

## CASE REPORT: ASYMPTOMATIC 33 YEARS OLD WOMAN WITH CHRONIC ECTOPIC PREGNANCY

Nela Julianti<sup>1</sup>, Abdul Faris<sup>2</sup>, Muhammad Nasir<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medical Profession Program, Faculty of Medicine, Tadulako University, Palu, Indonesia, 94118

<sup>2</sup>Department of Obstetry and Gynecology Surgery, Wirabuana General Hospital, Palu, Indonesia, 94118

<sup>3</sup>Department of Tropical Diseases and Traumatology, Faculty of Medicine, Tadulako University, Palu, Indonesia, 94118

Correspondent Author: [nelajulianti.17@gmail.com](mailto:nelajulianti.17@gmail.com)

### ABSTRACT

*Chronic Ectopic Pregnancy (CEP) is a variant of Ectopic Pregnancy (EP), a life-threatening condition that is difficult to diagnose. The presentation of signs and symptoms to this case is varied. In this case report, we found a 33 years old woman with CEP and did not have symptoms, Ultrasound examination results showed an anechoic mass with a diameter of 6.63 cm. Surgery intervention applied on this patient and we found CEP mass. We follow-up the patient for three days and after that the patient can go home.*

### ABSTRAK

*Kehamilan Ektopik (KE) Kronik adalah salah satu varian dari KE, adalah kondisi mengancam nyawa yang sukar untuk didiagnosis. Presentasi tanda dan gejala kasus ini juga sangat bervariasi, pada laporan kasus ini kami menemukan pasien wanita umur 33 tahun dengan KE kronik tanpa gejala atau asimtomatik, dengan hasil pemeriksaan Ultrasonografi didapatkan massa anekoik dengan diameter 6.63 cm. Pasien langsung dilakukan intervensi bedah dan ditemukan massa KE kronik, pasien di-follow up selama 3 hari setelah itu dirawat jalan.*

### Pendahuluan

Implantasi adalah salah satu proses dari kehamilan, yaitu proses embrio menempel ke permukaan dinding rahim dan membentuk jaringan aliran darah antara ibu dan janin.

<sup>(1)</sup>KE adalah kehamilan dimana pertumbuhan sel telur yang telah dibuahi tidak menempel pada permukaan dinding rahim. Kehamilan Ektopik (KE) Kronik adalah salah satu varian dari KE, hal ini terjadi ketika jaringan trofoblas menginvasi struktur implantasi, yang menyebabkan robekan berulang dan perdarahan kecil. Selang waktu akan terbentuk hematokel dan menimbulkan reaksi inflamasi dan pembentukan perlengketan kronis pada pelvis, istilah ini dipakai karena pada keadaan ini tampak anatomi sudah sukar dinilai sebagai kehamilan.<sup>(2-4)</sup> Insidensi dari KE kronik sangatlah langka, dalam suatu literatur didapatkan bahwa dari 305 kehamilan ektopik, hanya 62 yang menderita KE kronik (20,3%), dimana hanya sekitar 2% angka kejadian KE di Amerika.<sup>(5,6)</sup>

KE kronik adalah suatu kondisi yang mengancam nyawa dan sukar didiagnosis, presentasi klinis dari keadaan ini bervariasi, pasien bisa mengalami nyeri subakut ataupun kronis namun bisa juga asimtomatik, mempunyai kadar b-hCG yang rendah, dan pada penemuan Ultrasonografi (USG) dapat bervariasi dari tampak massa avaskular dan massa vaskular.<sup>(7)</sup> Tidak ada kriteria secara luas untuk mendiagnosis penyakit ini.<sup>(8)</sup> Beberapa dokter menetapkan diagnosis KE kronik berdasarkan penemuan intraoperatif.<sup>(9)</sup>

Penatalaksana dari penyakit ini biasanya dilakukan operasi, dimana teknik operasi yang paling sering adalah Salpingoektomi (40%), Salpingo-ooforektomi (34%), dan Salpingo-ooforektomi dengan Histerektomi total (26%).<sup>(10)</sup>

### Laporan Kasus

Pasien perempuan berusia 33 tahun masuk rumah sakit atas rujukan dari spesialis Obstetri dan Ginekologi dengan kista ovarium. Awalnya pasien datang ke klinik untuk konsultasi program kehamilan, namun setelah dilakukan pemeriksaan USG didapatkan tampak kista ovarium. Pasien tidak memiliki keluhan dan pasien mempunyai riwayat abortus sekitar enam bulan yang lalu, namun pasien tidak pernah menjalani kuretase. Dalam enam bulan terakhir pasien mengaku haid lancar, pasien tidak pernah mengalami sakit perut lama sebelumnya, dan pasien tidak mengeluhkan perdarahan abnormal dari jalan lahir. Riwayat menarche pada usia 14 tahun, siklus menstruasi 28 hari dan lama masa menstruasi 7 hari, pasien merasakan nyeri saat menstruasi. Pasien tidak memiliki keluarga dengan riwayat yang sama. Riwayat kehamilan dan kelahiran pada Januari 2019 dan mengalami abortus saat janin berusia 2 bulan.

Dari tampak fisik pasien dalam batas normal, dan pemeriksaan dari kepala ke kaki tidak ditemukan adanya kelainan. Pemeriksaan penunjang didapatkan Hemoglobin 13.6 g/dL, Leukosit  $6.7 \times 10^3/uL$ , Hematokrit 44.1%, dan Trombosit  $207 \times 10^3/uL$ , *Bleeding Time* 3'00", *Clotting Time* 6'00". Pada pemeriksaan USG

didapatkan massa pelvis berdiameter 6.63 cm, massa tampak anekoik, dan disimpulkan sebagai kista ovarium.



Gambar 1. Tampak massa pada pemeriksaan USG



Gambar 2. Tampak massa pada pemeriksaan USG

#### **FOLLOW-UP DAN OUTCOME**

Perawatan hari pertama, pasien diistirahatkan dengan persiapan pemberian pengobatan pre-operatif berupa antibiotik dan

diarahkan untuk puasa. Pada hari kedua pasien didorong masuk ke ruang operasi untuk dilakukan prosedur bedah, yaitu Laparotomi dengan indikasi kista ovarium *informed consent*. Diagnosis KE kronik ditetapkan secara intraoperatif setelah ditemukan massa KE kronik dan dilakukan Salpingo-ooforektomi parsial. Hari ketiga, yaitu 1 hari pasca operasi pasien masih mengeluhkan nyeri bekas operasi dan perdarahan dari liang vagina. Hari ke-5, 2 hari pasca operasi, keluhan membaik dan pasien disarankan untuk pulang. Pada hari ke-3, keadaan pasien membaik. dan pasien dapat hamil kembali pasien menjalani rawat jalan.



Gambar 3. KE Kronik

#### **DISKUSI**

KE atau kehamilan ektrauterina adalah sebutan untuk blastokista yang bertumbuh diluar dari permukaan dinding uterus dan sekitar 95.5% bertempat pada tuba fallopi, tingkat kejadian KE sekitar 2% dari seluruh kehamilan, namun dalam suatu literatur disebutkan bahwa hanya 20.3% kejadian KE kronik dari seluruh insidensi KE. (5,11,12) Trias klasik dari KE adalah nyeri abdomen yang biasanya muncul pada trimester pertama dari suatu kehamilan (sekitar 100 hari pertama dalam kehamilan), amenorea, dan adanya massa adneksa, namun dalam suatu laporan kasus, gejala dari KE kronik bervariasi dari ringan sampai sedang namun bisa juga asimtomatik. Massa yang tampak dari KE kronik biasanya berasal dari perlengketan antara tuba yang

inflamasi, struktur sekitarnya, darah, dan jaringan nekrosis.<sup>(13-15)</sup>

Pasien tersebut tidak memiliki keluhan apa-apa. Orang yang menderita KE kronik memang ada yang tidak memiliki keluhan atau asimtomatik dan hal ini sudah sesuai dengan kebanyakan kasus dari KE kronik. Pemeriksaan selanjutnya untuk menentukan KE kronik biasanya dilakukan pemeriksaan kadar b-hCG, pemeriksaan USG transvaginal juga mempunyai sensitivitas tapi tidak spesifik. Pemeriksaan b-hCG dan USG transvaginal dapat meningkatkan akurasi dari penegakan diagnostik KE kronik.<sup>(16)</sup> Pasien ini datang tanpa keluhan, maka pemeriksaan USG dilakukan hanya untuk kepentingan dari program kehamilan. Namun pemeriksaan USG, ditemukan massa berupa kista ovarium yang berukuran 6.63 cm. Massa tersebut sekilas mirip dengan kista ovarium. Tampakkan KE kronik pada pemeriksaan *imaging* pada kebanyakan laporan kasus juga terlihat hampir sama seperti kista ataupun massa inflamasi lainnya. Pasien ini kemudian direncanakan untuk dilakukan operasi dengan persetujuan. Teknik operasi yang dilakukan adalah Laparotomi dan Salpingo-ooforektomi. Penatalaksanaan kasus ini juga hampir sama dengan kebanyakan laporan kasus KE kronik yang lain, dimana salah satu Teknik operasi adalah Salpingo-ooforektomi, Salpingo-ooforektomi adalah salah satu prosedur dalam penatalaksanaan keadaan patologi pada ovarium dan salping.<sup>(17)</sup> Setelah operasi pasien di-*follow-up* selama 3 hari, setelah keadaan membaik pasien dipersilahkan untuk rawat jalan. Dalam kasus ini prognosis pasien baik dan pasien masih dapat hamil kembali dikarenakan salah satu dari ovarium dan tuba fallopi pasien masih dapat berfungsi dengan baik.

Penatalaksanaan lain pada kasus KE dengan medikamentosa adalah Methotrexate. Disebutkan bahwa Methotrexate memiliki efek yang sama dengan Salpingotomi dalam kasus KE pada tuba ketika belum adanya ruptur, namun dalam sebuah literatur, pemberian Methotrexate pada KE akut dapat berujung pada kejadian KE kronik apabila pengobatannya tidak selesai.<sup>(8,18,19)</sup> KE kronik resisten terhadap terapi Methotrexate, sehingga terapi bedah adalah penatalaksanaan yang tepat pada kasus ini.<sup>(2)</sup>

Tingkat rekurensi dari KE belum diketahui, pada suatu studi dikatakan bahwa sekitar 14-15% kejadian rekurensi setelah 1 tahun

dan 23-30% kejadian rekurensi setelah 2 tahun.<sup>(20)</sup>

## KESIMPULAN

KE kronik adalah suatu keadaan yang sangat sulit untuk didiagnosis karena tanda dan gejalanya yang tidak khas, pada kasus ini diagnosis baru ditetapkan setelah dilakukan Laparotomi dan pasien langsung dilakukan Salpingo-oodorektomi parsial untuk mengangkat massa KE kronik. Sampai saat ini, terapi untuk kasus KE kronik adalah terapi bedah.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Kim S-M, Kim J-S. A Review of Mechanisms of Implantation. *Dev Reprod*. 2017 Dec;21(4):351-9.
2. Tempfer CB, Dogan A, Tischoff I, Hilal Z, Rezniczek GA. Chronic ectopic pregnancy: case report and systematic review of the literature. *Arch Gynecol Obstet*. 2019 Sep;300(3):651-60.
3. O'Neill D, Pounds R, Vella J, Singh K, Yap J. The diagnostic conundrum of chronic ectopic pregnancy: A case report. *Case Reports in Women's Health*. 2018 Oct;20:e00086.
4. Prawirohardjo S. ILMU KEBIDANAN. 4th ed. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo;
5. Uur M, Turan C, Vicdan K, Ekici E, Özü Ö, Gökmen O. Chronic Ectopic Pregnancy: A Clinical Analysis of 62 Cases. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 1996 May;36(2):186-9.
6. Barnhart KT, Rinaudo P, Hummel A, Pena J, Sammel MD, Chittams J. Acute and chronic presentation of ectopic pregnancy may be two clinical entities. *Fertility and Sterility*. 2003 Dec;80(6):1345-51.
7. Talavera MD, Horrow MM. Chronic Ectopic Pregnancy. *Journal of Diagnostic Medical Sonography*. 2008 Mar;24(2):101-3.
8. Kasaven LS, Shah A, Sadoon S. Chronic tubal ectopic pregnancy following clinically successful methotrexate treatment for an acute ectopic: a review of the literature. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2019 May 19;39(4):562-3.
9. Drakopoulos P, Pluchino N, Yaron M, Dallenbach P. Chronic tubal ectopic pregnancy: a rare but challenging diagnosis. *Case Reports*. 2014 Jul 31;2014(jul31 1):bcr2014205715-bcr2014205715.
10. Cole T, Corlett RC. Chronic Ectopic Pregnancy. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*. 1982 Jan;59.
11. Marion LL, Meeks GR. Ectopic Pregnancy:

- History, Incidence, Epidemiology, and Risk Factors. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2012 Jun;55(2):376–86.
12. Abdulkareem TA, Eidan SM. Ectopic Pregnancy: Diagnosis, Prevention and Management. In: Abduljabbar HS, editor. *Obstetrics [Internet]*. InTech; 2017 [cited 2020 Apr 7]. Available from: <http://www.intechopen.com/books/obstetrics/ectopic-pregnancy-diagnosis-prevention-and-management>
  13. Vukas Radulovic N, Bullarbo M, Ekerhovd E. A Case of Chronic Ectopic Pregnancy Manifested by Rectal Bleeding. *Case Reports in Obstetrics and Gynecology*. 2017;2017:1–3.
  14. Gulcin Y, Tokmak A, Cengaver NO, Sarikaya E. Chronic ectopic pregnancy with undetectable serum  $\beta$ -hCG level: A rare type of ectopic pregnancy. *Journal of Cases in Obstetrics & Gynecology*. 2014 Jul;1(3):46–8.
  15. Monni G, Honemeyer U. Normal and Abnormal Early Pregnancy. *Donald School Journal of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*. 2011 Dec;5(4):356–84.
  16. Turan C, Ugur M, Dogan M, Ekici E, Vicdan K, Gökmen O. Transvaginal sonographic findings of chronic ectopic pregnancy. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 1996 Aug;67(2):115–9.
  17. Evans EC, Matteson KA, Orejuela FJ, Alperin M, Balk EM, El-Nashar S, et al. Salpingo-oophorectomy at the Time of Benign Hysterectomy: A Systematic Review. *Obstetrics & Gynecology*. 2016 Sep;128(3):476–85.
  18. Kumar V, Gupta J. Tubal ectopic pregnancy. *BMJ Clin Evid*. 2015 Nov 16;2015.
  19. Walter J-E, Buckett WM. Spontaneous bilateral chronic and acute tubal ectopic pregnancies following methotrexate treatment. *The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2004 Jun;44(3):267–267.
  20. Nama V, Manyonda I. Tubal ectopic pregnancy: diagnosis and management. *Arch Gynecol Obstet*. 2009 Apr;279(4):443–53.