

MOLA HIDATIDOSA

DISUSUN OLEH :

GABRIELA DA C.M.PEREIRA, S.Ked.

PEMBIMBING :

Dr. DJAUHAR KUMARA DEWA, Sp.OG

SMF OBSTETRI DAN GINEKOLOGI

RSUD DR. MUHAMMAD SALEH

PROBOLINGGO

BAB I

PENDAHULUAN

I.1. LATAR BELAKANG

Mola Hidatidosa adalah neoplasma jinak dari sel trofoblast.^(1,6,7) Pada mola hidatidosa kehamilan tidak berkembang menjadi janin yang sempurna, melainkan berkembang menjadi keadaan patologik.⁽⁴⁾ Frekuensi Mola banyak ditemukan di Negara – negara asia, Afrika dan Amerika latin dari pada di Negara – negara barat. Mola hidatidosa merupakan penyakit wanita dalam masa reproduksi antara umur 15 tahun sampai 45 tahun.^(2,4,5,6,7)

Penyebab Mola tidak diketahui, factor – factor yang dapat menyebabkan antar lain : keadaan sosioekonomi yang tinggi dan parietas tinggi.^(1,2,3,4,5,7)

Keluhan dari penderita seperti gejala – gejala hamil muda yang kadang – kadang lebih nyata dari kehamilan biasanya.^(1,2,3,4,5,6,7)

I.2. TUJUAN PENULISAN MAKALAH

- Mengetahui epidemiologi Mola Hidatidosa.
- Mengetahui perbedaan antara Mola Hidatidosa sempurna dan Mola Hidatidosa parsial.
- Mengetahui etiologi dan gejala klinis Mola Hidatidosa.
- Mengetahui pemeriksaan yang dilakukan untuk menegakan diagnosis.
- Mengetahui penatalaksanaan mola hidatidosa.
- Mengetahui komplikasi dan prognosa dari mola hidatidosa.

BAB II

PEMBAHASAN

II.1. DEFINISI

Mola Hidatidosa adalah kehamilan abnormal dimana seluruh villi korialisnya mengalami perubahan hidrofobik.⁽³⁾

II.2. EPIDEMIOLOGI^(2,4,5,7)

Prevalensi mola hidatidosa lebih tinggi di Asia, Afrika, Amerika latin dibandingkan dengan negara – negara barat.

Dinegara – negara barat dilaporkan 1:200 atau 2000 kehamilan . dinegara – negara berkembang 1:100 atau 600 kehamilan.

Soejoenoes dkk (1967) melaporkan 1:85 kehamilan, Rs Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta 1:31 Persalinan dan 1:49 kehamilan; Luat A siregar (Medan) tahun 1982 : 11 – 16 per 1000 kehamilan; Soetomo (Surabaya) : 1:80 Persalinan; Djamhoer Martaadisoebrata (Bandung) : 9-21 per 1000 kehamilan. Biasanya dijumpai lebih sering pada umur reproduksi (15-45 tahun) dan pada multipara. Jadi dengan meningkatkan paritas kemungkinan menderita mola lebih besar.⁽⁵⁾

II.3. PATOLOGI

Sebagian dari villi berubah menjadi gelembung – gelembung berisi cairan jernih merupakan kista – kista kecil seperti anggur dan dapat mengisi seluruh cavum uteri. Secara histopatologic kadang – kadang ditemukan jaringan mola pada plasenta dengan bayi normal. Bias juga terjadi kehamilan ganda mola adalah : satu jenis tumbuh dan yang satu lagi menjadi mola hidatidosa. Gelembung mola besarnya bervariasi, mulai dari yang kecil sampai yang berdiameter lebih dari 1 cm.⁽⁵⁾

Mola hidatidosa terbagi menjadi^(2,3,4) :

1. Mola Hidatidosa Sempurna

Villi korionik berubah menjadi suatu massa vesikel – vesikel jernih. Ukuran vesikel bervariasi dari yang sulit dilihat, berdiameter sampai beberapa sentimeter dan sering berkelompok – kelompok menggantung pada tangkai kecil. Temuan Histologik ditandai oleh:

- Degenerasi hidrofobik dan pembengkakan Stroma Vilus
- Tidak adanya pembuluh darah di vilus yang membengkak
- Proliferasi epitel tropoblas dengan derajat bervariasi
- Tidak adanya janin dan amnion.⁽²⁾

2. Mola Hidatidosa Parsial

Apabila perubahan hidatidosa bersifat fokal dan kurang berkembang, dan mungkin tampak sebagai jaringan janin. Terjadi perkembangan hidatidosa yang berlangsung lambat pada sebagian villi yang biasanya avaskular, sementara villi – villi berpembuluh lainnya dengan sirkulasi janin plasenta yang masih berfungsi tidak terkena.⁽²⁾

II.4. ETIOLOGI

Penyebab mola hidatidosa tidak diketahui, faktor – faktor yang dapat menyebabkan antara lain^(1,2,3,4,5,6,7) :

1. Faktor ovum : ovum memang sudah patologik sehingga mati, tetapi terlambat dikeluarkan.
2. Imunoselektif dari Tropoblast
3. keadaan sosioekonomi yang rendah
4. paritas tinggi
5. kekurangan protein
6. infeksi virus dan factor kromosom yang belum jelas.

II.5. GEJALA KLINIS^(1,2,3,4,5,6,7)

- a. Amenorrhoe dan tanda – tanda kehamilan
- b. Perdarahan pervaginam dari bercak sampai perdarahan berat. merupakan gejala utama dari mola hidatidosa, sifat perdarahan bisa intermiten selama berapa minggu sampai beberapa bulan sehingga dapat menyebabkan anemia defisiensi besi.
- c. Uterus sering membesar lebih cepat dari biasanya tidak sesuai dengan usia kehamilan.
- d. Tidak dirasakan tanda – tanda adanya gerakan janin maupun ballotement
- e. Hiperemesis,
Pasien dapat mengalami mual dan muntah cuku berat.
- f. Preklampsi dan eklampsi sebelum minggu ke – 24
- g. Keluar jaringan mola seperti buah anggur, yang merupakan diagnosa pasti
- h. Tirotoksikosis

II.6. DIAGNOSIS^(1,2,3,4,5,6,7)

1. Klinis
 - a. Berdasarkan anamnesis
 - b. Pemeriksaan fisik
 - Inspeksi : muka dan kadang-kadang badan kelihatan kekuningan yang disebut muka mola (mola face)
 - Palpasi :
 - Uterus membesar tidak sesuai dengan tuanya kehamilan, teraba lembek
 - Tidak teraba bagian-bagian janin dan ballotement dan gerakan janin.
 - Auskultasi : tidak terdengar bunyi denyut jantung janin
 - Pemeriksaan dalam :
 - Memastikan besarnya uterus
 - Uterus terasa lembek
 - Terdapat perdarahan dalam kanalis servikalis

2. Laboratorium

Pengukuran kadar Hormon Karionik Ganadotropin (HCG) yang tinggi maka uji biologik dan imunologik (Galli Mainini dan Plano test) akan positif setelah titrasi (pengeceran) :

- Galli Mainini 1/300 (+) maka suspek molahidatidosa

3. Radiologik

- Plain foto abdomen-pelvis : tidak ditemukan tulang janin
- USG : ditemukan gambaran snow strom atau gambaran seperti badai salju.

4. Uji Sonde (cara Acosta-sison)

Tidak rutin dikerjakan. Biasanya dilakukan sebagai tindakan awal curretage.

5. Histopatologik

Dari gelembung-gelembung yang keluar, dikirim ke Lab. Patologi Anatomi

II.7. DIAGNOSA BANDING^(1,2,3,4,5,6,7)

- Kehamilan ganda
- Abortus iminens
- Hidroamnion
- Kario Karsinoma

II.8. KOMPLIKASI^(1,2,4,5,6,7)

- Perdarahan yang hebat sampai syok
- Perdarahan berulang-ulang yang dapat menyebabkan anemia
- Infeksi sekunder
- Perforasi karena tindakan atau keganasan

II.9. PENATALAKSANAAN^(1,2,3,4,5,6)

1. Evakuasi
 - a. Perbaiki keadaan umum.
 - b. - Bila mola sudah keluar spontan dilakukan kuret atau kuret isap
- Bila Kanalis servikalis belum terbuka dipasang laminaria dan 12 jam kemudian dilakukan kuret.
 - c. Memberikan obat-obatan Antibiotik, uterotonika dan perbaiki keadaan umum penderita.
 - d. 7-10 hari setelah kerokan pertama, dilakukan kerokan ke dua untuk membersihkan sisa-sisa jaringan.
 - e. Histeriktomi total dilakukan pada mola resiko tinggi usia lebih dari 30 tahun, Paritas 4 atau lebih, dan uterus yang sangat besar yaitu setinggi pusat atau lebih.

2. Pengawasan Lanjutan
 - Ibu dianjurkan untuk tidak hamil dan dianjurkan memakai kontrasepsi oral pil.
 - Mematuhi jadwal pemeriksaan ulang selama 2-3 tahun :
 - Setiap minggu pada Triwulan pertama
 - Setiap 2 minggu pada Triwulan kedua
 - Setiap bulan pada 6 bulan berikutnya
 - Setiap 2 bulan pada tahun berikutnya, dan selanjutnya setiap 3 bulan.
 - Setiap pemeriksaan ulang perlu diperhatikan :
 - a. Gejala Klinis : Keadaan umum, perdarahan
 - b. Pemeriksaan dalam :
 - Keadaan Serviks
 - Uterus bertambah kecil atau tidak

c. Laboratorium

Reaksi biologis dan imunologis :

- 1x seminggu sampai hasil negatif
- 1x2 minggu selama Triwulan selanjutnya
- 1x sebulan dalam 6 bulan selanjutnya
- 1x3 bulan selama tahun berikutnya
- Kalau hasil reaksi titer masih (+) maka harus dicurigai adanya keganasan

3. Sitostatika Profilaksis

Metoreksat 3x 5mg selama 5 hari

II.10. PROGNOSA

- Mortalitas.⁽⁴⁾
- Mula destruens.^(2,5)
- Koriokarsinoma.^(2,4,5,6)

BAB III

KESIMPULAN

1. Mola Hidatidosa adalah kehamilan abnormal dimana hampir seluruh villi Korialisnya mengalami perubahan hidrofobik
2. Prevalensi mola hidatidosa lebih tinggi di Asia, Afrika dan Amerika Latin
3. Mola hidatidosa terbagi menjadi :
 - a. Mola hidatidosa sempurna
 - b. Mola hidatidosa parsial
4. Perdarahan pervaginaan dari bercak sampai perdarahan berat merupakan gejala utama dari mola hidatidosa
5. Diagnosis ditegakkan berdasarkan Anamnesa, Pemeriksaan fisik, pemeriksaan dalam, laboratorium, radiologik dan histopatologik
6. Penatalaksanaan :
 - a. Evakuasi : Kuret atau kuret isap
 - b. Pengawasan lanjut : Periksa ulang selama 2-3 tahun
 - c. Terapi profilaksis : Pemberian Metotreksat (MTX)
7. Komplikasi
 - Syok
 - Anemia
 - Infeksi Sekunder

DAFTAR PUSTAKA

1. Abdullah. M.N. dkk. Mola Hidatidosa. PEDOMAN DIAGNOSIS DAN TERAPI LAB/UPF. KEBIDANAN DAN PENYAKIT KANDUNGAN. RSUD DOKTER SOETOMO SURABAYA. 1994. Hal 25-28.
2. Cuninngam. F.G. dkk. “Mola Hidatidosa” Penyakit Trofoblastik Gestasional Obstetri Williams. Edisi 21. Vol 2. Penerbit Buku Kedokteran. EGG Jakarta. 2006. Hal 930-938.
3. Mansjoer, A. dkk. Mola Hidatidosa. KAPITA SELEKTA KEDOKTERAN. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Jilid I. Media Aesculapius. Jakarta.2001. Hal 265-267
4. Martaadisoebrata. D, & Sumapraja, S. Penyakit Serta Kelainan Plasenta & Selaput Janin. ILMU KEBIDANAN. Yayasan Bina pustaka SARWONO PRAWIROHARDJO. Jakarta.2002 Hal 341-348.
5. Mochtar. R. Penyakit Trofoblas. SINOPSIS OBSTETRI. Jilid I. Edisi2. Penerbit Buku Kedokteran. ECG. Jakarta. 1998. Hal. 238-243.
6. Prawirohadjo, S. & Wiknjosastro, H. Mola Hidatidosa. ILMU KANDUNGAN. Yayasan Bina Pustaka SARWONO PRAWIROHADJO. Jakarta. 1999. Hal . 262-264
7. Sastrawinata, S.R. Mola Hidatidosa. OBSETETRI PATOLOGIK. Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran. ELSTAR OFFSET. Bandung. 1981. Hal38-42.