksi saluran cerna pada negara maju. Menzies dan Ellis melaporkan 93% dari 210 pasien yang sebelumnya menjalani operasi mengalami adhesi peritoneum pada saat operasi berikutnya. Lo pada tahun 1966 melaporkan sekitar 21% pasien dengan obstruksi usus kecil disebabkan oleh adhesi dan sebelumnya menjalani operasi ginekologi.⁷

Obstruksi pada usus menyebabkan terkumpulnya isi usus proksimal dari tempat sumbatan dan menyebabkan distensi usus. Udara yang tertelan yang merepresentasikan 70% udara pada saluran cerna, menyebabkan distensi ini bertambah. Karena vena dan arteri memperdarahi usus secara tangensial, dan karena distensi tersebut, tekanan terhadap pembuluh darah lebih cepat terjadi. Vena dengan tekanan yang lebih kecil, lebih cepat terpengaruh dengan penurunan aliran darah pada vena. Cairan yang berisi protein dan garam mulai keluar dari kapiler dan menyebabkan edema. Akumulasi cairan intraluminal meningkat karena sekresi aktif dan penurunan absorpsi sehingga sel darah merah mulai keluar dari kapiler, aliran vena kemudian terhenti sementara aliran arteri tetap terjaga, darah terakumulasi pada dinding dan lumen usus. Jika proses ini tetap berlanjut, terjadilah ganggren, integritas usus rusak dan terjadilah peritonitis. Hal yang paling penting adalah walaupun tidak adanya cairan atau makanan yang dimakan, volume cairan pada saluran cerna tetap dapat bertambah. Total volume dari sekresi harian pada saluran cerna yang normal diperkirakan sekitar 10 liter. Sebanyak 7-8 liter hilang bila terjadi obstruksi usus.⁸

Tersumbatnya isi usus dalam ileum menyebabkan peningkatan jumlah bakteri. Selama mukosa masih intak dan baik, bakteri tersebut tidaklah berbahaya; tetapi peningkatan tekanan intraluminal untuk waktu tertentu akan menyebabkan sebuah area nekrosis yang menyebabkan beberapa isi usus keluar ke ruang peritoneal. Jalur utama sepsis dari obstruksi intestinal adalah berasal dari penyerapan melalui rongga peritoneal dan bukan melalui system limfatik atau vena.⁹

Simptom pertama dari obstruksi intestinal adalah kejadian tiba-tiba dari nyeri

abdominal. Nyeri ini intermiten, dengan adanya jeda diantaranya yang lebih lama dari rasa nyerinya sendiri. Nyeri biasanya berada di daerah periumbilikal untuk obstruksi di bagian tengah. Muntah dapat di jumpai bersamaan dengan mulainya nyeri dengan kemungkinan kambuh jika obstruksi terjadi.¹⁰

Inspeksi pada abdomen biasa memperlihatkan distensi dari obstruksi persisten. Lingkaran usus dengan peristaltik yang tampak mungkin dapat terlihat di bawah dinding perut pada pasien yang sangat kurus. Suara dengan nada tinggi, suara seperti gesekan besi merupakan karakteristik dari obstruksi dan kadang dapat didengar tanpa menggunakan stetoskop. Suara-suara ini melambangkan kehadiran air-udara. Motilitas dengan semburan yang hebat dari peristaltik terjadi dibagian proksimal dari obstruksi. Durasi dari interval diam diantara semburan dan peristaltik mungkin menunjukkan tingkat obstruksi; pada obstruksi bagian tinggi waktu jedanya mungkin antara 3 sampai 5 menit, dimana pada obstruksi bagian rendah waktu jedanya mungkin terjadi antara 10 sampai 15 menit. Palpasi pada tahap awal dari penyakit mungkin tidak akan menurun tegangan.¹¹

Pemeriksaan X-ray menunjukkan lingkaran distensi dari usus dengan air-fluid level, mungkin adalah sebuah obstruksi mekanik, dimana sebagian besar lingkaran usus kecil yang dilatasi berisi gas dalam usus besar biasanya ditemukan pada ileus adinamik. CT baru-baru ini digunakan untuk mendiagnosis obstruksi intestinal postoperative karena perlengketan. Hasil CT yang memperlihatkan obstruksi terlilit adalah seperti paruh yang bergerigi, edema mesenteric atau kendurnya jaringan, dan penebalan dinding perut sedang ke berat. Sebaliknya, obstruksi simple mungkin dapat dilihat saat paruh berbentuk mulus, tidak ada perubahan mesenteric, dan dinding perut adalah normal atau sedikit menebal.^{12,13}

B. Ileus Adinamik/paralitik

Beberapa derajat ileus paralitik terjadi setelah operasi abdomen seperti juga pada kasus peradangan intraabdominal. Kembalinya fungsi motorik pada usus bergantung pada banyak faktor, termasuk lamanya operasi, cara operator menangani usus, derajat peritonitis yang disebabkan oleh zat kimia dan bakteri dan penyakit yang mendasarinya. Setelah operasi, pasien biasanya merasa lapar dan buang angin

dalam tiga hari pertama post operasi. Bila pasien tidak mau makan, tidak buang angin dan abdomen mengalami distensi, dan tidak terdengar peristaltik, prosedur diagnostik harus dilakukan. Pada ileus paralitik, foto rontgen menunjukkan distensi pada usus halus dan besar dengan adanya air-fluid level.¹⁴

Penatalaksanaan adalah dengan koreksi elektrolit bila dideteksi, biasanya dijumpai kadar kalium atau natrium yang rendah, juga didapatkan hipomagnesia dan hilangnya protein dalam jumlah besar dapat menyebabkan atoni usus. Mobilisasi, stimulasi sistemik dan lokal dengan obat suppositoria rectal dapat membantu. Bila tidak, pemasangan NGT untuk dekomresi dapat membantu. Secara umum telah diketahui bahwa penggunaan opioid mengeksaserbasi terjadinya ileus post operatif. Ketika diberikan pada dosis yang adekuat untuk analgesia, morfin sulfat meningkatkan tonus usus dan amplitude kontraksi usus, tetapi mengurangi kekuatan motor colon, sebagai hasilnya tidak terjadi motilitas usus. Defisiensi magnesium dan kalium juga berhubungan dengan berpindahannya cairan antara kompartemen fisiologi dan dapat memperpanjang terjadinya ilues post operatif. Kemungkinan lainnya adalah kehilangan darah intraoperatif dan dosis pemakaian opiate postoperasi yang berlebih.¹⁵

C. Pseudo-Obstruksi

Penyebab lain terjadinya distensi abdomen adalah acute colonic pseudo-obstruction, yang juga dikenal dengan Ogilvie sindrom. Ogilvie syndrome ini merupakan kondisi dimana terjadi distensi colonic yang masif tanpa disertai adanya bukti obstruksi mekanik. Eksklusi obstruksi usus besar dan sindroma Ogilvie harus cepat dilakukan, karena obstruksi harus segera ditangani dengan operasi. Perbedaan keduanya kadang sangat sukar dilakukan. Biasanya kedua pasien mempunyai keluhan obstruktif yang hampir sama seperti mual, muntah dan nyeri abdomen. Akan tetapi, pasien dengan syndrome Ogilvie masih mengalami flatus pada 40-50% kasus. Pemeriksaan radiologi sangat berperan dalam membedakan antara sindroma Ogilvie dan penyebab distensi usus yang lain. Pada Ogilvie, dijumpai adanya dilatasi kolon yang masif dan harus dilakukan foto kontras dengan enema untuk menyingkirkan adanya obstruksi mekanik.¹⁶

Tabel 1. Klasifikasi ileus obstruktif

Classification of Intestinal Obstruction
<p>Small Intestine</p> <ul style="list-style-type: none"> Mechanical obstruction <ul style="list-style-type: none"> Simple bowel obstruction Strangulated bowel obstruction Adynamic ileus Mesenteric ischemia <p>Colonic Obstruction</p> <ul style="list-style-type: none"> Mechanical obstruction <ul style="list-style-type: none"> Simple obstruction Closed-loop obstruction Adynamic ileus Mesenteric ischemia <p>Pseudo-obstruction</p>

Simpulan

Diagnosis pseudo-obstruksi harus ditegakkan secara cepat dan tepat untuk menghindari mortalitas pasien. Sepsis harus segera dikenali dengan memperhatikan adanya faktor risiko dan munculnya tanda SIRS dan pada dasarnya pengelolaan sepsis memerlukan perawatan intensif, pendekatan multi-disiplin serta pengawasan yang ketat.

Daftar Pustaka

- Carroll J, Alavi K. Pathogenesis and management of postoperative ileus. *Clin Colon Rectal Surg.* 2009 Feb;22(1):47-50.
- Laine L. Management of acute colonic pseudo-obstruction. *N Engl J Med.* 1999 Jul 15. 341(3):192-3.
- De Giorgio R, Knowles CH. Acute colonic pseudo-obstruction. *Br J Surg.* 2009 Mar. 96(3):229-39.
- Maloney N, Vargas HD. Acute intestinal pseudo-obstruction (Ogilvie syndrome) *Clin Colon Rectal Surg.* 2005 May;18(2):96-101
- Bernardi MP, Warriar S, Lynch AC, Heriot AG. Acute and chronic pseudo-obstruction: a current update. *ANZ J Surg.* 2015 May 6.
- Paloyan D. Intestinal problems in gynecology surgery. *Glob. libr. women's*

- med 2008; DOI 10.3843.
- El-Mowafi DM, Diamon MP. Gynecology surgery and subsequent bowel obstruction. Diunduh dari http://www.gfmer.ch/International_activities_En/El_Mowafi/Bowel_Obstruction.html.
- Claire-pearson DL, Lee PS, Spillman MA, Lutman CV. Preoperative evaluation and postoperative management. In Berek JS. *Berek and Novak gynecology 14th ed.* Philadelphia; Lippincott Williams and Wilkins; 2007.p. 671-700.
- Hager WD, Larsen JW. Postoperative infection: prevention and management, in Rock JA, Jones HW. *Te'Linde operative gynecology 10th ed.* Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins; 2008; p 190-203.
- Levi M. Current understanding of disseminated intravascular coagulation. *British Journal of Haematology.* 2004; 124:567-76.
- Kehlet H, Holte K. Review of postoperative ileus. *Am J Surg.* 2001 Nov; 182(5A Suppl):3S-10S.
- Al-Took S, Platt R, Tulandi T. Adhesion-related small-bowel obstruction after gynecologic operations. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180:313.
- Wieslander CK, Marshall DD. Perioperative, intraoperative and postoperative complication in gynecology surgery. In Decherney AH, Nathan L, Laufer N, Roman AS. *Current diagnosis and treatment obstetric and gynecology 11th Ed.* London, McGraw-Hill. 2013.
- Erekson EA, Yip SO, Ciarlegio MM, Fried TR. Postoperative complication after gynecology surgery. *Obstet Gynecol.* 2011 Oct; 118(4):785-93.
- Al-Sunaidi M, Tulandi T. Adhesion-related bowel obstruction after hysterectomy for benign conditions. *Obstet Gynecol* 2006; 108:1162.
- Cagir B, Geibel J. Intestinal pseudo-obstruction. Diunduh dari <http://emedicine.medscape.com/article/2162306-overview>.