

Usia Lebih dari 40 Tahun sebagai Faktor Risiko Mola Hidatidosa: Laporan Kasus

Rizqiani Astrid Nasution¹, Muhammad Zaidan Algifari¹, Zulfadli²
¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung
²Bagian Obstetri dan Ginekologi, RSUD Dr. H. Abdul Moeloek

Abstrak

Mola hidatidosa adalah jenis kehamilan abnormal di mana janin tidak berkembang dan hampir semua vili korialis mengalami perubahan atau degenerasi hidropik yang menyerupai buah anggur atau mata ikan. Insiden mola hidatidosa lebih tinggi di negara-negara Asia, Afrika, dan Amerika Latin dibandingkan dengan negara-negara Barat. Di Indonesia, insiden mola hidatidosa adalah 1 dari 85 kehamilan. Kondisi ini disebabkan oleh fertilisasi kromosom yang tidak normal. Diagnosis mola hidatidosa dapat dibuat jika ditemukan beberapa tanda berikut: amenorea, perdarahan pervaginam, ukuran uterus lebih besar dari usia kehamilan yang seharusnya, tidak ada tanda-tanda kehamilan, kadar beta-hCG yang lebih tinggi dari normal, dan tampilan vesikuler di dalam kavum uteri pada pemeriksaan USG. Diagnosis paling akurat adalah ketika ditemukan gelembung molar. Pada trimester pertama, penampakan mola biasanya kurang spesifik dibandingkan dengan trimester kedua, di mana penampakan menjadi lebih khas. Pada trimester kedua, dapat terlihat bahwa kavum uteri berisi massa ekogenik yang bercampur dengan bagian-bagian anekoik vesikuler berdiameter 5-10 mm atau tampak seperti sarang lebah (honeycomb). Faktor risiko yang meningkatkan prevalensi kehamilan mola, antara lain usia ibu yang ekstrim (usia >40 tahun memiliki peningkatan risiko lima hingga sepuluh kali lipat) dan masa remaja awal (biasanya <20 tahun), riwayat kehamilan mola sebelumnya meningkatkan risiko 1%-2% untuk kehamilan berikutnya, wanita yang pernah melakukan aborsi spontan atau infertilitas, faktor pola makan termasuk pasien yang mempunyai pola makan kekurangan karoten (prekursor vitamin A) dan lemak hewani, dan merokok. Pada kasus ini yang menjadi faktor risiko kejadian mola hidatidosa yaitu usia pasien.

Kata Kunci: Kelainan kromosom, mola hidatidosa, usia

Age Greater than 40 Years Old as Hydatidiform Mole Risk Factor: a Case Report

Abstract

Hydatidiform mole is a type of abnormal pregnancy in which the fetus does not develop and almost all of the chorionic villi undergo hydropic changes or degeneration that resemble grapes or fish eyes. The incidence of hydatidiform mole is higher in Asian, African, and Latin American countries compared with Western countries. In Indonesia, the incidence of hydatidiform mole is 1 in 85 pregnancies. This condition is caused by abnormal chromosomal fertilization. A diagnosis of hydatidiform mole can be made if the following signs are found: amenorrhea, vaginal bleeding, uterine size larger than expected for gestational age, no signs of pregnancy, beta-hCG levels that are higher than normal, and a vesicular appearance in the uterine cavity on ultrasound examination. The most accurate diagnosis is when a molar bubble is found. In the first trimester, molar appearance is usually less specific than in the second trimester, where the appearance becomes more typical. In the second trimester, it can be seen that the uterine cavity contains an echogenic mass mixed with anechoic vesicular parts with a diameter of 5-10 mm or looks like a honeycomb. Risk factors that increase the prevalence of molar pregnancy include extreme maternal age (age >40 years has a five to ten-fold increased risk) and early adolescence (usually <20 years), a history of previous molar pregnancy increases the risk by 1%-2% for subsequent pregnancies, women who have had a spontaneous abortion or infertility, dietary factors include patients who have a diet deficient in carotene (a precursor of vitamin A) and animal fats, and smoking. In this case, the risk factor for hydatidiform mole was the patient's age.

Keywords: Age, chromosomal abnormalities, hydatidiform mole

Korespondensi: Rizqiani Astrid Nasution, Bandar Lampung, HP 082133154471 email: rizqiani39@gmail.com

Pendahuluan

Mola berasal dari bahasa latin yang artinya massa dan hidatidosa berasal dari kata hydats yang berarti tetesan air. Mola hidatidosa merupakan kehamilan yang berkembang tidak wajar (konsepsi yang patologis) dimana tidak ditemukan janin dan hampir seluruh vili korialis mengalami perubahan atau degenerasi hidropik

menyerupai buah anggur atau mata ikan. Dalam hal demikian disebut Mola Hidatidosa atau complete mole, sedangkan bila disertai janin atau bagian janin disebut sebagai Mola Parsialis atau Partial mole. Mola hidatidosa dianggap jinak, namun mola hidatidosa merupakan premaligna dan berpotensi menjadi ganas dan invasif.¹

Pada awalnya gejala mola hidatidosa

tidak banyak berbeda dengan gejala kehamilan lainnya. Gejala awal yang biasa timbul antara lain, yaitu: mual, muntah, pusing dan penambahan besar uterus yang lebih besar dari usia kehamilan. Gejala utama yang timbul adalah perdarahan. Keluhan perdarahan biasanya terjadi pada bulan pertama sampai ketujuh dengan rata-rata 12-14 minggu. Perdarahan yang terjadi dapat bersifat intermiten, sedikit-sedikit atau banyak yang dapat menyebabkan syok atau kematian.¹

Kejadian mola hidatidosa lebih banyak di negara Asia, Afrika dan Amerika Latin dibandingkan dengan negara-negara barat. Pada Indonesia kejadian mola hidatidosa adalah 1 : 85 kehamilan. Hal ini harus dianggap penting karena insidensinya tinggi dibandingkan dengan negara barat yang sekitar 1 : 2000 kehamilan. Mola hidatidosa dianggap sebagai penyakit penting di Indonesia. Hal tersebut terjadi karena prevalensi mola hidatidosa yang cukup tinggi yaitu sekitar 10-20% dapat berkembang menjadi tumor trofoblas gestasional. Insidensi mola hidatidosa di Indonesia umumnya diambil berdasarkan data rumah sakit (hospital based).¹⁰ Faktor risiko yang meningkatkan kejadian mola hidatidosa adalah usia, etnik, memiliki riwayat mola, nutrisi yang buruk, gangguan mekanisme imun maternal, tingginya rasio kromosom paternal dan riwayat infertilitas.^{2,3}

Mola hidatidosa terjadi karena fertilisasi kromosom yang tidak normal. Pada mola hidatidosa komplis ditemukan kromosom diploid atau 46 XX yang artinya kedua set kromosom tersebut berasal dari ayah. Pada mola hidatidosa biasanya memiliki kariotipe triploid atau 69 XXX yang terbentuk dari 2 set kromosom haploid ayah atau dispermi dan satu set kromosom haploid ibu.⁴

Diagnosis pada pasien mola hidatidosa apabila ditemukan hal-hal berikut, yaitu: amenorea, perdarahan pervaginam, uterus lebih besar dari lamanya amenorea, tidak ditemukan tanda-tanda kehamilan, k α beta-hCG lebih tinggi dari normal dan pada pemeriksaan USG tampak gambaran vesikuler di kavum uteri. Diagnosis yang paling tepat apabila ditemukan gelembung molar. Namun apabila menunggu keluarnya gelembung molar sudah terlambat karena biasanya

gelembung molar keluar bersamaan dengan perdarahan dan keadaan pasien sudah menurun. Pada trimester 1 biasanya gambaran mola tidak spesifik seperti trimester 2 yang umumnya lebih spesifik. Pada trimester 2 dapat ditemukan gambaran kavum uteri berisi massa ekogenik bercampur bagian-bagian anekoik vesikuler dengan diameter 5-10 mm atau terdapat seperti gambaran sarang lebah (*honeycomb*).^{1,3}

Usia merupakan salah satu faktor risiko terjadinya mola hidatidosa. Pada wanita usia <20 tahun rentan mengalami mola hidatidosa berisiko 4-10 kali dari mereka yang berusia 20-35 tahun. Hal ini dikarenakan alat reproduksi belum siap untuk dibuahi. Pada usia > 40 tahun memiliki peningkatan risiko 10 kali dari usia dibawahnya. Hal ini dikarenakan pada usia lebih tua sulit untuk membuat konsepsi dan kehamilan yang sehat dikarenakan pada perimenopause ovulasi menjadi tidak teratur sehingga membuat konsepsi sulit dan pada kondisi seperti ini ovum semakin berumur sehingga meningkatkan terjadinya kelainan kromosom.^{5,6}

Kasus

Ny. S berusia 53 tahun datang ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) RS Abdul Moeloek (RSAM) dengan keluhan perdarahan pervaginam sejak 3 jam SMRS. Banyaknya 3 kali ganti pampers, darah berwarna merah kecoklatan, keluar disertai gumpalan seperti mata ikan. Pasien mengeluhkan lemas dan nyeri perut. Riwayat menstruasi terakhir bulan januari 2024. Pasien tidak pernah memakai kontrasepsi dan masih melakukan hubungan seksual aktif. Pasien mengalami penurunan nafsu makan menurun. Keluhan buang air kecil dan buang air besar disangkal. Riwayat keputihan disangkal. Riwayat hipertensi, diabetes melitus, dan alergi disangkal. Riwayat hipertensi dan diabetes melitus keluarga disangkal. Riwayat haid didapatkan menarche pada usia 14 tahun, irreguler, lama haid 3 hari, banyaknya 3-4 kali ganti pembalut, hari pertama haid terakhir (HPHT) januari 2024.. Riwayat pernikahan sebanyak 1 kali, selama 36 tahun. Kehamilan ini merupakan kehamilan keenam pasien. Riwayat kehamilan sebelumnya berlangsung secara pervaginam dibantu oleh dukun pada semua kehamilan sebelumnya. Pada riwayat kehamilan

sebelumnya tidak ada penyulit atau komplikasi pada semua kehamilan sebelumnya dengan kata lain semua anak pada kehamilan sebelumnya lahir sehat dan tidak ada riwayat abortus.

Pemeriksaan fisik didapatkan kesadaran pasien compos mentis, tekanan darah 60/40 mmHg, nadi 157x/menit, laju pernafasan 20x/menit, suhu 35,9°C, dan SpO2 98% room air. Pemeriksaan status generalis didapatkan dalam batas normal kecuali konjungtiva anemis dan akral dingin. Pemeriksaan luar didapatkan abdomen cembung, tinggi fundus uteri setinggi umbilikus, teraba massa mobile, dan terdapat nyeri tekan. Pemeriksaan dalam inspekulo didapatkan tampak massa seperti bubble pada introitus vagina dan perdarahan aktif. Pemeriksaan *vaginal toucher* didapatkan porsi lunak, CUT sesuai usia 20 minggu, nyeri goyang tidak ada, dan CD tidak menonjol. Pada pemeriksaan USG didapatkan tampak uterus AF bentuk dan ukuran membesar, myometrium homogen, stratum basalis irregular, tampak massa hidrofilik avaskular di kavum uteri dengan gambaran honeycomb (mola hidatidosa). Hasil laboratorium pasien didapatkan CT 10, BT 2, Hb 6,7, Leukosit 21.920, eritrosit 2,3, Hematokrit 22, Trombosit 312.000, MCV 92, MCH 29, MCHC 31, Basofil 0, Eosinofil 1, Batang 0, Segmen 79, Limfosit 31, Monosit 7, SGOT 76, SGPT 55, GDS 163, ureum 23, creatinin 1, natrium 134, kalium 4,6, kalsium 8, dan klorida 105.

Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan yang telah dilakukan, diagnosa yang didapat pada pasien adalah abortus mola hidatidosa dengan anemia berat dan leukositosis. Penatalaksanaan pada pasien ini yaitu observasi keadaan umum, tanda-tanda vital, dan perdarahan. Pada pasien ini juga diberikan IVFD RL 500 cc gtt 30 tpm dan inj. asam tranexamat 1000 mg.

Pembahasan

Berdasarkan anamnesis, didapatkan diagnosa pada pasien adalah abortus mola hidatidosa dengan anemia berat dan leukositosis. Mola hidatidosa adalah kondisi yang disebabkan oleh kelainan pertumbuhan trofoblas pada plasenta atau calon plasenta, disertai dengan degenerasi kistik villi dan perubahan hidropik. Mola hidatidosa, yang dikenal masyarakat sebagai hamil anggur,

adalah kehamilan abnormal yang berupa tumor jinak. Tumor ini terjadi akibat kegagalan pembentukan bakal janin, sehingga terbentuk jaringan permukaan membran (villi) yang menyerupai gerombolan buah anggur.⁷

Gejala klinis terjadinya mola hidatidosa, diantaranya adanya perdarahan pervaginam dimana hal tersebut disebabkan oleh jaringan mola yang terlepas dari sel decidua dan merusak pembuluh darah maternal sehingga terjadi pembesaran uterus karena terlalu banyak darah sehingga darah keluar melalui vagina. Adanya keluar jaringan mola seperti buah anggur atau mata ikan namun tidak selalu, amenorea dengan durasi berbeda-beda dikuti perdarahan ireguler, hiperemesis gravidarum, dan gejala hipertiroidisme¹¹. Pada kasus ini pasien mengalami beberapa gejala dari mola hidatidosa sesuai dengan teori yang ada, diantaranya perdarahan pervaginam sejak 3 jam SMRS. Banyaknya 3 kali ganti pampers, darah berwarna merah kecoklatan, keluar disertai gumpalan seperti mata ikan. Pasien juga mengeluhkan lemas dikarenakan pasien mengalami anemia berat, dan ada gejala tambahan berupa nyeri perut.⁸

Faktor risiko yang meningkatkan prevalensi kehamilan mola, antara lain usia ibu yang ekstrim (usia >40 tahun memiliki peningkatan risiko lima hingga sepuluh kali lipat) dan masa remaja awal (biasanya <20 tahun), riwayat kehamilan mola sebelumnya meningkatkan risiko 1%-2% untuk kehamilan berikutnya, wanita yang pernah melakukan aborsi spontan atau infertilitas, faktor pola makan termasuk pasien yang mempunyai pola makan kekurangan karoten (prekursor vitamin A) dan lemak hewani, dan merokok.⁹ Pada kasus ini yang menjadi faktor risiko kejadian mola hidatidosa yaitu usia pasien 53 tahun. Hal ini didukung oleh penelitian Hasil ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Papatung yang menyebutkan bahwa angka kejadian mola hidatidosa lebih banyak terjadi pada kelompok usia >35 tahun dan akan lebih meningkat risikonya 5-10 kali pada wanita usia >40 tahun.^{10,11} Dari berbagai faktor risiko, prevalensi ibu hamil dengan mola hidatidosa terbanyak yaitu pada usia berisiko sebesar 62,8%.⁷

Hal ini sejalan dengan penelitian Faradiba yang menyatakan bahwa pada umur <20 - >35 tahun yang memiliki resiko tinggi

terkena mola hidatidosa. Wanita yang berusia lebih dari 40 tahun memiliki risiko 7 kali lebih tinggi mengalami mola hidatidosa dibandingkan dengan wanita yang lebih muda. Di awal atau akhir masa reproduksi seorang wanita, frekuensi mola hidatidosa relatif tinggi karena ovum lebih rentan terhadap fertilisasi abnormal, sering kali akibat gangguan meiosis yang dapat menyebabkan kondisi ini. Efek usia paling terlihat pada wanita yang berusia di atas 35 tahun, dengan frekuensi relatif kelainan ini 10 kali lebih tinggi dibandingkan pada usia 20-35 tahun..^{10,12}

Pada pemeriksaan fisik umum, wajah dan tubuh tampak pucat kekuningan yang disebut muka mola (mola face), dan gelembung mola dapat terlihat jelas saat keluar. Pada palpasi, biasanya uterus terasa lebih besar dibandingkan dengan usia kehamilan yang sebenarnya, tidak teraba bagian-bagian janin, tidak ada ballotement, serta tidak ada gerakan janin. Hal ini sesuai dengan keadaan pasien dimana khas pada pasien didapatkan tampak massa seperti bubble atau mata ikan pada introitus vagina dan perdarahan aktif.¹³

Pada pemeriksaan penunjang, USG dapat digunakan untuk mengidentifikasi mola hidatidosa. Hasil USG akan menunjukkan gambaran khas berupa pola badai salju (snow storm pattern) atau gambaran seperti sarang lebah (honey comb). Pada pemeriksaan USG pasien didapatkan tampak uterus AF bentuk dan ukuran membesar, miometrium homogen, stratum basalis irregular, tampak massa hidrofilik avaskular di kavum uteri dengan gambaran honeycomb (mola hidatidosa). Selain USG, pemeriksaan β -hCG juga bisa dilakukan untuk diagnosis dan pemantauan penderita penyakit trofoblas. β -hCG (Human Chorionic Gonadotropin) adalah hormon glikoprotein yang dihasilkan oleh plasenta dengan aktivitas biologis mirip LH. Pada kasus mola hidatidosa, kadar β -hCG biasanya jauh lebih tinggi dibandingkan kehamilan normal. Sedangkan pada pemeriksaan histologis, akan tampak beberapa villi yang mengalami edema dengan sel trofoblas yang tidak terlalu berproliferasi, sementara di tempat lain masih terlihat villi yang normal.^{8,13}

Penatalaksanaan dari kejadian mola hidatidosa yaitu perbaikan keadaan umum

pasien terlebih dahulu sebelum dilakukan tindakan evakuasi jaringan mola. Tindakan yang dilakukan sebelum penderita dalam keadaan stabil, dapat merangsang terjadinya syok ireversibel, eklamsi atau krisis tiroid yang dapat menyebabkan kematian. Koreksi dehidrasi dan lakukan tranfusi darah pada anemia (Hb <8 gr%) atau untuk mengatasi syok hipovolemik. Resusitasi cairan juga dilakukan untuk mengatasi syok hipovolemik. Pada pasien ini dilakukan pemberian injeksi asam tranexamat 1000mg (extra) dilakukan sebagai upaya penanganan perdarahan yang berlangsung.^{2,8}

Komplikasi mola hidatidosa dapat bersifat bedah dan/atau medis. Evakuasi bedah pada kehamilan mola harus dilakukan segera setelah pasien stabil secara medis. Komplikasi medis yang umum pada kehamilan mola meliputi hiperemesis, hipertiroidisme, perdarahan vagina, anemia, preeklamsia, dan gangguan pernapasan. Komplikasi paru lebih jarang terjadi namun mengancam jiwa. Komplikasi ini termasuk edema paru, emboli paru, efusi pleura, dan embolisasi trofoblas. Pada pasien dengan kadar hCG tinggi atau dugaan hipertiroidisme, pembedahan dan anestesi dapat memicu badai tiroid. Gangguan pernapasan dapat terjadi disertai pendarahan hebat dengan penggantian cairan yang banyak. Embolisasi paru trofoblas, preeklamsia, dan badai tiroid dengan gagal jantung juga dapat menyebabkan gangguan pernapasan¹⁴.

Simpulan

Mola hidatidosa merupakan sebuah kehamilan abnormalitas tanpa embrio dimana seluruh vili korialis mengalami degenerasi hidropik. Penyebab mola hidatidosa masih belum diketahui secara pasti namun terdapat faktor risiko yang meningkatkan kejadian ini yaitu usia, etnik, memiliki riwayat mola, nutrisi yang buruk, gangguan mekanisme imun maternal, tingginya rasio kromosom paternal dan riwayat infertilitas. Pada kasus ini faktor risiko yang menyebabkan mola hidatidosa adalah usia pasien yang sudah di atas usia produktif yaitu 53 tahun. Dari berbagai faktor risiko, prevalensi ibu hamil dengan mola hidatidosa terbanyak yaitu pada usia berisiko sebesar 62,8%.

Daftar Pustaka

1. Prawirohardjo. S. Ilmu Kebidanan. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. 2008.
2. Purba YS, Munir MA, Saranga D. Mola Hodatidosa. *Jurnal Medical Profession (MedPro)*. 2019. 1(1): 79-86.
3. Tim Fakultas Kedokteran Unpad. *Obstetri Patologi Ilmu Kesehatan Reproduksi*. Jakarta:EGC.2018.
4. Cunningham FG. Leveno KJ. Bloom SL. Dashe JS. Hoffman BL. Casey BM *et al*. *Williams Obstetrics 25th Edition*. New York: McGraw-Hill Education. 2018.
5. Lumbanraja. SN. *Kegawatdaruratan Obstetri*. Medan: USU Press. 2017.
6. Mangili G, Giorgione V, Gentile C, et al. Hydatidiform mole: age-related clinical presentation and high rate of severe complications in older women. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2014. 93(5):503-507.
7. Septiyaningsih R, Kusumawati DD, Ulfah A. Faktor-Faktor Ibu Yang Mempengaruhi Kejadian Mola Hidatidosa. *Jurnal Kesehatan Al-Irsyad*. 2016. 9(2):17-24.
8. Sari RDP, Prabowo AY. *Buku Ajar Perdarahan Pada Kehamilan Trimester 1*. Bandar Lampung: FK Universitas Lampung. 2018.
9. Ghassemzadeh S, Farci F, Kang M. *Hydatidiform Mole*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. 2023.
10. Papatungan TV, Wagey FW, Lengkong RA. Profil penderita mola hidatidosa di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *Jurnal e-Clinic (eCl)*. 2016.4(1):215-222.
11. Salda. Gambaran Kejadian Mola Hidatidosa Pada Kehamilan Di Indonesia. *Jurnal Ilmiah Ilmu Kebidanan & Kandungan*. 2023. 15(1):474-481.
12. Faradiba I. Hubungan Umur Dan Paritas Terhadap Kejadian Mola Hidatidosa Di RSUD Syekh Yusuf Gowa Tahun 2018. *Jurnal Kesehatan Delima Pelamonia*. 2018. 2(1): 14-17.
13. Zulhij DI, Parewasi H, Sabir M. Wanita 21 Tahun Dengan Mola Hidatidosa: Laporan Kasus. *Jurnal Medical Profession (MedPro)*. 2020. 2(2): 118-123.
14. Bruce S, Sorosky J. *Gestational Trophoblastic Disease*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. 2024.