

Hubungan derajat Sistokel dan Rektokel dengan Area Hiatal Levator Ani = Relationship between the degree of cystocele and rectocele with hiatal area levator Ani / Hari Santoso

Hari Santoso, author

Deskripsi Lengkap: <https://lib.ui.ac.id/detail?id=20445921&lokasi=lokal>

Abstrak

ABSTRAK

Prolaps pada dinding anterior vagina terjadi karena kelemahan jaringan ikat dan fascia puboservikalis yang mengakibatkan turunnya kandung kemih yang dikenal sebagai sistokel, sedangkan prolaps dinding posterior mengakibatkan turunnya rektum, dikenal sebagai rektokel. Kemungkinan terjadinya sistokel dan rektokel dikemudian hari dapat diperkirakan dengan mengetahui titik potong optimal hiatus levator ani. Tujuan : Membandingkan derajat sistokel dan rektokel dengan maksimal area hiatal levator AHL saat Valsava. Metode : Analisa data sekunder 90 pasien prolaps uteri Januari 2012 hingga November 2013 di poliklinik Uroginekologi RSCM, Jakarta. Pengukuran ultrasonografi 3D/4D dan pelvic organ prolapse quantification system POP-Q sistokel derajat I-IV dan rektokel derajat I-IV. Dianalisis dengan stata program 20 for windows. Hasil : Perbedaan bermakna sistokel derajat I-II n=25 dengan derajat III-IV n=65 , maksimal AHL dengan perbedaan sebesar 4,33 cm² p=0,040 . Pada rektokel derajat I-II n=64 dan derajat III-IV n=26 sebesar 3,85 cm² p=0,130 . Nilai AUC untuk sistokel derajat I-II dengan III-IV adalah 0,607 IK95 0,467 ndash; 0,738 , untuk rektokel adalah 0,603 IK95 0,472 ndash; 0,734 . Titik potong optimal ROC untuk sistokel derajat I-II dengan III-IV dengan sensitivitas dan spesifitas tertinggi adalah 29 cm² sensitifitas 0.523, spesifitas 0.520 , pada rektokel adalah 30 cm² sensitifitas 0.538, spesifitas 0.584 . Simpulan : Terdapat hubungan bermakna antara derajat sistokel dengan area hiatal otot levator ani saat valsava, namun tidak terdapat hubungan pada rektokel. Nilai area under curve maksimal area hiatal otot levator ani dalam membedakan sistokel derajat I-II dan III-IV relatif sama dengan rektokel derajat I-II dan III-IV. Titik potong optimal area hiatal otot levator ani dalam membedakan sistokel derajat I-II dan III-IV adalah 29 cm², sedangkan untuk rektokel adalah 30 cm² dengan nilai sensitifitas dan spesifitas yang cukup baik.

<hr>

ABSTRACT

Abstract Background the anterior vaginal wall prolapse can occur because of the weakness of the connective tissue and fascia pubocervical resulting decline in the bladder, known as cystocele, while the posterior wall prolapse resulting decline in the rectum, known as rectocele. The possibility of cystocele and rectocele in the future can be predicted by knowing the optimal cut point hiatus levator ani. Objective To compare the degree of cystocele and rectocele with a maximum of levator hiatal area AHL during Valsava. Methods Secondary data analysis of 90 patients with uterine prolapse January 2012 to November 2013 in the clinic Uroginekologi RSCM, Jakarta. 3D 4D ultrasound measurement and pelvic organ prolapse system Quantification POP Q stage I IV cystocele and rectocele stage I IV. Analyzed with Stata program 20 for windows. Results significant difference cystocele stage I II n 25 with stage III IV n 65 , the maximum AHL with a difference of 4.33 cm² p 0.040 . In rectocele stage I II n 64 and stage III IV n 26 of 3.85 cm² p 0.130 . AUC values for cystocele stage I II with III IV was 0.607 IK95 from 0.467 to 0738 , for rectocele is 0.603

IK95 from 0.472 to 0734 . ROC optimal cut point for cystocele stage I II with III IV with the highest sensitivity and specificity is 29 cm2 0523 sensitivity, specificity 0520 , the rectocele is 30 cm2 0538 sensitivity, specificity 0584 .Conclusion There was a significant relationship between the degree of cystocele with hiatal area levator ani muscles when Valsava, but there is no relationship at rectocele. The value of area under the curve maximum hiatal area of the levator ani muscle in distinguishing cystocele stage I II and III IV are relatively similar to rectocele stage I II and III IV. Optimal cut point hiatal area of the levator ani muscle in distinguishing cystocele stage I II and III IV is 29 cm2, while for rectocele is 30 cm2 with sensitivity and specificity values were quite good.