

Seksio Sesarea dan Miomektomi pada Kehamilan dengan Mioma Uteri: Laporan Kasus

Rusnaldi¹, Juanda Raynaldi²

¹Konsultan Fertilitas dan Endokrinologi Reproduksi, Bagian Obstetri & Ginekologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Syiah Kuala/RS Zainoel Abidin, Banda Aceh, Indonesia

²Residen Program Studi Obstetri & Ginekologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Syiah Kuala, Banda Aceh, Indonesia

ABSTRAK

Kata Kunci:

Kehamilan,
Leiomyoma,
Miomektomi,
Infertilitas

Latar belakang: Myoma adalah tumor jinak yang sering dijumpai pada wanita usia reproduksi. Kehamilan yang disertai dengan myoma dikaitkan dengan persalinan prematur, malpresentasi dan lain – lain. Prevalensi myoma pada kehamilan antara 1.2 – 10.7%. Sering dijumpai pada pemeriksaan rutin kehamilan dan 10 – 28 % dari seluruh kasus memiliki komplikasi, yang tersering adalah nyeri perut. leiomyoma berperan 0.849% dalam menurunkan angka kehamilan.

Kasus: Kami melaporkan seorang wanita berusia 38 tahun G6P1A4 riwayat seksio sesarea 1 kali, datang dengan keluhan keluar darah dari jalan lahir. Pasien sudah pernah dirawat dengan keluhan yang sama sebanyak 5 kali selama kehamilan. Keluhan disertai dengan rasa mules dan perut terasa tegang. Pasien mengaku hamil 8 bulan dan rutin di spesialis obstetri dan ginekologi. Pasien sudah didiagnosa memiliki myoma dan disarankan untuk operasi mengangkat rahim, namun pasien menolak. Hasil pemeriksaan fisik didapatkan vaginal touche, porsio posterior, lunak, penipisan 25%, tidak ada pembukaan dan kepala di Hodge 1. Dari pemeriksaan USG, didapatkan gambaran hipohiperechoic namun lokasinya sulit untuk diidentifikasi. Pasien menjalani seksio sesarea cito. Temuan intraoperatif didapatkan myoma intramural pada korpus posterior dan dilakukan miomektomi. Luanan bayi dan maternal baik, walaupun ibu harus mendapatkan transfusi PRC dan bayi harus dirawat di NICU dikarenakan berat badan bayi rendah, bayi prematur dan sangkaan kelainan jantung kongenital.

Kesimpulan: Pasien hamil dengan myoma ini memiliki faktor resiko yang mendukung terjadinya persalinan prematur yang disebabkan oleh nyeri dan gangguan fertilitas yang dirasakan selama 10 tahun.

Korespondensi: rusnaldi20@yahoo.com (Rusnaldi)

PENDAHUAN

Myoma merupakan tumor jinak uterus yang paling sering dijumpai pada wanita usia reproduksi, yang terjadi pada 40-60 % wanita usia reproduksi. Prevalensi kehamilan dengan leiomyoma berkisar 1.2 – 10.7%. Pada umumnya, myoma asimtomatik dan ditemukan pada pemeriksaan rutin kehamilan. Meskipun demikian, sekitar 10 – 28% dari semua kasus, memberikan komplikasi dan yang tersering adalah nyeri perut yang disebabkan oleh proses degenarasi merah myoma.¹

Evaluasi myoma tergantung pada trimester, jumlah, ukuran, lokasi dan tipenya. Pada proses degenerasi merah, terjadi proses infark yang menimbulkan keluhan mual – muntah yang dapat dijumpai pada usia kehamilan pada usia 20–22 minggu. Wanita dengan myoma juga dapat meurunkan angka kehamilan sebesar 0.849% dan kegagalan implantasi sebesar 0.821%. Hal ini tampak jelas pada myoma submukosa (0.2%).²

Pada kasus dengan komplikasi yang disebutkan diatas, tindakan miomektomi perlu dipertimbangkan, walaupun kontraindikasi pada awal kehamilan. Sebaliknya, pada nyeri yang hebat, miomektomi berdampak signifikan.² Komplikasi myoma dapat berupa perdarahan antepartum dan perdarahan post partum sering dijumpai. Persalinan prematur dan malpresentasi sering terjadi pada myoma submukosum dan retroplasenta.³

KASUS

Seorang ibu DP berusia 38 tahun, dengan G6P1A4, mengaku hamil 8,5 bulan, datang dengan keluhan rasa mules yang dirasakan sejak 1 hari sebelumnya, semakin memberat 3 jam SMRS. Keluhan disertai keluarnya lendir darah. Pasien mengaku hamil 8,5 bulan, memiliki riwayat dirawat dengan keluhan serupa selama kehamilan ini. Pasien rutin melakukan ANC di SpOG sebanyak 8 kali. Pasien mengaku memiliki mioma uteri sejak 10 tahun yang lalu, disarankan untuk operasi, namun pasien menolak dikarenakan adanya resiko hingga

histerektomi. Sebelum hamil, penderita sudah mengalami keputihan. BAB dan BAK tidak ada keluhan. Pasien memiliki riwayat keguguran berulang sebanyak 4 kali, 1 diantaranya memerlukan tindakan kuretase. Kehamilan ini merupakan satu– satunya yang dapat bertahan hingga cukup bulan hanya 1, namun harus diterminasi dengan seksio sesarea, 10 tahun yang lalu.

Pemeriksaan fisik didapatkan pasien dengan kondisi umum sedang dan kesadaran compos mentis. Tekanan darah: 110/70 mmhg, nadi: 96 x/menit, pernapasan: 22 x/menit, dan suhu 36,4° c. Pemeriksaan antropometri didapatkan BB: 58 kg, TB: 157 kg, BMI: 23,5 kg/m².

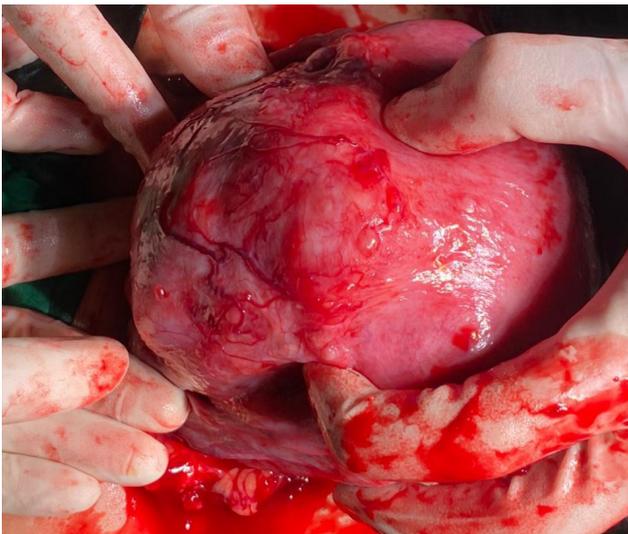


Gambar 1. Hasil USG pasien

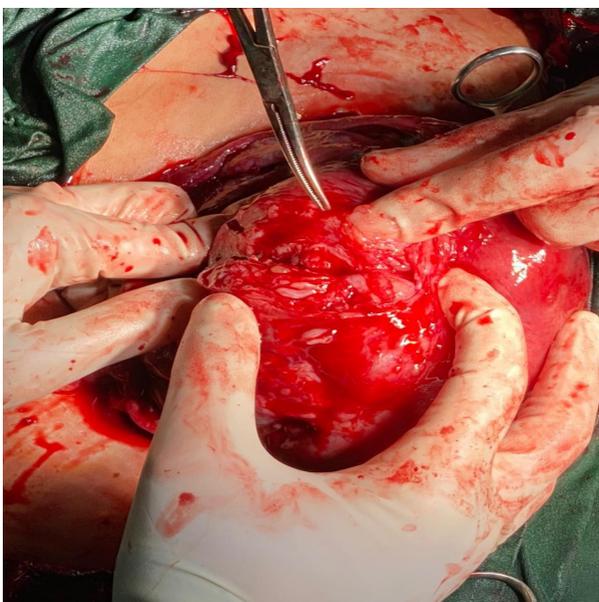
Observasi tanda vital dan perdarahan serta tanda perburukan syok hipovolemik dilakukan kepada

pasien dalam kasus ini.

Terapi yang diberikan adalah IVFD RL 2000 cc, persiapan transfusi darah, konsul anastes dan laparotomi eksplorasi CITO. Pemeriksaan Darah Rutin, *Crossmatch* dan persiapan PRC 1000 cc dan FFP 500 cc. Pada eksplorasi didapati ruptur pada tuba kanan pars istmus dengan kantung gestasi didalamnya, diputuskan dilakukan salpingektomi dextra jaringan selanjutnya di kirim ke Laboratorium Patologi Anatomi untuk pemeriksaan lebih lanjut.



Gambar 2. Mioma uteri pada corpus posterior



Gambar 3. Tindakan miomektomi

DISKUSI

Mioma merupakan suatu tumor jinak pada uterus yang berasal dari otot uterus atau jaringan ikat. Angka kejadian mioma pada keham adalah 1 dalam 100.000 kehamilan, namun hal ini dipengaruhi berbagai macam faktor. Beberapa teori mengatakan hal ini berkaitan dengan kerja estrogen dimana kan terjadi perkembangan secara signifikan pada fase premenopause dan akan mengecil pada fase pasca menopause. Pada penelitian terbaru, etiologi mioma uteri lebih dari sekedar peran estrogen. Ada beberapa teori yang berperan pada pembentukan mioma uteri, antara lain, 1. Genetik, 2. Hormonal, dan 3. Faktor Pertumbuhan.^{1,3,4}

Mioma uteri merupakan otot polos monoklonal dan jaringan ikat yang di selubungi oleh pesudokapsular vaskular. Beberapa peneliti mengatatakan proses hipoksia yang berhubungan dengan menstruasi menginduksi mutasi sel punca serabut otot polos. Sebesar 40 – 50 % dari kasus mioma uteri terdapat ketidakteraturan kromosom tumor spesifik akibat proses delesi, duplikasi dan translokasi dari kromosom 6, 7, 12 dan 14. Hal ini mempengaruhi perubahan remodeling matriks ekstraseluler dan status reseptor estrogen – progesteron.^{1,3,4}

Estrogen dan progesteron dikatakan berperan dalam memicu dan pertumbuhan mioma uteri. Mioma uteri paling sering dijumpai pada fase reproduksi dan akan berkurang pada fase postmenopause. Hal ini berkaitan dengan paparan estrogen yang lama seperti pada pasien obesitas dan menarche dini. Sedangkan merokok, olahraga dan jumlah paritas tinggi dapat bersifat mencegah.^{1,4} Kadar estrogen dan progesteron pada mioma uteri ditemukan lebih tinggi dibandingkan pada miometrium normal.^{1,3}

Faktor pertumbuhan, protein atau polipeptida yang di produksi secara lokal oleh otot polos dan fibroblas dimana menstimulasi pertumbuhan mioma dengan meningkatkan matriks ekstraseluler. Beberapa faktor pertumbuhan di ekspresikan berlebih pada mioma uteri, seperti TGF- β , bFGF meningkatkan proliferasi otot polos, menstimulasi sintesis matriks ekstraseluler, memicu mitogenesis,

EGF dan PDGF meningkatkan sintesis DNA, serta VEGF memicu angiogenesis.

Dalam kaitannya dengan kehamilan, Pooja bhat et. al. mengatakan bahwa dapat terjadi 0,5%. Hal ini sama dengan penelitian oleh Shaida et al., dimana terdapat efek dua arah antara keduanya. Pada kehamilan, ukuran mioma tidak bertambah. Penelitian prospektif terhadap 36 wanita hamil dengan mioma uteri yang terdeteksi di trimester pertama, pada evaluasi 2 – 4 minggu ditemukan 69% tidak terjadi penambahan ukuran mioma. 31% dari wanita hamil dengan mioma mengalami peningkatan ukuran mioma, yang terjadi secara bermakna sebelum usia 10 minggu kehamilan. Dikatakan ukuran mioma akan berkurang pada observasi 4 minggu post partum.⁷

Pada penelitian lain terhadap 15104 wanita hamil, tidak terjadi perbedaan luaran pada ketuban pecah dini, persalinan pervaginam operatif, korioamnionitis atau endometritis. Namun terdapat peningkatan risiko persalinan prematur sebesar 19,2%, plasenta previa 3,5%, dan perdarahan post partum 8,3%. Serupa dengan penelitian sebelumnya, angka seksio sesarea juga meningkat pada kehamilan dengan mioma, sebesar 49%. Mioma uteri dan abortus menurut Benson et al tahun 2001 menunjukkan bahwa angka keguguran meningkat pada jumlah mioma yang banyak, bukan dari lokasi ataupun ukuran dari mioma. Namun komplikasi lain dipengaruhi oleh lokasi dari mioma, angka kejadian komplikasi – komplikasi seperti IUGR, gangguan persalinan, retensio plasenta, perdarahan antepartum, akut abdomen, partus prematurus, perdarahan post partum meningkat pada mioma submukosum dan mioma yang terletak di retroplasenta.⁸

Penelitian oleh Pooja bhat et al pada tahun 2019, dikatakan ukuran mioma uteri > 5 cm, pada korpus posterior meningkatkan resiko abortus. Selain dari itu, keluhan nyeri pada kehamilan dengan mioma ditemukan sebesar 66,6%. Pada penelitian serupa di katakan 16,6% pasien memiliki riwayat ancaman partus selama persalinan. Mioma dapat mendistorsi uterus dan malpresentasi. Seiring bertambahnya usia

kehamilan, mioma akan meregang dan hal ini dapat menimbulkan mekanisme persalinan yang dapat menyebabkan partus prematurus sebesar 13,3 %.⁵

Pada penelitian serupa didapatkan peningkatan angka seksio sesarea sebesar 39% dibandingkan dengan penelitian terdahulu didapatkan 17%. Perdarahan postpartum tercatat sebesar 18,5%. Pada penelitian ini didapatkan 26,6% pada neonatus dengan kurang berat. Angka kejadian IUFD maupun stillbirth tidak ditemukan.⁴



Gambar 4. Hasil mioma uteri post operasi

Komplikasi paling serius mioma pada kehamilan adalah degenerasi merah yang dapat menyebabkan nyeri hebat dan dapat menyebabkan partus prematurus, abortus, morbiditas dan mortalitas baik fetal maupun maternal. Degenerasi merah adalah perdarahan akibat infark pada mioma uteri, hal ini terjadi pada 3% kehamilan dengan mioma uteri yang terjadi pada trimester kedua dan post partum. Hal ini disebabkan oleh gangguan vaskularisasi. pertumbuhan mioma yang melebihi vaskularisasi menyebabkan proses nekrosis pada sentral dari mioma.⁹

Secara makroskopis tampak bagian gelap yang

jika di potong tampak seperti daging mentah yang sering di ikuti rongga kistik. Bau amis sering dijumpai akibat dari asam lemak. Secara mikroskopis, dapat dijumpai gambaran nekrosis dan tampak vaskular yang trombotik.⁹

Nyeri hebat pada wanita dengan mioma uteri dapat di tatalaksana secara konservatif namun dapat berakibat partus prematurus dan kematian janin. Nyeri yang memberikan respon positif terhadap analgetik, bed rest, dan hidrasi dapat di tatalaksana secara definitif hingga post partum.

Mioma uteri dapat ditegakkan dengan pemeriksaan pelvis rutin, pembesaran uterus, permukaan licin namun dapat juga irreguler. Pada wanita usia reproduksi perlu pemeriksaan kadar β -hCG baik urin maupun serum untuk menyingkirkan kehamilan.

Pemeriksaan ultrasonografi transvaginal memberikan akurasi yang lebih baik dalam menentukan lokasi mioma dan untuk melihat patologi pada adnexa. pada mioma uteri dapat memiliki berbagai tipe, mulai hipohiperekoik yang memiliki beragam rasio dipengaruhi rasio otot dan jaringan ikat atau bahkan jika terdapat proses degenerasi. Gambaran hiperekoik dapat berupa kalsifikasi pada tepi dari mioma. Pada degenerasi kistik atau mikroid tampak hipoekoik multipel, batas tegas, dengan berbagai ukuran dengan dinding tipis.¹⁰

Mioma uteri memiliki karakteristik pada pemeriksaan *color flow doppler, feeding artery* merupakan vaskularisasi pada tepi mioma yang akan penetrasi ke sentral dari mioma.¹⁰

Pemeriksaan *Magnetic Resonance Imaging* (MRI) perlu dilakukan untuk melihat lebih detail ukuran, jumlah dan lokasi mioma uteri demi kepentingan pertimbangan tatalaksana yang akan diambil. Sama halnya pada mioma uteri yang akan dilakukan miomektomi pada fundus uteri namun perlu menyingkirkan adenomiosis.¹⁰

Pada pasien yang mengeluhkan gangguan menstruasi ataupun infertilitas, perlu dilakukan evaluasi pada kavum uteri apakah tampak mioma submukosum, polip endometrium, kelainan kongenital atau sinekia. Pada permukaan

endometrium yang tebal atau irreguler, pemeriksaan *saline infusion sonography* (SIS) atau histroskopi dapat membantu.¹¹

Pemeriksaan minimal invasif seperti laparoskopi dapat membantu jika ukuran uterus < 12 minggu namun mengelukan nyeri panggul dan infertilitas. Histeroskopi serupa dengan pemeriksaan SIS, berguna untuk penegakkan diagnosa mioma submukosum dengan keluhan abortus berulang. Reseksi dapat dilakukan bersamaan dengan panduan histeroskop.

Beberapa tindakan diatas tidak kesemuanya dapat dilakukan pada kondisi wanita hami. Pada wanita hamil, tindakan yang dapat dilakukan dalam penegakkan diagnosa mioma uteri adalah USG baik transvaginal, transabdominal dan MRI.

Tatalaksana mioma uteri dapat dibagi menjadi, observasi, medikamentosa dan operatif. Disamping ukurannya, mioma uteri asimptomatik dapat di observasi dan dievaluasi secara berkala. Secara umum, mioma tumbuh secara lambat dengan rata-rata pertumbuhannya 0,5 cm/ tahun. Namun tidak menutup kemungkinan untuk penambahan diameter lebih dari itu atau bahkan diameternya akan berkurang. Oleh karena itu, observasi dan evaluasi berkala merupakan pilihan terbaik bagi individu asimptomatik.⁷

Tindakan operatif dapat dilakukan pada ukuran yang besar, dengan tujuan menghindari dari risiko kanker serta jika dibiarkan berlanjut hingga ukurannya yang sangat besar, operator akan mendapatkan kesulitan saat operasi serta risiko terjadinya perdarahan hebat.⁵

Medikamentosa dapat dipilih pada wanita dengan mioma simptomatik. Wanita dengan mioma uteri akan memilih terapi medikamentosa untuk mengurangi gejala, karena mioma akan mengecil pada menopause. Jenis GnRH Agonist dipilih pada pasien sebelum tindakan operatif.¹²

Tatalaksanaan Medikamentosa

NSAIDs terbukti efektif pada dismenorea karena berhubungan dengan pengaruh prostaglandin sebagai mediator – mediator. NSAIDs mencegah sintesis dari PGE2 dan PGF2a yang konsentrasinya

meningkat pada fase menstruasi di endometrium. NSAIDs juga berperan mengganggu keseimbangan dari tromboxan A2 yang bersifat vasokonstriktor dan memicu agregasi platelet dan prostasiklin yg berperan sebagai vasodilator dan mencegah agregasi platelet. Ibuprofen 400 x 3 dan As. Mefenamat 500 mg x 3 menjadi pilihan pertama terapi perdarahan ekksesif.¹²

Baik pil KB kombinasi dan progestin digunakan untuk menginduksi atrofi endometrium dan menurunkan produksi prostaglandin pada wanita dengan mioma uteri. Friedman mengatakan bahwa wanita dengan Pil KB kombinasi dengan dosis rendah dapat mengurangi durasi menstruasi dan menghambat penambahan ukuran mioma. Penggunaan LNG – IUS juga dapat digunakan, namun pada mioma yang mengganggu kavum intrauteri, angka ekspulsi lebih tinggi dari wanita tanpa gangguan kavum intra uteri.¹²

GnRHa menginduksi pengurangan ukuran dari mioma. GnRH agonist mengecilkan ukuran mioma dengan menargetkan efek pertumbuhan dari Estrogen dan progesteron. Dengan menstimulasi reseptor pada hipofisis anterior untuk melepaskan LH dan FSH, disebut juga *Flare* hanya bertahan dalam 1 minggu. Pada penggunaan jangka panjang, agonis menyebabkan desensitisasi pada stimulasi GnRH --> penurunan sekresi gonadotropin menyebabkan penekanan estrogen dan progesteron pada 1 – 2 minggu pasca injeksi inisial. Menstruasi akan kembali pada 4 – 10 minggu pasca injeksi. Ukuran uterus akan kembali dalam 3 – 4 bulan pasca penghentian injeksi.¹³

Pemberian GnRH antagonis perhari per subcutaneous dapat mengurangi volume mioma sebesar 29% dalam 3 minggu. Terapi ini dapat diberikan bersamaan dengan preparat untuk menekan estrogen.

Selektif Progesteron Reseptor Modulator (SPRM) memodulasi signalisasi progesteron dan memicu remodeling matrix ekstrasel dan mengurangi sintesis kolagen. Pada dasarnya progesteron akan berikatan dengan Progesteron Reseptor (PR) baik A maupun B. pada mioma uteri, jumlah PRA lebih banyak

dibandingkan PRB. SPRM juga bekerja pada jaringan endometrium secara unik yang dapat menekan gejala perdarahan pervaginam dan juga dikatakan dapat mengurangi ukuran mioma. Pasien dapat diberikan 4 siklus (1 siklus 12 minggu) dengan dosis 5 atau 10 mg / hari / Peroral. Kedua dosis akan menyebabkan amenorea 10 % dalam 1 minggu pemberian. Setelah 4 siklus pemberian 80% dari pengguna didapatkan pengurangan ukuran mioma sebesar 25%. Adapun efek samping pemberian SPRM adalah nyeri kepala dan hot flushes 11%, sedangkan kadar E2 ditemukan masih diatas kadar postmenopause sehingga efek samping kurangnya kadar densitas tulang tidak ditemukan pada pemberian UPA.

Uterin Arteri Embolisasi (UEA) merupakan prosedur intervensi dimana pemberian Polyvinyl alcohol (PVA) atau partikulat sintetis lainnya pada kedua a. uterina. Tujuannya adalah menutup vaskularisasi kemiooma yang akan menyebabkan iskemia dan nekrosis. Partikel ini secara khusus menuju ke mioma dan mempertahankan miometrium di sekitarnya. Adapun kontraindikasi untuk dilakukannya UEA, dibagi menjadi 2, absolut dan relatif.¹⁰

Tindakan Operatif

Tatalaksana operatif pada pasien dengan gejala perdarahan dan nyeri dapat memberikan perbaikan jika terapi medikamentosa tidak memberikan respon. Kondisi medis seperti anemia berat, atau obstruksi urethra merupakan suatu indikasi tatalaksana operatif. Torsio pada mioma pedunculated subserosa dapat memberikan akut abdomen dan memerlukan tatalaksana operatif. Abdominal miomektomi telah dikerjakan sejak lama sebagai bentuk tindakan konservatif dan dikatakan dapat mengurangi keluhan sebesar 80%. Dari beberapa penelitian, dikatakan abdominal miomektomi memiliki risiko intraoperatif dibandingkan dengan abdominal histerektomi.

Selain jumlah perdarahan, risiko demam pasca operasi, tindakan operasi yang tidak diinginkan, kejadian yang mengancam nyawa, merupakan suatu komplikasi dari tatalaksana operatif. Miomektomi masih menjadi pilihan meskipun dengan ukuran

mioma yg besar (> 16 cm).⁵

Pada kasus tertentu, miomektomi dapat dilakukan pada saat seksio sesarea dengan operator yang berpengalaman. Dari beberapa penelitian dikatakan miomektomi dengan ukuran mioma 2 – 10 cm dapat dilakukan pada saat seksio sesarea dengan estimasi perdarahan 400 – 1700 cc.⁸

Laparoskopi miomektomi dapat dilakukan namun hal ini bergantung pada ukuran dan jumlah mioma yang ada. Meskipun adanya teknologi robotik dapat mengatasi kesulitan intraoperasi, namun biaya dan durasi operasi yang lebih lama menjadi pertimbangan.¹³ Beberapa penelitian mengatakan rata – rata ukuran mioma 7.8 cm yang dapat dilakukan laparoskopi miomektomi. Evaluasi sonografi sangat diperlukan dan sensitif. Angka rekurensi mioma uteri dalam 5 tahun adalah 51% dan mioma uteri berukuran 2 cm dalam 3 tahun sebesar 15%.¹⁴

KESIMPULAN

Mioma uteri merupakan suatu kondisi yang memerlukan perhatian khusus karna merupakan kehamilan dengan risiko tinggi, meskipun bersifat jinak, mioma uteri memberikan distribusi yang cukup signifikan untuk histerektomi. Mioma dapat terjadi pada kehamilan, sering dijumpai pada wanita afrika amerika (18%) diikuti oleh wanita hispanik dan kaukasian. Mioma uteri dapat mengganggu kehamilan (0,5%), apabila terletak pada retroplasenta, submukosum, dan ukuran > 5 cm dikatakan dapat menyebabkan nyeri, abortus, dan partus prematurus. Hal ini dapat dilihat pada kasus yang disampaikan, dimana pasien memiliki riwayat obstetri yang buruk, dengan 4 kali abortus. Seksio sesarea – miomektomi pada kasus tertentu dapat memberikan keuntungan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Cimilli Senocak GN, Topdagi Yilmaz EP. Maternal and fetal outcomes in pregnancies complicated by intrahepatic cholestasis. *Eurasian J Med.* 2019;51(3):270–2.
2. Egbe TO, Badjang TG, Tchounzou R, Egbe EN.

Uterine fibroids in pregnancy: prevalence, clinical presentation, associated factors and outcomes at the Limbe and Buea Regional Hospitals, Cameroon: a cross-sectional study. *BMC Res Notes* [Internet]. 2018; 4–9. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13104-018-4007-0>.

3. Kim M. Spontaneous complete regression of large uterine fibroid after the second vaginal delivery case report. *Med (United States).* 2018;97(45).
4. Eyong E, Okon OA. Large Uterine Fibroids in Pregnancy with Successful Caesarean Myomectomy. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2020;2020.
5. Journal E, Science M, Centre E, UK D. Management Outcome of Uterine Fibroids in Pregnancy in a. 2017;5(1):1
6. p. No Title283. 1386.
7. Dolmans MM, Donnez J, Fella L. Uterine fibroid management: Today and tomorrow. *J Obstet Gynaecol Res.* 2019;45(7):1222–9.
8. Ludwig PE, Huff TJ, Shanahan MM, Stavas JM. Pregnancy success and outcomes after uterine fibroid embolization: Updated review of published literature. *Br J Radiol.* 2020;93(1105).
9. Ming WK, Wu H, Wu Y, Chen H, Meng T, Shen Y, et al. Health-related quality of life in pregnancy with uterine fibroid: A cross-sectional study in China. *Health Qual Life Outcomes.* 2019;17(1):1–11.
10. Of T. DC DUTTA'S TEXTBOOK OF.
11. Jacob AV. *University Journal of Surgery and Surgical Specialities.* Univ J Surg Surg Spec. 2019;5(5):1–5.
12. Arora D, Chawla J, Kochar SPS, Sharma JC. A randomized control trial to assess efficacy of Mifepristone in medical management of uterine fibroid. *Med J Armed Forces India* [Internet]. 2017;73(3):267–73. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mjafi.2017.02.013>.
13. Donnez J, Donnez O, Dolmans MM. The current

place of medical therapy in uterine fibroid management. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 2018;46:57–65. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2017.10.008>.

14. Yu Q, Gabriel G, Hoffman M, Sanampudi S, Jassim T, Raissi D. Uterine-sparing management of pyomyoma after uterine fibroid embolization. *Radiol Case Reports*. 2019;14(8):1031–5.