

## MOLA HIDATIDOSA

\*Yulita Sari Purba<sup>1</sup>, Muh Ardi Munir<sup>2,3</sup>, Daniel Saranga<sup>4</sup>

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

<sup>2</sup>Departement of Medical Law, Health Humanities and Bioethics, Faculty of Medicine, Tadulako University – Palu, INDONESIA, 94118

<sup>3</sup>Departement of Orthopaedic and Traumatologi Surgery, Undata General Hospital – Palu, INDONESIA, 94118

<sup>4</sup>Departement of Obstetrics dan Gynecology, Anutapura General Hospital – Palu, INDONESIA, 94118

\*Correspondent Author : yulitapurba09@gmail.com

### ABSTRACT

**Background**Hydatiform mole is a pregnancy that develops is not natural in the beginning of the pregnancy is the result of excessive chain production which should develop into the placenta.

**Case Summary**Women 42 years with GX PIXA0 out blood from the street born Brown sometimes accompanied by wad – lumps of flesh-colored somewhat clear, Brown, and red with the texture of mushy. the abdomen was further enlarged since 2 months ago and not feel any fetal movement, nausea and vomiting abdominal quadrant pain down There. Examination of blood obtained by inspekulo out of kanalis cervical ganglion with porsio uteri looks open, there is the network resembles a fish eye from the ostium uteri Examination test pack is positive, examination laboratory: wbc 17.5 x 10<sup>3</sup>/L, Hgb 6.5 gr /dl, Hct 20.5%, PLT 174 x 10<sup>3</sup>/L Examination ultrasound.: the image of snow storm or a Blizzard. Treatment is carried out by the General State of repair and network expenditure mola.

**Conclusion**Hydatidiform moles with complications can cause high levels of morbidity so early detection, treatment of curatase, regular B-hCG examination and anatomical pathology to prevent complications and knowing as early as possible the hydatidiform mole that has considerable potential becomes malignancy. In this case have risk factors which is large and there are complications, namely bleeding, causing severe anemia, but because it is detected earlier and immediately curated, further complications can be overcome.

**Keywords** :Hydatiform mole; snow storm; kuratase;

### ABSTRAK

**Latar Belakang**Mola hidatidosa adalah suatu kehamilan yang berkembang tidak wajar pada permulaan kehamilan yang merupakan hasil dari produksi jaringan berlebihan dimana seharusnya berkembang menjadi plasenta.

**Kasus** Perempuan 42 tahun dengan G<sub>x</sub> P<sub>IXA0</sub> keluar darah dari jalan lahir berwarna kecoklatan terkadang disertai dengan gumpalan – gumpalan daging berwarna agak bening, coklat dan merah dengan tekstur lembek. abdomen makin membesar sejak 2 bulan yang lalu dan tidak merasakan adanya gerakan janin, mual dan muntah Terdapat nyeri kuadran bawah abdomen. Pemeriksaan inspekulo didapatkan adanya darah yang keluar dari kanalis cervicalis dengan porsio uteri tampak terbuka, terdapat jaringan menyerupai mata ikan dari ostium uteri Pemeriksaan test pack positif, pemeriksaan laboratorium : wbc 17,5 x 10<sup>3</sup>/L, Hgb 6,5 gr/dl, Hct 20,5 %, PLT 174 x 10<sup>3</sup>/L.: serta USG Abdomen tampak gambaran snow storm atau badai salju. Penatalaksanaan dilakukan dengan perbaikan keadaan umum dan pengeluaran jaringan mola.

**Kesimpulan** Mola hidatidosa dengan komplikasi dapat menyebabkan tingkat morbiditas yang tinggi sehingga diperlukan deteksi dini, penanganan kuratase, pemeriksaan B-hCG secara berkala serta patologi anatomi untuk mencegah komplikasi dan mengetahui sedini mungkin mola hidatidosa yang memiliki potensi cukup besar menjadi keganasan. Pada kasus ini memiliki faktor resiko yang besar serta terdapat komplikasi yaitu perdarahan sehingga menyebabkan anemia berat tetapi karena terdeteksi lebih awal dan segera dilakukan kuratase sehingga komplikasi lebih lanjut dapat teraratasi.

**Kata Kunci** : Mola Hidatidosa; badai salju; kuratase;

## PENDAHULUAN

Mola hidatidosa adalah tidak ditemukan pertumbuhan janin dimana hampir seluruh vili korialis mengalami perubahan berupa degenerasi hidrofobik sehingga terlihat seperti sekumpulan buah anggur. Keadaan ini tetap menghasilkan hormon *human chorionic gonadotrophin* (HCG) dalam jumlah yang lebih besar daripada kehamilan biasa. Penyakit trofoblas mempunyai potensi yang cukup besar untuk menjadi ganas dan menimbulkan berbagai bentuk metastase keganasan dengan berbagai variasi<sup>1,2,3</sup>.

Prevalensi mola hidatidosa lebih tinggi di Asia, Afrika, dan Amerika Latin dibandingkan dengan negara-negara Barat. Di negara-negara Barat dilaporkan 1:2000 kehamilan. Frekuensi mola umumnya pada wanita di Asia lebih tinggi sekitar 1:120 kehamilan. Di Amerika Serikat dilaporkan insidensi mola sebesar 1 pada 1000-1200 kehamilan. Di Indonesia sendiri didapatkan kejadian mola pada 1 : 85 kehamilan. Biasanya dijumpai lebih sering pada usia reproduktif (15-45 tahun); dan pada multipara. Jadi dengan meningkatnya paritas kemungkinan menderita mola akan lebih besar. Sekitar 10% dari seluruh kasus akan cenderung mengalami transformasi ke arah keganasan, yang disebut sebagai *gestational trophoblastic neoplasma*<sup>2,4</sup>.

## LAPORAN KASUS

Seorang perempuan G<sub>x</sub> P<sub>IX</sub>A<sub>0</sub>42 tahun, datang ke Instalasi Gawat Darurat Kebidanan Rumah Sakit Umum Daerah Undata Palu dengan keluhan keluar darah dari jalan lahir sejak 1 bulan SMRS berupa bercak, bersifat hilang timbul dan semakin banyak sejak 3 hari SMRS sampai harus berganti pembalut 3 kali dalam sehari. Darah yang keluar berwarna kecoklatan terkadang disertai dengan gumpalan – gumpalan daging berwarna agak bening, coklat dan merah dengan tekstur lembek. Pasien juga mengeluh perutnya makin membesar sejak 2 bulan yang lalu. Pasien merasa terdapat hal yang aneh dibanding kehamilan sebelumnya

yaitu dalam waktu 2 bulan, perut pasien semakin cepat membesar dan pasien juga tidak merasakan adanya gerakan janin. Pasien juga mengeluh mual, muntah sejak 3 hari SMRS dengan frekuensi 2 kali sehari. Terdapat nyeri perut bagian bawah. Pasien menyangkal adanya pusing, sakit kepala, jantung berdebar – debar, tidak ada keringat berlebih dan tangan gemetar serta tubuh terasa panas. Pasien mengaku sebelumnya telah melakukan *test pack* dan hasilnya positif hamil. Berdasarkan HPHT usia kehamilan sekitar 11 minggu. Hasil pemeriksaan fisik umum didapatkan kesadaran pasien kompos mentis, dengan tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 80x/menit, pernapasan 20 x/menit, suhu 36,7°C. TFU 3 jari dibawah processus xiphoides, Leopold I-IV tidak teraba bagian-bagian janin, denyut jantung janin tidak ada. Pemeriksaan inspekulo didapatkan adanya darah yang keluar dari kanalis servicalis dengan porsi uteri tampak terbuka, terdapat jaringan menyerupai mata ikan dari ostium uteri. Dari pemeriksaan laboratorium : wbc 17,5 x 10<sup>3</sup>/L, Hgb 6,5 gr/dl, Hct 20,5 %, PLT 174 x 10<sup>3</sup>/L. Test pack untuk mendeteksi B-hCG pada urin: Positif. USG Abdomen : gambaran snow storm atau badai salju.



Gambar 1. Pembesaran Rahim lebih besar dibandingkan usia kehamilannya salju



Gambaran 2. USG Abdomen :  
Gambaran snow storm atau badai



Gambar 3. Hasil Kuratase

## DISKUSI

Pada kasus ini dari anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang diketahui pasien umur 42 tahun datang ke IGD Kebidanan RSUD Undata tanggal 12-3-2018 pukul 18.00 WITA dengan keluhan utama keluar darah dari jalan lahir yang terjadi sejak 1 bulan SMRS berupa bercak, bersifat hilang timbul dan semakin banyak sejak 3 hari SMRS sampai harus berganti pembalut 3 kali dalam sehari. Darah yang keluar berwarna kecoklatan terkadang disertai dengan gumpalan – gumpalan daging berwarna agak bening, coklat dan merah dengan tekstur lembek. Pasien juga mengeluh abdomen makin membesar sejak 2 bulan yang lalu dan tidak merasakan adanya gerakan janin.

Pasien mengeluh adanya nausea, vomitus sejak 3 hari SMRS dengan frekuensi 2 kali sehari.

Hal ini telah sesuai dengan teori dimana pada anamnesis terdapat adanya kehamilan disertai gejala dan tanda kehamilan muda yang berlebihan, perdarahan pervaginam (ppv) berulang cenderung berwarna coklat dan kadang bergelembung seperti busa. Pembesaran rahim yang tidak sesuai (lebih besar) bila dibandingkan dengan usia kehamilan seharusnya. Keluar jaringan mola seperti buah anggur atau mata ikan (tidak selalu ada) yang merupakan diagnosa pasti<sup>4,5,6</sup>.

Pada kasus didapatkan melalui pemeriksaan fisik konjungtiva anemis (+/+), TD : 110/80, nadi 86 x/m, respirasi 20 x/m, Suhu 36,7°C. TFU 3 jari dibawah processus xiphoides, Leopold I-IV tidak teraba bagian-bagian janin, denyut jantung janin tidak ada. Pemeriksaan inspekulo didapatkan adanya darah yang keluar dari kanalis cervicalis dengan porsio uteri tampak terbuka, terdapat jaringan menyerupai mata ikan dari ostium uteri.

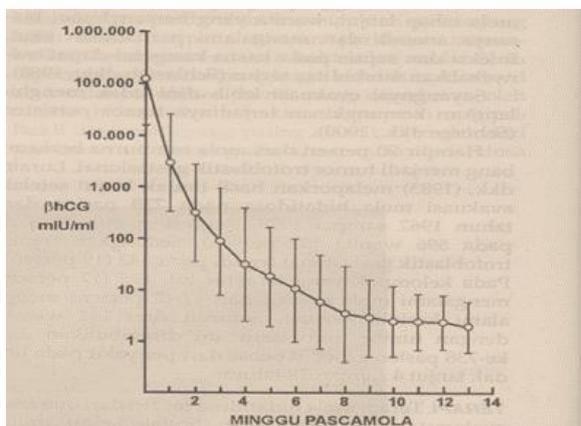
Hasil pemeriksaan fisik pada kasus sesuai dengan teori yang ada Pada pemeriksaan fisik didapatkan pada palpasi uterus membesar tidak sesuai dengan tuanya kehamilan, teraba lembek. Tidak teraba bagian-bagian janin dan ballotement dan gerakan janin. Pada auskultasi : tidak terdengar bunyi denyut jantung janin. Pemeriksaan dalam dilakukan dan diperoleh uterus terasa lembek dan terdapat perdarahan dalam kanalis servikalis<sup>2,7,8</sup>.

Hasil pemeriksaan penunjang menunjukkan Hb 6,5 gr/dL karena pasien mengalami perdarahan terus-menerus dan hasil USG terdapat gambaran khas mola hidatidosa yaitu snow storm atau badai salju sehingga berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang dapat ditegakkan diagnosis pada kasus ini yaitu mola hidatidosa.

Pada kasus ini, hanya dilakukan pemeriksaan B-hCG melalui test pack urin. Hal ini hanya dapat menunjukkan bahwa pasien dalam keadaan hamil. Untuk menentukan adanya penyakit trofoblas gestasional seharusnya dilakukan pemeriksaan kadar B-hCG. Berdasarkan teori maka didapatkan :

Pemeriksaan Laboratorium<sup>4,9</sup>.  
 Pemeriksaan kadar B-hCG  
 Beta HCG urin > 100.000 mIU/ml  
 Beta HCG serum > 40.000 IU/ml

Berikut adalah gambarkurva regresi hCG normal yang menjadi parameter dalam penatalaksanaan lanjutan mola hidatidosa.



Nilai rata-rata dari 95 % *confidence limit* yang menggambarkan kurva regresinormal gonadotropin korionik subunit β pasca mola.<sup>8</sup>

B-hCG > 300.000 mIU/ml mempengaruhi reseptor thyrotropin, mengakibatkan aktifitas hormon-hormon tiroid (T3/T4) meningkat. Terjadi gejala-gejala hipertiroidisme berupa hipertensi, takikardia, tremor, hiperhidrosis, gelisah, emosi labil, diare, muntah, nafsu makan meningkat tetapi berat badan menurun dan sebagainya. Dapat terjadi krisis hipertiroid tidak terkontrol yang disertai hipertermia, kejang, kolaps kardiovaskular, toksemia, penurunan kesadaran sampai delirium-koma<sup>5,7</sup>. Pada kasus ini tidak dilakukan pemeriksaan T3 dan T4 karena pasien tidak menunjukkan adanya gejala – gejala hipertiroidisme.

Pada kasus ini USG abdomen menunjukkan tampilan uterus berupa gambaran seperti badai salju tanpa disertai adanya janin. Hal ini sesuai teori dimana pada Ultrasonografi menunjukkan:

- Gambaran seperti sarang tawon tanpa disertai adanya janin
- Ditemukan gambaran *snow storm* atau gambaran seperti badai salju<sup>8</sup>.

Penyebab mola hidatidosa tidak diketahui secara pasti, namun faktor penyebabnya yang kinitelahdiakui adalah:<sup>2,8</sup>

1. Faktor ovum : ovum memang sudah patologik sehingga mati, tetapi terlambat dikeluarkan.
2. Usia ibu yang terlalu muda atau tua (36-40 tahun) beresiko 50% terkena penyakit ini.
3. Imunoselektif dari sel trofoblast
4. Keadaan sosioekonomi yang rendah
5. Paritas tinggi
6. Defisiensi vitamin A
7. Kekurangan protein
8. Infeksi virus dan factor kromosom yang belum jelas.

Pada kasus ini beberapa faktor penyebab mola hidatidosa yaitu usia pasien yang sudah terlalu tua yaitu 42 tahun, pasien juga memiliki paritas tinggi yaitu memiliki 9 anak dan keadaan sosioekonomi pasien yang rendah serta kurangnya asupan nutrisi selama kehamilan karena pasien hanyalah ibu rumah tangga dan suami pasien bekerja sebagai petani. Penatalaksanaan awal pada kasus ini adalah transfusi darah karena salah satu komplikasi mola hidatidosa yaitu perdarahan, anemia sampai syok hipovolemik sehingga pasien ditransfusi PRC untuk menaikkan Hb awal 6,5 g/dL. Bila keadaan umum telah stabil maka penatalaksanaan selanjutnya yaitu melakukan tindakan kuretase dan melakukan pemeriksaan patologi Anatomi karena untuk

menilai komplikasi penyakit trofoblastik menjadi keganasan harus melihat nilai B-hCG serta hasil patologi anatomi saat follow up kembali tetapi pada pasien ini tidak melakukan follow up kembali. Kuret hisap merupakan tindakan pilihan untuk mengevakuasi jaringan mola, dan sementara proses evakuasi berlangsung berikan infus 10 IU oksitosin dalam 500 ml NaCl atau RL dengan kecepatan 40-60 tetes/menit. Oksitosin diberikan untuk menimbulkan kontraksi uterus mengingat isinya akan dikeluarkan. Tindakan ini dapat mengurangi perdarahan dari tempat implantasi dengan terjadinya retraksi miometrium, dinding uterus akan menebal dan dengan demikian resiko perforasi dapat dikurangi<sup>1,2,10</sup>.

Pada kasus ini, diberikan terapi lainnya seperti Injeksi Anbacim 1gr/12 jam/iv, injeksi Ranitidin 50 mg/12 jam/iv dan injeksi asam Tranexamat 1 amp/8 jam/iv. Berdasarkan teori, pemberian medikamentosa hanya untuk

menghilangkan gejala yang terjadi dan bukan sebagai terapi definitif. Pemberian antibiotik spektrum luas diberikan karena pada pasien ini terjadi peningkatan WBC sebesar  $17,5 \times 10^3/\text{mm}^3$ . Pemberian injeksi asam traneksamat diberikan setelah kuretase untuk membantu meredakan perdarahan yang terjadi setelah mola dikuret. Pada kasus ini pasien mengalami gejala mual dan muntah sehingga diberikan injeksi ranitidine yang merupakan golongan antagonis H<sub>2</sub> reseptor yang berfungsi menghambat sekresi asam lambung. Berdasarkan teori, pasien dengan mola hidatidosa menunjukkan gejala hiperemesis karena peningkatan B-hCG. Jika dilihat dari algoritme pemberian obat untuk hiperemesis gravidarum maka ranitidin tidak termasuk dalam terapi yang direkomendasikan untuk trimester awal kehamilan. Terapi lini pertama dapat diberikan cyclizine, prochlorperazine, promethazine, chlorpromazine sedangkan lini kedua dapat diberikan metoclopramide, domperidone dan ondansentron<sup>4</sup>

**Tabel 1. Ringkasan Perjalanan Penyakit Pasien**

Tanggal	Riwayat Penyakit dan Intervensi	
13Maret 2018	<p>Nyeri bagian bawah perut (+), perdarahan pervaginam (ppv) (+), pusing (+), mual (+), muntah (-), demam (-) BAB (+) biasa, BAK (+) lancar.</p>	<p><b>Pemeriksaan Fisik</b>            Konjungtiva anemis +/-, Sclera ikterik - /-, TFU 3 jari dibawah processus xiphoideus</p> <p><b>Terapi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IVFD RL 20 tpm</li> <li>• Inj. Anbacim 1gr/12 jam/iv</li> <li>• Inj. Ranitidin 50 mg/12 jam/iv</li> <li>• Transfusi PRC 2 bag</li> <li>• Rencana Kuretase</li> </ul>

14 Maret 2018	Nyeri bagian bawah perut (+), ppv (+), pusing (+), mual (-), muntah (-)	<p><b>Hasil Laboratorium :</b></p> <p>Wbc : <math>16,7 \times 10^3/L</math>  Rbc : <math>3,34 \times 10^6/l</math>  Hgb : 9,8 gr/dl  PLT : <math>201 \times 10^3/L</math></p> <p><b>Terapi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IVFD RL 20 tpm</li> <li>• Inj. Anbacim 1gr/12 jam/iv</li> <li>• Inj. Ranitidin 50 mg/12 jam/iv</li> <li>• Rencana Kuretase hari ini</li> <li>• Hasil kuratase diperiksa Patalogi Anatomi</li> </ul>
15Maret 2018	Nyeri bagian bawah perut (+), ppv (+) berkurang	<p><b>Terapi post op. Marsupialisasi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IVFD RL + Drips Oxytocin 1 amp/kolf 20 tpm</li> <li>• Inj. Anbacim 1gr/12 jam/iv</li> <li>• Inj. Asam Tranexamat 1 amp/8 jam/iv</li> <li>• Ibuprofen 3x400 mg</li> <li>• Cek darah rutin post kuretase</li> </ul>
16 Maret 2018	Nyeri bagian bawah perut (+), ppv (+) berkurang	<p><b>Hasil Laboratorium:</b></p> <p>Wbc : <math>11,5 \times 10^3/L</math>  <b>Rbc : <math>2,25 \times 10^6/l</math></b>  <b>Hgb : 6,5 gr/dl</b>  PLT : <math>157 \times 10^3/L</math></p> <p><b>Terapi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IVFD RL 20 tpm</li> <li>• Cefadroxyl 2x500mg</li> <li>• Asam mefenamat 3x500 mg</li> <li>• SF 1x1</li> <li>• Transfusi PRC 2 Unit</li> </ul>
17 Maret 2018	Nyeri bagian bawah perut (+) berkurang, ppv (+) berkurang, pusing (-), mual (-), muntah (-)	<p><b>Terapi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IVFD RL 20 tpm</li> <li>• Cefadroxyl 2x500mg</li> <li>• Asam mefenamat 3x500 mg</li> <li>• SF 1x1</li> <li>• Cek darah post transfusi</li> </ul>

18 Maret 2018	Nyeri bagian bawah perut (-), ppv (+) berkurang, pusing (-), mual (-), muntah (-)	Pemeriksaan Lab Wbc : 11,3 x 10 <sup>3</sup> /L Rbc : 3,41 x 10 <sup>6</sup> /l Hgb : 10,8 gr/dl PLT : 227 x 10 <sup>3</sup> /L  <b>Terapi:</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aff Infus</li> <li>• Cefadroxyl 2x500mg</li> <li>• Asam mefenamat 3x500 mg</li> <li>• SF 1x1</li> <li>• Rawat Jalan</li> </ul>
---------------	---	--

## KESIMPULAN

Mola hidatidosa dengan komplikasi dapat menyebabkan tingkat morbiditas yang tinggi sehingga diperlukandeteksi dini, penanganan kuratase, pemeriksaan B-hCG secara berkala serta patologi anatomi untuk mencegah komplikasi dan mengetahui sedini mungkin mola hidatidosa yang memiliki potensi cukup besar menjadi keganasan. Pada kasus ini memiliki faktor resiko yang besar serta terdapat komplikasi yaitu perdarahan sehingga menyebabkan anemia berat tetapi karena terdeteksi lebih awal dan segera dilakukan kuratase sehingga komplikasi lebih lanjut dapat teraratasi.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Abdulrasool, G., & Nandini, A. (2018). Case report: Molecular confirmation of dispermy in a complete hydatiform mole. *Pathology, 50*, S99.
2. <https://doi.org/10.1016/j.pathol.2017.12.277>.
3. Cunningham, F. G., & Williams, J. W. (Eds.). (2014). *Williams obstetrics* (24rd ed). New York: McGraw-Hill Medical.
4. Deep, J., Sedhai, L., Napit, J., & Pariyar, J. (2013). Gestational Trophoblastic Disease. *Journal of Chitwan Medical College, 3*(2). <https://doi.org/10.3126/jcmc.v3i2.8434>
5. Prawirohardjo, S. (2014). *Ilmu Kebidanan* (Keempat). Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
6. Lurain, J. R. (2015). Gestational trophoblastic disease I: epidemiology, pathology, clinical presentation and diagnosis of gestational trophoblastic disease, and management of hydatidiform mole. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 203*(6), 531–539. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2010.06.073>
7. Norwitz, E. R., & Schorge, J. O. (2013). *Obstetrics and gynecology at a glance* (Fourth edition). Chichester, West Sussex, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
8. Anwar, M., Baziad, ali, & Prabowo, P. (2011). *Ilmu kandungan* (ketiga). Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
9. Ida Bagus, M., & Ida Ayu, M. (2007). *Pengantar Kuliah Obstetri* (satu). Jakarta: EGC.

11. Traboulsi, W., Bouffetal, H., Aboussaouira, T., Samouh, N., Benharouga, M., Feige, J.-J., & Alfaidy, N. (2014). EG-VEGF and its receptors are deregulated in complete hydatiform moles: Potential role in placental tumor development. *Placenta*, 35(9), A50. <https://doi.org/10.1016/j.placenta.2014.06.165>
12. Impey, L., & Child, T. (2008). *Obstetrics and gynaecology* (3rd ed). Oxford; Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell.