



## LAPORAN KASUS — CASE REPORT

# Mola Hidatidosa Kehamilan 11 Minggu pada Wanita Usia 43 Tahun

Cipta Pramana<sup>1\*</sup>, Charity Harlim<sup>1</sup>, Rizania Raudhah Nisfita<sup>2</sup>, Dina Nihayati<sup>2</sup>, Annesa Saraswati<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanegara, Jakarta, Indonesia

<sup>2</sup>Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung, Semarang, Indonesia

\*Korespondensi:  
pramanacipta@yahoo.com

### Abstrak

Mola hidatidosa merupakan salah satu kasus yang jarang terjadi. Penegakan diagnosis mola harus dilakukan segera dan tepat karena dapat menjadi ganas dan menimbulkan kegawatan akibat perdarahan yang banyak. Kami melaporkan seorang wanita usia 43 tahun hamil 11 minggu dengan keluhan perdarahan pervaginam. Kasus ini menarik karena pasien memiliki faktor risiko, yaitu berusia 43 tahun. Pada pemeriksaan vagina ditemukan adanya darah, ostium uteri eksternum terbuka, dan tinggi fundus uteri teraba seperti usia kehamilan 24 minggu. Pemeriksaan titer  $\beta$ -hCG urin positif sampai 1/400 dan pemeriksaan ultrasonografi abdomen ditemukan gambaran "snowstorm appearance" tanpa janin. Pasien didiagnosis mola hidatidosa komplisit dan kemudian dilakukan kuretase. Jaringan yang terkumpul diambil untuk dilakukan pemeriksaan histopatologi. Tidak ada komplikasi selama dan setelah tindakan kuretase. Pasien pulang dalam kondisi baik dan sehat.

**Kata Kunci:** Mola Hidatidosa, Snowstorm Appearance, Kuretase

## PENDAHULUAN

Mola hidatidosa (juga dikenal sebagai kehamilan anggur) adalah subkategori penyakit trofoblas gestasional/*Gestational Trophoblast Disease* (GTD), yang berasal dari plasenta dan dapat bermetastasis. Meskipun angka kematian di negara maju sudah hampir tidak pernah ditemukan lagi. Namun, angka kematian di negara berkembang masih cukup tinggi, yaitu berkisar antara 2,2% dan 5,7%. Sekitar 5,56% dari pasien dengan mola hidatidosa dapat menderita degenerasi keganasan menjadi koriokarsinoma sehingga diagnosis dini dan manajemen kasus mola hidatidosa sangat penting untuk diketahui, baik sebelum tindakan maupun pasca tindakan.<sup>1</sup>

Meskipun studi epidemiologi melaporkan bahwa terdapat variasi yang luas dalam kejadian mola hidatidosa, di sebagian besar dunia, kejadian mola hidatidosa adalah 1 per 1.000 kehamilan. Penelitian yang dilakukan di Amerika Utara, Australia, Selandia Baru, dan Eropa menunjukkan insiden mola hidatidosa berkisar antara 0,57-1,1 per 1.000 kehamilan, sedangkan penelitian di Asia

Tenggara dan Jepang melaporkan angka kejadian setinggi 2,0 per 1.000 kehamilan.<sup>2,3</sup>

Mola hidatidosa adalah kasus yang jarang terjadi namun bila tidak dilakukan deteksi secara dini dan tidak ditangani segera dapat berkembang menjadi keganasan dan dapat menimbulkan kematian.<sup>1</sup> Kami melaporkan perempuan berusia 43 tahun G3P2A0 dengan Mola Hidatidosa, usia kehamilan 11 minggu. Pada pasien dilakukan kuretase pada tanggal 24 September 2020. Tidak ada komplikasi selama dan setelah dilakukan kuretase.

## LAPORAN KASUS

Seorang wanita berusia 43 tahun G3P2A0 datang ke klinik Obstetri dan Ginekologi dengan keluhan keluar darah disertai gumpalan-gumpalan dari jalan lahir sejak 2 minggu sebelum masuk rumah sakit. Keluhan disertai rasa nyeri perut bawah. Pada awal kehamilan, pasien merasakan mual yang cukup hebat dibanding kehamilan sebelumnya (15 tahun yang lalu) sehingga nafsu makan menurun. Sesak nafas dan gejala hipertiroid

disangkal oleh pasien. Tidak ada riwayat penyakit tekanan darah tinggi sebelumnya.

Pemeriksaan tanda vital ditemukan peningkatan tekanan darah, yaitu 157/89 mmHg, denyut nadi 63 kali per menit, pernafasan 20 kali per menit, dan suhu tubuh 36,2°C. Berat badan 53 kg, tinggi badan 150 cm, dan IMT 23,5 kg/m<sup>2</sup> yang artinya status gizi pasien baik.

Pada pemeriksaan generalis didapatkan konjungtiva mata tampak anemis dan pada pemeriksaan abdomen didapatkan nyeri tekan pada perut bagian bawah. Pada pemeriksaan ginekologi, pemeriksaan dalam vagina terdapat fluksus/darah, ostium uteri eksternum membuka, dan korpus uteri teraba setinggi pusat sebesar hamil 24 minggu. Pemeriksaan laboratorium ditemukan rendahnya kadar hemoglobin 7,6 g/dL dan hematokrit 23,5 % yang menunjukkan pasien ini mengalami anemia, kadar beta-human Chorionic Gonadotropin ( $\beta$ -hCG) dengan pengenceran 1/400 menunjukkan hasil positif. Hasil pemeriksaan ultrasonografi menunjukkan gambaran badai salju atau 'snowstorm appearance' tanpa janin (Gambar 1), yang merupakan gambaran patognomonik dari mola hidatidosa komplisit.

Pasien ini didiagnosis mola hidatidosa komplisit. Kuretase merupakan manajemen yang dipilih pada kasus ini. Perkiraan jaringan dan gelembung mola (Gambar 2) disertai darah yang berhasil dikeluarkan melalui kuretase adalah 1000 cc. Tindakan kuretase selesai dalam waktu 20 menit. Jaringan yang terkumpul dikirim untuk pemeriksaan histopatologi. Tidak ada komplikasi selama dan setelah operasi. Pasien dipulangkan pada hari kedua dalam kondisi baik dan sehat.

## DISKUSI

Mola hidatidosa adalah salah satu penyakit trofoblas gestasional yang paling umum dijumpai, terutama di awal dan akhir masa reproduksi. Mola hidatidosa terbagi menjadi dua, mola komplisit dan parsial. Bentuk lain dari penyakit trofoblas gestasional termasuk koriokarsinoma gestasional (yang bisa sangat ganas dan invasif) dan tumor trofoblas pada plasenta. Meskipun mola hidatidosa biasanya dianggap jinak, namun mereka bersifat premaligna dan dapat berpotensi menjadi ganas dan invasif. Persentase terjadinya insiden keganasan lebih tinggi pada mola komplisit dengan persentase



**Gambar 1.** Pemeriksaan USG menunjukkan gambaran badai salju (*snowstorm appearance*).



**Gambar 2.** Jaringan dan gelembung-gelembung mola hidatidosa.

15-20%, serta dapat dijumpai tanda dan gejala penyakit trofoblastik persisten. Mola hidatidosa tampaknya disebabkan oleh gametogenesis dan fertilisasi abnormal, lebih sering pada usia reproduksi yang ekstrem (<15 tahun atau >45 tahun) dan kehamilan pada usia ini merupakan faktor risiko untuk mola hidatidosa. Perempuan dengan riwayat mola komplisit sebelumnya dapat terjadi rekurensi sebesar 1,5% untuk terjadinya mola, sementara perempuan dengan riwayat mola parsial sebelumnya memiliki risiko rekurensi sebesar 2,7%. Faktor lain yang mungkin terkait dengan kejadian mola hidatidosa antara lain merokok, riwayat penggunaan kontrasepsi pil, dan defisiensi vitamin.<sup>1,4</sup>

Mola hidatidosa disebabkan oleh proliferasi vili korionik yang berlebihan dan mengakibatkan



pembengkakan dan memproduksi kadar hCG yang tinggi. Pada mola lengkap, sel telur yang dienukleasi dibuahi oleh dua sperma atau sperma haploid yang kemudian berduplikasi menghasilkan hanya DNA ayah yang diekspresikan. Sebaliknya, pada mola hidatidosa parsial, sel telur haploid dan dibuahi oleh sperma normal yang menduplikasi atau sel telur haploid dibuahi oleh dua sperma, mengekspresi DNA ibu dan ayah.<sup>1</sup>

Pasien dengan mola hidatidosa memiliki tanda-tanda umum, yaitu adanya perdarahan pervaginam, *hyperemesis gravidarum* (mual dan muntah berlebihan), dan terdapat pengeluaran gelembung mola dari jalan lahir. Perdarahan digambarkan seperti "*prune juice*". Selain itu, juga dapat ditemukan tanda tirotoksikosis (takikardi, tremor), dan juga tanda preeklamsia pada trimester I (hipertensi dan proteinuri atau disfungsi organ). Adanya tanda-tanda "preeklamsi" pada kehamilan kurang dari 20 minggu dapat dicurigai adanya mola hidatidosa. Pada pemeriksaan fisik, terdapat perbedaan antara ukuran uterus dan juga umur kehamilan. Bila ukuran uterus lebih besar daripada umur kehamilan kemungkinan terjadi mola komplit. Pada mola partial memiliki gejala yang mirip dengan abortus inkomplit ataupun *missed abortion*, bila ukuran uterus lebih kecil daripada umur kehamilan kemungkinan terjadi mola parsial. Selain itu, dapat dilakukan pemeriksaan doppler. Pada mola komplit tidak ditemukan adanya denyut jantung bayi.<sup>1-3</sup>

Pada kehamilan mola hidatidosa kadar  $\beta$ -hCG serum merupakan penanda spesifik. Mola hidatidosa komplit cenderung memiliki kadar serum yang sangat tinggi. Dengan mola yang progresif, kadar dalam jutaan dapat terjadi. Penentuan serum  $\beta$ -hCG dengan atau tanpa pengenceran sampel dapat membantu diagnosis. Pada mola parsial, kadar  $\beta$ -hCG juga dapat meningkat secara signifikan, tetapi umumnya masih dalam kisaran yang diharapkan untuk usia kehamilan. Pemeriksaan laboratorium lain yang perlu diperiksa yaitu pemeriksaan hitung darah lengkap (untuk mengevaluasi anemia dan trombositopenia), pemeriksaan elektrolit, tes fungsi ginjal, fungsi tiroid (jika ada tanda dan gejala hipertiroidisme), tes fungsi hati, urinalisis, dan profil koagulasi termasuk untuk mengevaluasi koagulasi intravaskular diseminata pada kasus yang parah.<sup>1,2</sup>

Pencitraan pilihan pada mola hidatidosa, yaitu dengan ultrasonografi karena memiliki peran

penting dalam mendiagnosis, baik mola komplit maupun parsial. Secara sonografis, mola komplit menunjukkan pembengkakan hidropik difus, massa uterus yang ekhogenik dengan banyak ruang kistik anekhoik tetapi tanpa janin atau kantung amnion. Gambaran ini disebut sebagai "*snow-storm*" atau dapat disebut juga "*honey-comb*". Mola parsial memiliki gambaran yang mencakup janin, air ketuban dan plasenta multikistik. Jika diagnosis mola ditegakkan, langkah selanjutnya adalah pemeriksaan *rontgen* dada untuk menentukan adanya metastasis. Selain itu, *rontgen* dada harus dilakukan jika gejala awal pasien ada tanda-tanda gangguan pernapasan atau untuk mengevaluasi edema paru.<sup>1,2,4</sup>

Penanganan pasien mola hidatidosa, yaitu mencakup perbaikan keadaan umum seperti dehidrasi, transfusi darah bila anemia (Hb <8g/dL), perbaiki gejala preeklamsia, dan *hyperemesis gravidarum*, bila ada gejala tirotoksikosis maka dapat dikonsultasikan ke dokter ahli penyakit dalam. Untuk mola hidatidosa dapat dilakukan kuretase. Karena risiko perdarahan meningkat dengan peningkatan ukuran uterus, transfusi darah harus tersedia ketika uterus lebih besar dari 16 minggu dalam usia kehamilan. Seluruh jaringan mola dikirim ke laboratorium untuk diperiksa. Tindakan histerektomi dapat dipertimbangkan bila umur pasien sudah lebih dari 35 tahun dan sudah memiliki lebih dari 3 anak hidup. Dikarenakan tindakan histerektomi lebih invasive, dan pasien ini tidak memiliki banyak komorbid seperti hipertiroid, preeklamsia, *respiratory distress syndrome* dan lain sebagainya yang dapat memperberat gejala, maka pada pasien ini hanya dilakukan kuretase.<sup>1-3</sup> Dilatasi dan kuretase berulang tidak disarankan karena risiko infeksi, perdarahan, dan perforasi uterus. Tindakan dilatasi dan kuretase berulang diperlukan pada kasus-kasus tertentu jika ada kecurigaan sisa jaringan mola yang masih tertinggal dalam uterus setelah pemeriksaan ultrasonografi atau adanya perdarahan pervaginam yang banyak.<sup>5</sup>

Pengawasan dan evaluasi setelah evakuasi kehamilan mola selama 1-2 tahun. Selama pengawasan ini dipantau kadar hCG setiap minggu sampai kadar hCG normal 3 kali berturut-turut. Kemudian pantau hCG setiap bulan sampai 6 bulan berturut-turut kadar hCG normal. Pemeriksaan fisik dilakukan dalam interval 6-12 bulan. Setelah kadar hCG normal, wanita disarankan untuk tidak hamil selama 6 bulan. Selama periode ini,



kontrasepsi yang dianjurkan adalah kondom atau pil kontrasepsi kombinasi dosis rendah. Apabila terjadi kehamilan yang akan datang, kadar serum hCG harus diperiksa setelah kehamilan 6 minggu dan periksa lagi pada usia kehamilan 10 minggu untuk menyingkirkan kekambuhan.<sup>4-7</sup> Bila telah terjadi remisi spontan (kadar beta HCG, pemeriksaan fisik, dan foto toraks semuanya normal) setelah 1 tahun maka pasien tersebut dapat berhenti menggunakan kontrasepsi dan dapat hamil kembali. Namun bila selama masa observasi, kadar beta HCG tetap atau meningkat dan pada pemeriksaan foto toraks ditemukan adanya tanda-tanda metastasis maka pasien harus dievaluasi dan dimulai pemberian kemoterapi.<sup>7</sup>

## KESIMPULAN

Mola hidatidosa adalah kasus yang jarang terjadi namun dapat menjadi ganas dan dapat menyebabkan kematian sehingga diagnosis awal dan tatalaksana yang tepat perlu dilakukan. Dalam hal ini, telah dilakukan tindakan kuretase pada pasien dengan mola hidatidosa. Tidak ada komplikasi saat kuretase maupun setelah kuretase.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Kang. SGM. Hydatidiform Mole [Internet]. StatPearls [Internet].; 2020 [cited 2020 Jun 29]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459155/>.
2. Lurain JR. Gestational trophoblastic disease I: Epidemiology, pathology, clinical presentation and diagnosis of gestational trophoblastic disease, and management of hydatidiform mole. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2010;203(6):531–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2010.06.073>.
3. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Spong CY DJ. *William Obstetrics*. Mcgraw-hill; 2014.
4. Ngan HYS, Seckl MJ, Berkowitz RS, Xiang Y, Golfier F, Sekharan PK, et al. Update on the diagnosis and management of gestational trophoblastic disease. *Int J Gynecol Obstet*. 2015;131:S123–6.
5. Kosmas IP, Tatsi C, Sifakis S, Tzabari A, Kiortsis D, Mynbaev O, et al. Assisted reproductive technique complications in pregnancy. *Management and Therapy of Early Pregnancy Complications: First and Second Trimesters*. 2016. 209–253 p.
6. Tse KY, Ngan HYS. Gestational trophoblastic disease. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 2012;26(3):357–70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2011.11.009>.
7. Pramana C. *Praktis Klinis Ginekologi* [Internet]. Pertama. Bandung: CV. Media Sains Indonesia; 2021. 137 p. Available from: [https://books.google.co.id/books?hl=en&lr=&id=9icqEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&ots=PMgkZ4RBQ6&sig=3XhD0AuaattpVUGsfQkqi75kkB0&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.co.id/books?hl=en&lr=&id=9icqEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&ots=PMgkZ4RBQ6&sig=3XhD0AuaattpVUGsfQkqi75kkB0&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false).