

Mola Hidatidosa

Muzayyanah

Bagian Obggin FK Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Abstract

Gestational Trophoblast Diseases are a group of diseases originated from the fetal chorion and consists of: hydatid mole, invasive mole, trophoblast tumor of the placental site and choriocarcinoma. Therefore, this clinical definition includes the benign and malignant conditions.

Hydatid mole can cause morbidity and mortality due to bleeding, embolism, perforation, coagulopathy and infection. Moreover, it also induces malignancy in the future. Hence, early detection and right treatment of hydatid mole, as well as early detection of trophoblast tumor after hydatid mole evacuation are very essential as important efforts to compress the morbidity and mortality due to these trophoblast diseases.

Key words: *Gestational Trophoblast Diseases, hydatid mole, malignancy, evacuation*

Abstrak Kasus

Seorang wanita hamil 30 minggu (G3P2) yang ditagnosis sebagai mola hidatidosa berdasarkan adanya riwayat terlambat haid dan adanya terdapat perdarahan. Pada pemeriksaan fisik diperoleh: T 37,5°C, N 100/menit, RR 20/menit, tidak ada kelainan, dan denyut janin yang tidak terdengar. Adanya mola pada uterus diketahui dari kejangannya yang parah.

Kesulitan ini disebabkan karena adanya proliferasi peritrofan embrio dalam uterus yang cukup lama (lebih kurang 3 bulan). Dari anamnesis dan pemeriksaan fisik tidak terdapat adanya kelainan, pemeriksaan dan tindakan yang dilakukan adalah keguguran mola hidatidosa.

Revisi Diagnosis: 1) Partus HB, Hutan, Letakkan dan trombusis; 2) Ultrasonografi; 3) Foto dada; 4) Beta hCG serum (kuantitatif); 5) Pemeriksaan 1) Terjadi sampai HB > 10 gram %; 2) Evakuasi mola.

Abstrak

Penyakit Trofoblast Gestasional adalah sekelompok penyakit yang berasal dari khorion janin, yang meliputi mola hidatidosa, mola invasif, tumor trofoblas dari tempat implantasi plasenta dan khorioikarsinoma. Jadi pengertian klinik ini meliputi keadaan jinak maupun ganas.

Mola hidatidosa dapat menimbulkan morbiditas dan mortalitas akibat perdarahan, emboli, perforasi, koagulopati dan infeksi. Selain itu juga menimbulkan keganasan di kemudian hari. Oleh karena itu, deteksi dini dan penanganan yang baik pada penderita mola hidatidosa maupun penemuan dini tumor trofoblas sesudah evakuasi mola sangat penting sebagai upaya untuk menekan morbiditas dan mortalitas akibat penyakit trofoblas ini.

Kata kunci: Penyakit Trofoblast Gestasional, mola hidatidosa, keganasan, evakuasi

Pendahuluan

Di negara-negara yang sudah maju pengelolaan mola hidatidosa tidak merupakan masalah karena sebagian besar telah terdiagnosis pada stadium yang dini, sebaliknya dinegara-negara yang sedang berkembang karena pada umumnya diagnosis terlambat maka penyulit-penyulit seperti perdarahan dan tirotoksikosis masih menjadi salah satu penyebab kematian ibu.

Pemicu tirotoksikosis atau hipertiroidisme pada mola adalah tingginya kadar hcg, pada kadar hcg $< 100.000 \text{ Miu/Ml}$ stimulasi tiroid hcg tidak nampak, namun pada kadar yang sangat tinggi hal ini sangat nyata.

Gambaran Minis tirotoksikosis pada mola tidak terlalu jelas dan terdapat beberapa tingkat tirotoksikosis: 1) Overthyrototoxicosis, kadar hormon tiroid bebasekang tinggi, namun kadar TSH sangat rendah, 2) Bila keadaan butir 1 di atas disertai gambaran klinis disebut tirotoksikosis klinis 3) Bila tidak disertai gambaran klinis disebut tirotoksikosis biokimiawi, 4) Bila TSH $< 0,10 \text{ Miu/M}$ dan hormon tiroid normal disebut tirotoksikosis subklinik.

Penelitian menunjukkan bahwa angka kejadian tirotoksikosis biokimiawi berkisar antara 40%-50% dan sekitar 26% menunjukkan gambaran klinis yang minimal dan tidak satupun yang memenuhi kriteria Wayne untuk tirotoksikosis.

Diagnosis tirotoksikosis pada mola sangat penting dan perlu ditanggulangi dahulu sebelum dilakukan upaya evakuasi jaringan molanya, karena bila tidak dilakukan maka upaya evakuasi jaringan mola dapat menimbulkan kematian penderita akibat krisis tiroid atau payah jantung akut.

Tujuan Penulisan ini adalah untuk mengetahui pengelolaan mola hidatidosa dan cara deteksi dini adanya komplikasi dari mola hidatidosa.

Ilustrasi Kasus

Seorang wanita berusia 30 tahun, G5P4AO, yang didiagnosis sebagai mola hidatidosa berdasarkan adanya riwayat terlambat haid dan riwayat perdarahan pervaginam. Pada pemeriksaan fisik dijumpai uterus lebih besar dari usia kehamilan, tidak ada ballotemen, dan denyut jantung janin yang tidak terdengar. Adanya anemia pada pasien diketahui dari konjungtiva yang pucat.

Keadaan ini disebabkan karena adanya perdarahan pervaginam sedikit-sedikit dalam waktu yang cukup lama (lebih kurang 2 bulan). Dari anamnesis dan pemeriksaan fisik tidak dijumpai adanya hiperemesis, preeklamsia dan tirotoksikosis yang kadang-kadang menyertai mola hidatidosa.

Rencana Diagnosis: 1) Periksa HB, Hmt, Lekosit, dan trombosit; 2) Ultrasonografi, 3) Foto thorak, 4) Beta hCG serum (kuantitatif). Rencana Terapi: 1) Tranfusi sampai Hb 3 10 gram %, 2) Evakuasi mola.

Rencana Pendidikan : Menjelaskan kepada pasien dan keluarganya bahwa saat ini kemungkinan kehamilan pasien tidak normal, yaitu suatu kehamilan anggur. Bila hasil USG menyatakan benar suatu kehamilan anggur, maka perlu dilakukan tindakan kuret untuk mengeluarkan kehamilan tersebut. Dan pasien dianjurkan untuk kontrol teratur ke rumah sakit setelah kuretase untuk menilai perkembangan penyakitnya.

Pembahasan/Diskusi

Sebelum 1982 dipergunakan berbagai istilah dalam penyakit Trofoblas Gestasional (PTG) sehingga menyulitkan perbandingannya. Sebagai upaya untuk menyeragamkan terminologi pada tahun 1983, WHO mengusulkan suatu sistem yang diterima secara luas. Terminologi WHO menyatakan bahwa diagnosis bentuk ganas dari PTG ditegakkan berdasarkan parameter klinis atau biokimiawi dan bukan atas dasar pemeriksaan histologi.

Umumnya diagnosis histopatologi tidak diperlukan, karena *tumor marker* (petanda tumor) untuk penyakit ini, yakni β hCG, bila diperiksa dengan cara radioimun (RIA), mempunyai spesifisitas dan sensitivitas yang sangat tinggi. Koriokarsinoma yang berasal dari sel embrional dan karsinoma epitelial tidak termasuk PTG, karena bukan berasal dari jaringan kehamilan.

Gambaran esensial untuk menegakkan diagnosis mola hidatidosa adalah adanya proliferasi trofoblas dan gambaran vili yang hidrofik. Kehamilan mola terdapat dalam dua bentuk yang berbeda yakni mola parsial dan mola komplet yang dapat dibedakan baik secara Gross, histopatologi maupun sitogenetik. Baik mola komplet maupun parsial mempunyai kelebihan jumlah kromosom paternal.

Mola komplit berasal dari fertilisasi ovum yang materi genetik maternalnya hilang atau inaktif. Dengan demikian konseptus pada mola hidatidosa komplit berasal dan berupa alograf total dalam tubuh ibu. Bentuk genetik yang paling sering pada mola komplit adalah diploid 46, XX, berupa hasil fertilisasi sperma 23, X dengan telur "kosong" yang kemudian membelah diri (homozygote). Risiko terjadinya keganasan setelah mola komplit adalah 15% - 20%.

Mola parsial kebanyakan triploid, terdiri atas dua set kromosom paternal dan satu set kromosom maternal yang terjadi karena pembuahan ovum yang normal oleh dua buah sperma. Kemungkinan keganasan setelah mola parsial adalah 5%.

Mola hidatidosa merupakan bentuk penyakit trofoblas yang paling banyak dijumpai dan bersifat jinak. Meskipun demikian, sekitar 20% Mola hidatidosa dapat berkembang menjadi tumor tofoblas yang bersifat ganas, dan 86% dari penderita trofoblas mempunyai riwayat kehamilan mola.

Kejadian mola hidatidosa dan tumor trofoblas cukup bervariasi diantero dunia, paling tinggi di Asia, Afrika dan Amerika Latin, dan sangat rendah di Amerika Utara Eropa dan Australia.

Di Indonesia, kejadian Mola Hidatidosa adalah 1: 77 kehamilan , atau 1: 37 persalinan, sedangkan kejadian tumor tropoblas adalah 1: 185 kehamilan, atau 1:137 persalinan. Faktor etnik dan status ekonomi (defisiensi protein dan karotin) agaknya turut mempengaruhi kejadian penyakit trofoblas.

Diagnosis

1. Pemeriksaan Klinik

Bila ada pendarahan pada kehamilan muda, terutama bila disertai adanya hiperemesis, preeklamsia atau hipertiroid, adanya mola perlu dicurigai. Pada pemeriksaan didapatkan uterus yang lebih besar dari usia kehamilan, tidak ada balotemen, dan detak jantung janin yang biasanya sudah terdengar pada kehamilan 12 minggu, dalam hal ini tidak terdengar. Pada 15 % kasus dijumpai adanya kista teka lutein pada kedua ovarium. Dan kadang-kadang dijumpai preklamsia pada trisemester pertama atau kedua, hiperemesis dan hipertiroid.

Adanya tirotoksikosis pada penderita mola dapat diduga bila terdapat gejala-gejala: 1). Nadi istirahat > 100 x/ menit tanpa ada sebab-sebab lain yang jelas seperti Hb yang < 7 gr%, demam dan lain-lain, 2). Besar uterus > 20 minggu, 3). Kadar hCG (IRMA) > 300.000 mIU / ml.

2. Pemeriksaan hCG urin

Pemeriksaan ini tidak mutlak menunjukkan adanya mola karena dalam urin bisa saja lebih rendah dari kehamilan normal, sedang bila kadarnya tinggi masih mungkin suatu kehamilan kembar. Bila kadarnya lebih dari 500.000 IU/ 24 jam urin biasanya mola, dan berbeda dengan kehamilan normal biasanya kurang dari 100.000 IU/ 24 jam urin.

3. Ultrasonografi

Pemeriksaan USG aman baik untuk ibu maupun janin dan cukup akurat. Pemeriksaan ini harus dilakukan pada setiap pendarahan kehamilan muda dengan uterus sebesar 12 minggu.

Mola hidatidosa tampak sebagai jaringan ekogenik homogen yang mengisi kavum uteri. Adanya gambaran vesikuler yang berasal dari edema villi baru terlihat mulai kehamilan 9 minggu (terutama dengan pemeriksaan USG transvaginal). Gambaran mola hidatidosa pada kehamilan trisemester II umumnya spesifik. Kavum uteri tampak berisi massa ekogenik dengan bagian-bagian kistik vesikuler berdiameter 5-10 mm. Gambaran tersebut dapat dibayangkan seperti gambaran sarangtawon atau badai salju. Pada 20-50 % kasus dapat dijumpai adanya massa kistik multilokuler di daerah adneksa, yang berasal dari kista teka lutein.

Pada kasus ini diagnosis maka hidatidosa ditegakkan berdasarkan adanya riwayat perdarahan pervaginam. Pada pemeriksaan fisik dijumpai uterus lebih besar dari usia kehamilan, tidak ada ballotemen, dan detak jantung janin tidak terdengar. Dan pada pemeriksaan USG didapatkan uterus membesar dengan dengan kavum uteri berisi materi ekhoik bercampur struktur vesikuler kecil-kecil ukuran $19 \times 15 \times 10,4 \text{ cm}^3$, yang sesuai dengan gambaran mola hidatidosa.

Penatalaksanaan

1. Persiapan Evakuasi

Bila diagnosis sudah pasti dan persiapan evakuasi sudah selesai, maka evaluasi harus segera dilakukan. Bila penilaian preevakuasi cukup baik maka evakuasi dapat dilakukan, tetapi bila ada yang tidak normal, maka diperbaiki dulu atau diobati dulu, misalnya anemia dengan transfusi, hipertiroid dengan pemberian Bloker Beta Adrenergik.

2. Prosedur Evakuasi

Kurang lebih separuh dari mola hidatidosa datang dalam keadaan abortus. Bila pendarahan terjadi secara aktif maka infus oksitosin dapat segera dipasang. Bila belum terjadi abortus maka evakuasi dilakukan mendilatasi servik lebih dulu sampai diameter 12 mm, baru dilakukan kuret hisap dan dilanjutkan dengan kuret tajam secara hati-hati. Spesimen dari kuret hisap dan kuret tajam dipisah untuk pemeriksaan PA (Hb=9 gr%). Anemia pada pasien ini disebabkan karena adanya pendarahan pervaginam sedikit-sedikit yang berlangsung cukup lama (2 bulan). Keterlambatan pasien berobat ke bidan dan ke RS adalah karena masalah sosial ekonomi yang rendah. Anemia pada pasien diatasi dengan pemberian transfusi darah sebelum dilakukan dilatasi servik dengan pemasangan laminaria stiff. Hal ini dilakukan untuk mengantisipasi bila sewaktu-waktu terjadi abortus mola, pasien sudah dalam keadaan yang optimal. Kuretase dilakukan setelah 12 jam pemasangan laminaria stiff dengan kuret hisap, dilanjutkan dengan kuret tajam sesuai prosedur yang berlaku.

Pengamatan Pasca Evakuasi Mola

Pengamatan lanjut pasca evakuasi mola bertujuan untuk menemukan sendiri mungkin adanya aktivitas sel trofoblas sehingga pengobatan dapat segera diberikan. Pola penurunan kadar Beta hCG dapat memberikan petunjuk ada/tidaknya tumor trofoblas, begitu juga dengan pemeriksaan fisik seperti pendarahan, uterus yang masih besar atau adanya kista lutein yang menetap. Penyebaran ke paru dapat diketahui dengan foto thoraks. Dan pemeriksaan ultrasonografi dapat digunakan untuk membedakan kehamilan dengan tumor trofoblas terutama bila Beta hCG menetap atau meningkat 6-8 minggu pasca evakuasi.

Pengobatan Kemoterapi

- a. Kemoterapi profilaksis hanya diberikan pada kelompok resiko tinggi, yaitu :
 1. Kadar hCG pre evakuasi > 100.000 mIU/ml
 2. Uterus lebih besar dari usia kehamilan 20 minggu,
 3. Kista lutein lebih besar dari 6cm,
 4. Usia ibu > 40 tahun,
 5. Ada riwayat penyakit trofoblas sebelumnya,
 6. Hipertiroid, pre eklamsia, emboli sel trofoblas, dan adanya DIG
- b. Bila kadar β hCG menetap atau meningkat atau tetap terdeteksi setelah 4-6 bulan pasca evakuasi, atau bila ditemukan adanya metastasis.
- c. Bila terbukti adanya tumor trofoblas atau bila uterus masih besar disertai pendarahan.

Daftar Pustaka

- Aziz, MF. *Penatalaksanaan Penyakit Trofoblas. Simposium Penyakit Trofoblas*, Jakarta 31 Oktober 1992
- Karsono, B. *Pemeriksaan Ultrasonografi pada Penyakit Trofoblas. Simposium Penyakit Trofoblas*, Jakarta 31 Oktober 1992
- Jones HW, Jones Gs. *Novak's Textbook of Gynecology*. 12 Ked. Baltimore : Wiliams & Wilkins, 1991:659-89
- Lurain JR. *Gesational, Trophoblastic Disease*. Dalam : Stoval TG, Summitt RL, Beckmann CR, Ling FW. *Clinical Manual of Gynecology*
- Tham KF, Ratnam SS. *The Classification Of Gestation Trophoblastic Disease A Critical Review*, Ant J Gyn Obs, 1998: 60 (supp 1): 39 - 50
- Kariadi SH. *Tirotoksikosisi Pada Mola Hidatidosa*, Seminar Sehari Penyakit Trofoblas Gestasional, Bandung, 1998.
- Cole LA, Kohorn El, 600 SK. *Detecting And Monitoring Trophoblastic Disease, New Perspective On Measuring Human Clorionic Gonadotropin Levels*, J Rep Med 1994 : 39: 193-200