

LAPORAN KASUS : KEHAMILAN ABDOMINAL DENGAN KISTA OVARIUM

Ryka Marina Walanda¹, M.Sabir^{2,3}, Gray Nagaring⁴

¹Medical Profession Program, Faculty of Medicine, Tadulako University – Palu, INDONESIA, 94118

²Department of Basic Medicine and Biomedical Sciences, Microbiology, Faculty of Medicine, Tadulako University– Palu, INDONESIA, 94118

³Departement Infection and Traumatology, Faculty of Medicine, Tadulako University – Palu, INDONESIA, 94118

⁴Departement of Obstetrics dan Gynecology, Anutapura General Hospital – Palu, INDONESIA, 94118

ABSTRACT

Abdominal pregnancy is a form of ectopic pregnancy that occurs outside the uterine cavity. The incidence rate is 1% of all ectopic pregnancies with the occurrence of more secondary abdominal pregnancies. This case report shows a 35-year-old woman diagnosed with Abdominal Pregnancy and an Ovarian Cyst.

ABSTRAK

Kehamilan abdominal merupakan bentuk kehamilan ektopik yang terjadi di luar kavitas uterus. Tingkat kejadian 1% dari seluruh kehamilan ektopik dengan insidensi kehamilan abdominal sekunder lebih banyak. Laporan ini menunjukkan perempuan 35 tahun didiagnosis Kehamilan Abdominal dengan Kista Ovarium.

Kata kunci: Kehamilan Abdominal, Kehamilan Ektopik, Kista Ovarium

PENDAHULUAN

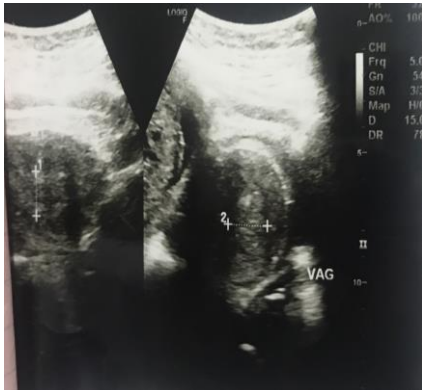
Kehamilan ektopik merupakan bentuk kehamilan dengan implantasi yang terjadi selain dalam kavitas uterus (1). Bentuk dari gestasi ektrauterine yang jarang terjadi adalah kehamilan abdominal, dengan tingkat kejadian 1% dari seluruh kehamilan ektopik yaitu sekitar 1/2200 hingga 1/10,200 kehamilan dan 1/6000 hingga 1/9000 kelahiran (2),(3). Mortalitas maternal pada kasus kehamilan abdominal sebesar 20% yang dipengaruhi oleh risiko perdarahan masif akibat separasi plasenta parsial atau total dari perlekatan plasenta dengan dinding uterus, mesenterium, hepar, limpa, vesika urinari atau ligamentum peritoneum (2). Berdasarkan lokasi implantasi, klasifikasi kehamilan abdominal terbagi menjadi primer dan sekunder (4). Bila implantasi bertempat pada rongga abdominal, termasuk organ (kecuali tuba dan ovarium), maka disebut sebagai kehamilan abdominal primer. Sedangkan

kehamilan abdominal sekunder, bila konsepsi keluar dari organ reproduksi wanita dan berimplantasi sekunder dalam rongga abdomen (3). Faktor yang dapat menyebabkan kehamilan abdominal sekunder meliputi kerusakan tuba, penyakit radang panggul, endometriosis dan multipara (5).

LAPORAN KASUS

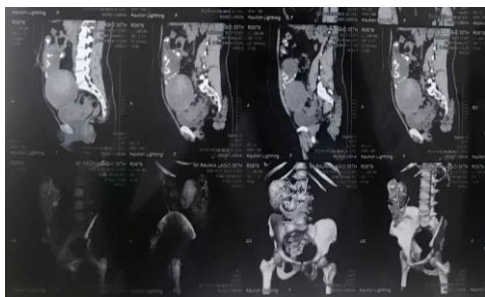
Seorang wanita berusia 35 tahun dengan keluhan nyeri perut regio suprapubik, dialami sejak 3 bulan terakhir, nyeri dirasakan hilang timbul namun memberat 1 minggu yang lalu. Pasien juga merasa perut membesar perlahan-lahan sejak 8 bulan yang lalu. Pasien telah mengalami amenorrhea sejak bulan Desember 2017. Pada pemeriksaan fisik ditemukan tanda-tanda vital tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 84x/menit, respirasi 18x/menit, suhu 36,6°C, disertai nyeri tekan regio suprapubik pada palpasi abdomen. Pada pemeriksaan dalam dengan *in speculo*

tidak ditemukan dilatasi serviks maupun perdarahan vaginam. Pemeriksaan laboratorium didapatkan leukosit $9,4 \times 10^3/\mu\text{L}$, eritrosit $4,21 \times 10^6/\mu\text{L}$, hemoglobin $12,0 \text{ g/dL}$.



Gambar 1. USG Transabdominal

Pemeriksaan radiologi berupa ultrasonografi transabdominal ditemukan cairan bebas difus pada intraperitoneal beserta massa intraperitoneal yang dicurigai sebagai kista ovarium, pada pemeriksaan CT-Scan ditemukan adanya janin ektrauterus intra abdominal pada regio iliaca hingga lumbalis dextra, disertai massa intra abdominal bawah gambaran plasenta ekstra uterus dan massa abdominal pada sisi inferior uterus. Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan penunjang, maka penderita didiagnosis Kehamilan Abdominal dengan Massa abdominal. Pasien direncanakan laparatomi eksplorasi.



Gambar 2. Hasil CT-Scan temuan Kehamilan Abdominal



Gambar 3. Kista Ovarium sinistra



Gambar 3. Fetus terbungkus Omentum
PEMBAHASAN

Pada kasus ini, diagnosis kehamilan abdominal ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Berdasarkan teori kehamilan abdominal merupakan varian dari kehamilan ektopik yang jarang dijumpai tetapi mengancam nyawa (5). Kehamilan abdominal terbagi menjadi dua, yaitu kehamilan abdominal primer dan kehamilan abdominal sekunder (3). Kehamilan abdominal primer terjadi ketika implan ovum yang dibuahi masuk ke rongga peritoneum, lebih jarang terjadi dibanding

sekunder, diagnosis nya harus memenuhi kriteria, yaitu: tuba Fallopi dan ovarium dalam keadaan normal, tidak adanya fistula dari uterus yang ruptur, perlekatan hasil konsepsi hanya pada peritoneum (6). Kehamilan abdominal sekunder terjadi ketika ovum pertama dibuahi dan berimplan di tuba fallopi atau di rahim tetapi janin berkembang di rongga perut ibu karena pecah dari tuba fallopii atau uterus, dan bila plasenta dari kehamilan di tuba, kornu dan uterus meluas dan melekat pada jaringan serosa sekitarnya (3).

Langkah pertama untuk mendiagnosis adalah dengan anamnesis, pada kehamilan abdominal, bila ditemukan gejala nyeri atau kram pada abdomen dan perdarahan vagina(1) maka harus dicurigai namun tidak semua pasien menunjukkan gejala khas tersebut (6). Pada kasus ini, penderita datang karena rasa nyeri pada abdomen, ada riwayat amenorrhea namun tidak mengalami perdarahan pervagina.

Kehamilan ektopik abdominal bisa tidak terdeteksi selama perawatan antenatal pada pemeriksaan ultrasound berulang sampai tingkat lanjut usia kehamilan (1),(7). Diagnosis dapat dikonfirmasi dan lebih lanjut ditentukan oleh MRI (6), namun dalam kasus ini diagnosis menggunakan CT-Scan karena tidak tersedianya fasilitas MRI, dan metode tersebut sudah dapat menentukan adanya kehamilan ektopik abdominal.

Tanda yang harus dicurigai adalah nyeri perut yang berulang(2), mual dan muntah yang terjadi pada trimester kedua dan ketiga(6), gerakan janin yang menimbulkan rasa sakit pada ibu, bagian janin mudah diraba dan presentasi janin yang tidak normal. Secara khas, kehamilan abdominal berawal dari kehamilan ektopik lainnya, yang menyebar keluar dari tuba dan melekat pada jaringan di sekitarnya(4).

Penentuan tatalaksana kehamilan abdominal memiliki beberapa pertimbangan, yaitu: komplikasi yang dialami ibu, kelainan kongenital janin, usia kehamilan, dan ketersediaan fasilitas perawatan neonatus(5),(7). Janin yang sudah meninggalkan menjadi indikasi untuk melakukan operasi, untuk menghindari resiko infeksi, perdarahan dan *disseminated intravascular coagulation* (DIC). Jika janin masih hidup, harus segera dilakukan laparotomi karena risiko terlepasnya plasenta dan terjadinya perdarahan yang hebat(7). Tapi bila usia kehamilan di atas 24 minggu, keadaan ibu dan janin baik, operasi dapat ditunda untuk memberi waktu bagi janin menjadi lebih matang, tetapi harus dilakukan observasi yang ketat untuk mengantisipasi terjadinya perdarahan, yang dapat mengancam jiwa penderita(7). Pada kasus ini dilakukan laparotomi dibawah anestesi umum, dengan pertimbangan ibu yang sudah mengalami keluhan nyeri pada abdomen dan penemuan janin yang tidak *viable*.⁵

Pada intraoperatif ditemukan janin yang berbungkus dengan omentum pada sisi superior dari uterus sehingga dilakukan omentektomi. Temuan juga disertai adanya massa menyerupai kista pada tuba-ovarium sinistra berukuran $\pm 10 \times 8 \times 5$ cm. Massa tubo-ovarium dikaitkan dengan radang panggul penyakit (PID) dan sulit untuk dinilai. Bila massa ternyata terhubung dengan tuba, misalnya hydro- atau pyosalpinx, maka lakukan perlu salpingectomy/salpingo-ovarectomy(8). Pada kasus ini, dilakukan salpingo-ovarectomy sinistra. Kondisi tersebut, dengan adanya kista tubo-ovarium, meningkatkan risiko terjadi kehamilan ektopik pada kasus ini.

Morbiditas dan mortalitas ibu tergantung pada bagaimana plasenta dapat ditangani (misalnya, lokasi implantasi dan kelayakan untuk mengangkat plasenta, yang tergantung pada derajat invasi, serta aksesibilitas bedah untuk suplai darah plasenta). Plasenta sering melekat pada beberapa tempat, termasuk usus, omentum, uterus culer de-sac, dan dinding pelvis lateral(1). Pelepasan plasenta sebagian dapat mengakibatkan perdarahan yang hebat. Pengangkatan plasenta secara utuh dilakukan hanya bila pembuluh darah yang mendarahi plasenta tersebut dapat diidentifikasi dan dilakukan ligasi(9). Regresi total plasenta akan terjadi sempurna dalam waktu 4 bulan. Pada kasus ini, plasenta tidak diangkat karena berimplantasi pada omentum usus dan suplai darah sulit untuk diidentifikasi sehingga tidak

memungkinkan dilakukan ligasi(10). Jika plasenta tidak diangkat sepenuhnya, diperkirakan bahwa yang tersisa dapat tetap berfungsi sekitar 50 hari setelah operasi, dan regresi total fungsi plasenta biasanya selesai dalam 4 bulan(7). Namun bila plasenta berimplantasi dan mendapat suplai darah dari cabang arteri utama (pembuluh darah regio iliaka dan pelvik), disarankan saat aliran darah plasenta berhenti 3 bulan setelah operasi, maka operasi kedua dianjurkan untuk menghilangkan residu. Jika tidak, kemungkinan perdarahan post operasi dan risiko komplikasi lain(7).

KESIMPULAN

Kehamilan abdominal merupakan kasus dengan kejadian yang jarang, namun kesadaran akan kondisi ini sangat penting dalam menurunkan morbiditas dan mortalitas maternal dan fetal.

REFERENSI

1. Bohiltea R, Radoi V, Tufan C, Ia H, Bohiltea C. Abdominal pregnancy - Case presentation. *J Med Life* [Internet]. 2015;8(1):49–54. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4397520/pdf/JMedLife-08-49.pdf>
2. OLSON HE, VALPEY JM. Abdominal Ectopic Pregnancy. a Case Report. *Med Bull US Army Eur* [Internet]. 1964;21(August 2009):194–6. Available from:

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14155619>
3. Agarwal N, Odejinmi F. Early abdominal ectopic pregnancy: challenges, update and review of current management. *Obstet Gynaecol* [Internet]. 2014;16(3):193–8. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/tog.12109>
 4. Coc A, Ii O, Ac U, Aso A, Oc A, Pe U, et al. Abdominal Pregnancy-a Case Report Rapport De Cas D’Une Grossesse Abdominale [Internet]. p. 121–30. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4170250/pdf/abdominal-01-122.pdf>
 5. Paola A, Elena N, Maria RS, Orlando C, Cinzia M, Antonella B. A secondary abdominal pregnancy with unusual placental implantation in the fallopian tube: a diagnostic challenge. Vol. 61. 2018. p. 154–60.
 6. Bertrand G, Ray C Le, Simard-Émond L, Dubois J, Leduc L. Imaging in the Management of Abdominal Pregnancy: A Case Report and Review of the Literature. *J Obstet Gynaecol Canada* [Internet]. 2009;31(1):57–62. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)34055-5](http://dx.doi.org/10.1016/S1701-2163(16)34055-5)
 7. Kun KY, Wong PY, Ho MW, Tai CM, Ng TK. Abdominal pregnancy presenting as a missed abortion at 16 weeks’ gestation. *Hong Kong Med J*. 2000;6(4):425–7.
 8. Pathiraja P. Abdominal masses in gynecology. In: *A text book of gynecology for less-resourced locations*. 2012. p. 100–11.
 9. Nwobodo EI. ABDOMINAL PREGNANCY : A CASE REPORT. 2014;(July).
 10. OLSON HE, VALPEY JM. Abdominal Ectopic Pregnancy. a Case Report. *Med Bull US Army Eur* [Internet]. 1964;21:194–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14155619>