

LAPORAN KASUS

Kehamilan Kembar Disertai Mola Hidatidosa

Harya Narottama^{1*}, Erry Gumilar², Brahmana Askandar³

Departemen Obstetri dan Ginekologi, Fakultas Kedokteran Universitas Wijaya Kusuma
Surabaya, Surabaya, Indonesia¹

Divisi Fetomaternal, Departemen Obstetri dan Ginekologi, Fakultas Kedokteran
Universitas Airlangga, Rumah Sakit Dr. Soetomo, Surabaya, Indonesia²

Divisi Onkologi, Departemen Obstetri dan Ginekologi, Fakultas Kedokteran Universitas
Airlangga, Rumah Sakit Dr. Soetomo, Surabaya, Indonesia³

*e-mail: hnarottama@yahoo.com, Telepon: +6282333979159

Abstrak

Kehamilan kembar disertai mola hidatidosa merupakan kasus yang sangat jarang, sekitar hanya 1 dalam 22.000 hingga 100.000 kehamilan. Kehamilan mola hidatidosa dengan janin triplet bahkan lebih langka lagi, sekitar hanya 6 kasus yang dilaporkan dan sebagian besar terjadi pada wanita yang memiliki riwayat terapi untuk infertilitas. Pemberian tatalaksana pada kasus kehamilan kembar disertai mola hidatidosa merupakan suatu hal yang dilematis baik bagi pasien maupun dokter. Pada laporan kasus ini kami menyajikan sebuah kasus seorang wanita berusia 26 tahun dengan kehamilan pertama yang merupakan kehamilan kembar dengan penyulit mola hidatidosa. Upaya diagnostik pada kasus ini telah dilakukan berupa pemeriksaan ultrasonografi, yang dilengkapi dengan pemeriksaan laboratorium dan radiologi yang sayangnya sebagian tidak dapat dilakukan akibat keluhan perdarahan per vaginam yang semakin berat. Kasus ini berakhir dengan persalinan preterm yang melahirkan dua bayi disertai jaringan plasenta yang berisi vesikel-vesikel yang merupakan ciri khas dari mola hidatidosa.

Kata Kunci: Mola Hidatidosa, Kehamilan Kembar

Twin Pregnancy with Hydatidiform Mole

Abstract

Twin pregnancy with Hydatidiform Mole is a rare case, only about 1 in 22.000 to 100.000 pregnancies. Molar pregnancy with triplet pregnancy is even rarer, which is only 6 cases reported and mostly occurred in women who received therapy for infertility. Management in cases of twin pregnancy with hydatidiform mole is dilemmatic both for the patient and physician. We present a case of 29 years old woman with her first pregnancy of twin fetuses complicated with hydatidiform mole. Diagnostic approaches were made mainly by ultrasound examination, continued with laboratory and radiology examinations which some did not performed due to worsened vaginal bleeding. This case ended with premature labor with the result of delivery of two babies and placenta with vesicles which is a characteristic of hydatidiform mole.

Keywords: Hydatidiform Mole, Twin Pregnancy

PENDAHULUAN

Gestational Trophoblastic Disease (GTD) atau penyakit trofoblastik gestasional adalah suatu kelainan berupa sekelompok tumor yang ditandai dengan proliferasi trofoblas yang abnormal. GTD secara histologis terbagi menjadi mola hidatidosa, yang memiliki ciri-ciri didapatnya jaringan villi, dan neoplasma trofoblastik non molar yang tidak didapatkan jaringan villi (Cunningham, 2014)

Mola hidatidosa pertama kali dideskripsikan oleh Hippocrates sekitar tahun 400 SM sebagai “uterus yang bengkak”. Sejak saat itu, mola hidatidosa atau yang juga disebut sebagai kehamilan mola menjadi hal yang menarik dalam dunia kedokteran baik secara klinis maupun secara penelitian. Patogenesis GTD sangatlah unik oleh karena didapatkan suatu tumor yang berasal dari jaringan gestasional, bukan dari jaringan maternal (Berkowitz, 2013).

Angka kejadian mola hidatidosa bervariasi secara luas diantara daerah di dunia. Pada daerah Amerika utara dan negara-negara Eropa, angka kejadian mola hidatidosa dilaporkan rendah, sekitar 66-121 per 100.000 kehamilan. Sedangkan pada daerah Amerika latin, Asia, dan Timur Tengah dilaporkan angka kejadian mola

hidatidosa yang cukup tinggi, sekitar 23-1299 per 100.000 kehamilan (Altieri, 2003)

LAPORAN KASUS

Pasien pada laporan kasus ini adalah Ny. A, usia 26 tahun dengan kehamilan pertama, tanpa riwayat keguguran sebelumnya. Pada saat pertama kali dilakukan pemeriksaan kehamilan, usia kehamilan sudah mencapai 9/10 minggu di rumah sakit William Booth Surabaya seperti yang ditunjukkan pada Gambar 1. Setelah itu pasien melanjutkan pemeriksaan kehamilan di rumah sakit Pura Raharja Surabaya dengan didapatkan usia kehamilan sudah mencapai 19/20 minggu kemudian dirujuk ke RSUD dr. Soetomo Surabaya dengan diagnosis kehamilan gemelli disertai kecurigaan mola hidatidosa. Pasien telah mendapatkan penanganan secara diagnostik melalui pemeriksaan laboratorium dengan hasil laboratorium seperti yang tercantum pada tabel 1, dan pemeriksaan radiologis. Saat itu kehamilan direncanakan dipertahankan hingga 34 minggu dengan *monitoring* kehamilan ketat. Sayangnya dengan keluhan perdarahan per vaginam yang semakin memberat, pasien akhirnya di rawat inap dan kehamilan berakhir dengan cara persalinan prematur per vaginam secara spontan di Rumah Sakit Angkatan Laut (RSAL) Surabaya. Dari persalinan

didapatkan dua bayi berbeda jenis kelamin, laki-laki berbobot 200 gram dan perempuan berbobot 150 gram yang tidak dapat bertahan hidup beberapa saat setelah persalinan. Selain itu juga

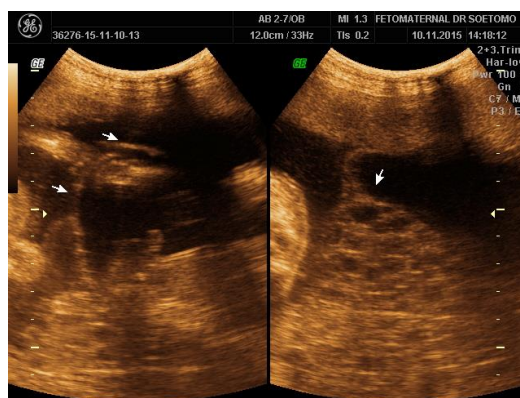
didapatkan jaringan plasenta dengan vesikel-vesikel yang diperiksa di laboratorium Patologi Anatomi dengan hasil PA Mola Hidatidosa grade I.



Gambar 1. Ultrasonografi kehamilan menunjukkan adanya dua kantong kehamilan



Gambar 2. Gambaran vesikel pada plasenta dengan tampak adanya janin



Gambar 3. Gambaran vesikel-vesikel pada placenta

Tabel 1. Hasil Laboratorium

Hb	10,9	GDA	106
WBC	8.800	BUN/SK	8/0,4
PLT	169.000	SGOT/SGPT	20/21
Hct	21,8	Na/K/Cl	134/4,4/106
HbsAg	Non Reaktif	Beta HcG	>1500
PTT	9,2 (9-12)	T3 Total	3,62 (0,6- 1,8)
APTT	28 (23-33)	ft4	1,93 (0,89- 1,76)
		TSH	0,002 (0,05- 4,78)



Gambar 4. Kedua bayi dengan plasenta disertai jaringan vesikel

Tabel 2. Ringkasan pemeriksaan USG

	Janin I	Janin II
Kelamin	Laki-laki	Perempuan
Letak	Kepala	Lintang
BPD	4,64	4,30
HC	17,53	16,24
AC	15,19	14,2
FL	3,19	3,01
EFW	336 gram	289 gram
SDP	9,44	Normal
Plasenta	Fundus Corpus Dextra sampai belakang uterus, tampak vesikel-vesikel pada plasenta	
A. Uterina		
RI		0,42
PI		1,65
S/D		1,82

A. Umb		
RI	0,83	0,74
PI	1,65	1,28
S/D	5,78	3,85
Adneksa	Kista Lutein Dextra 4,42 x 2,8 cm; Kista Lutein Sinistra 3,76 x 3,02 cm	

DIAGNOSIS KEHAMILAN GEMELLI DENGAN MOLA HIDATIDOSA

Pemeriksaan yang dilakukan pada pasien, didapatkan kehamilan dengan dua kantong kehamilan yang ditemukan berdasar ultrasonografi yang dikerjakan pada saat pasien kontrol di RS Pura Raharja Surabaya. Saat itu usia kehamilan berdasar ukuran kantong kehamilan diperkirakan 19/20 minggu. Evaluasi biometri janin dilakukan ulang di divisi Fetomaternal SMF Obstetri dan Ginekologi RSUD dr. Soetomo Surabaya pada tanggal 10 November 2015 dengan didapatkan janin pertama jenis kelamin laki-laki sesuai 19/20 minggu dengan jumlah cairan amnion berdasar ukuran *Single Deepest Pocket Amniotic Fluid* yang sedikit meningkat yaitu 9,44 seperti yang ditunjukkan Gambar 2 dan Gambar 3 dengan ringkasan hasil ultrasonografi yang tercantum pada Tabel 2.

Kasus ini baru dipublikasikan pada tahun 2019 dikarenakan pada tahun 2015 saat kasus terjadi belum ada kesempatan untuk dipublikasikan oleh karena terkendala waktu. Namun demikian, mengingat langkanya kasus kehamilan

janin kembar yang disertai mola hidatidosa maka diharapkan kasus ini dapat menjadikan penambahan wawasan bahwa kehamilan mola hidatidosa dapat terjadi berupa kehamilan mola hidatidosa total tanpa adanya pertumbuhan janin yang angka kejadiannya lebih besar, maupun mola hidatidosa parsial dimana terdapat pertumbuhan janin selain jaringan mola. Pada umumnya, kehamilan mola hidatidosa parsial hanya didapatkan satu janin saja, sedangkan adanya dua janin sebagai kehamilan kembar yang menyertai mola hidatidosa sangatlah jarang terjadi secara keseluruhan di dunia, apalagi di Indonesia.

Diagnosis dini Mola hidatidosa dengan kehamilan amat tergantung kombinasi pemeriksaan ultrasound transvaginam disertai hasil pemeriksaan kadar tinggi beta-HCG. Diagnosis *Complete Hydatidiform Mole Coexisting with Fetus* (CHMCF) dilakukan pada trimester 1 dengan USG. Dengan kemajuan teknologi termasuk generasi terkini modalitas USG disertai penggunaan induksi ovulasi menyebabkan penajaman deteksinya sehingga meningkatkan insiden CHMCF (Lee *et al*, 2010).

Untuk menegakkan diagnosis mola hidatidosa, dapat digunakan pula metode pewarnaan immunohistokimia dengan p57^{KIP2} dimana pemeriksaan ini tujuan

utamanya adalah untuk membedakan mola hidatidosa komplet atau *partial* (Cunningham, 2014). Sayangnya, metode pemeriksaan secara immunohistokimia ini tidak dilaksanakan pada kasus yang dibahas dikarenakan keterbatasan fasilitas laboratorium dan biaya untuk melakukan pemeriksaan immunohistokimia pada jaringan mola yang telah dievakuasi.

ETIOPATOGENESIS TERJADINYA KEHAMILAN GEMELLI DENGAN MOLA HIDATIDOSA

Patogenesis terjadinya kehamilan mola secara umum terbagi menjadi dua, yaitu ovum difertilisasi oleh sperma haploid yang kemudian menggandakan kromosomnya setelah meiosis. Kromosom dari ovum tidak didapatkan atau tidak teraktivasi. Proses terjadinya mola hidatidosa komplet dengan cara ini berkisar kurang lebih 80 persen. (Vassilakos, 1977; Kajii, 1977; Yamashita, 1979) Cara yang lain terjadinya mola hidatidosa komplet adalah fertilisasi oleh dua sperma, yang disebut sebagai *dispermic fertilization* atau *dispermy* dengan komposisi pola kromosom berupa 46, XY atau 46, XX yang berkisar sekitar 20 persen. (Lawler, 1991; Lipata, 2010)

Pada kehamilan mola disertai adanya janin pada kehamilan kembar, proses kehamilan yang dapat terjadi

adalah: 1. Kehamilan mola hidatidosa komplet disertai janin diploid normal pada kehamilan kembar dizygotik; 2. Mola hidatidosa *partial* yang disertai janin diploid normal pada kehamilan kembar dizygotik; dan 3. Mola hidatidosa *partial* dengan janin triploid abnormal pada kehamilan kembar monozygotik. (Gupta, 2015)

FAKTOR RISIKO TERJADINYA KEHAMILAN GEMELLI DENGAN MOLA HIDATIDOSA

Wanita dengan kehamilan mola hidatidosa pada umumnya mengeluhkan adanya jeda periode menstruasi, disertai hasil tes kehamilan yang positif, dan juga tanda dan gejala awal kehamilan atau komplikasi kehamilan seperti misalnya perdarahan per vaginam, nyeri panggul dan hiperemesis gravidarum. Keluhan seperti perdarahan per vaginam, nyeri panggul, pembesaran uterus dan hiperemesis gravidarum sering ditemui, akan tetapi karena keluhan ini umum ditemui pada kehamilan awal, seringkali didiagnosis sebagai komplikasi kehamilan secara umum atau kehamilan abnormal non mola, misalnya abortus spontan atau kehamilan ektopik.

Perdarahan per vaginam pada mola hidatidosa biasanya diakibatkan terpisahnya villi dari jaringan desidua, dan

kejadiannya kurang lebih 84 persen pada pasien yang ditunjukkan penelitian oleh Wright.

Nyeri panggul juga umum ditemui pada kehamilan mola diakibatkan pembesaran uterus dan kemungkinan juga karena pembesaran kista pada ovarium.

Pembesaran uterus yang melebihi usia kehamilan dapat juga ditemukan, tetapi hal ini hanya terdapat sekitar 28 persen pada pasien dalam sebuah studi oleh Wright. Pembesaran uterus merupakan tanda yang tidak spesifik dan dapat disebabkan oleh hal yang lain, misalnya kesalahan perkiraan usia kehamilan, kehamilan kembar, atau adanya massa atau leiomyoma.

Keluhan yang dirasakan oleh pasien dalam kasus ini, yang paling menonjol adalah adanya perdarahan per vaginam yang berawal dari bercak flek yang mulai muncul saat usia kehamilan mencapai 18/19 minggu dan tidak berkurang, bahkan memberat saat mencapai usia kehamilan 20/21 minggu hingga terjadi persalinan prematur. Keluhan lain seperti nyeri panggul dan mual tidak dirasakan oleh pasien. Yang sangat menarik dari kasus ini adalah, faktor risiko kehamilan mola hidatidosa secara teori, tidak didapatkan pada pasien ini sehingga terjadinya kasus ini dengan latar belakang usia pasien yang masih muda dan merupakan kehamilan

pertama, sehingga merupakan kasus yang tidak biasa terjadi.

TATALAKSANA KEHAMILAN GEMELLI DENGAN MOLA HIDATIDOSA

Tatalaksana yang dilakukan pada kasus ini disesuaikan dengan prosedur tatalaksana mola hidatidosa secara umum. Setelah menjalani rangkaian pemeriksaan ultrasonografi untuk penegakan diagnosis kehamilan gemelli dengan mola hidatidosa, dilakukan diskusi kasus ini di divisi Onkologi SMF Obstetri dan Ginekologi RSUD dr. Soetomo Surabaya. Hasil diskusi antara divisi Fetomaternal dan divisi Onkologi direncanakan beberapa pemeriksaan diagnostik lanjutan dan kehamilan diteruskan dengan pengawasan yang ketat, diupayakan kehamilan dipertahankan hingga usia kehamilan mencapai 34 minggu dengan harapan bayi yang dilahirkan memiliki kemampuan bertahan hidup yang memadai. Semua rencana tindakan pemeriksaan lanjutan dan kemungkinan komplikasi yang dapat terjadi akibat kehamilan dengan mola hidatidosa seperti perdarahan, preeklampsia dan persalinan prematur telah dijelaskan kepada pasien.

Pemeriksaan lanjutan yang dikerjakan berupa pemeriksaan laboratorium yang meliputi pemeriksaan darah lengkap, tes fungsi liver, tes fungsi tiroid, dan kadar hormon β -hCG kuantitatif.

Pemeriksaan radiologi juga dikerjakan berupa pemeriksaan foto Thoraks yang bertujuan mengevaluasi apakah ada kemungkinan terjadi proses metastasis yang berasal dari kelainan mola hidatidosa pada organ jauh, yaitu pada paru.

Untuk pemeriksaan foto Thoraks, tetap dilakukan pada pasien dengan kondisi kehamilan trimester awal dengan menimbang manfaat dan risikonya bagi pasien, serta belum ada alternatif metode pemeriksaan radiologis pada regio thoraks lain dengan risiko yang minimal terhadap kehamilan dibanding pemeriksaan rontgen foto Thoraks. Penjelasan mengenai pentingnya pemeriksaan foto Thoraks sebagai bagian tatalaksana kehamilan mola beserta risikonya telah dijelaskan kepada pasien dan keluarga. Saat itu pasien dan keluarga telah memahami dan menyetujui tindakan pemeriksaan radiologis.

Pemeriksaan lanjutan lainnya yang direncanakan adalah pemeriksaan ultrasonografi pada abdomen untuk melihat kemungkinan adanya proses metastasis pada liver, dan pemeriksaan MRI untuk evaluasi lokasi jaringan vesikel pada plasenta yang dicurigai sebagai jaringan mola hidatidosa secara lebih spesifik. Sayangnya, kedua jenis pemeriksaan ini tidak sempat dikerjakan oleh karena pasien mengalami perdarahan per vaginam yang berulang dan memberat,

sehingga pasien dirawat inap di kamar bersalin RSUD dr. Soetomo Surabaya sampai akhirnya terjadi persalinan prematur di RSAL dr. Ramelan Surabaya seperti yang ditunjukkan pada Gambar 4.

Dari hasil pemeriksaan diagnostik pada kasus ini, didapatkan sedikit peningkatan kadar hormon tiroid dan peningkatan kadar β -hCG, akan tetapi pemeriksaan foto thoraks masih dalam batas normal. Kelemahan pemeriksaan diagnostik pada kasus ini diantaranya pemeriksaan β hCG yang hanya dikerjakan dua kali, satu pemeriksaan setelah partus dan satu pemeriksaan β hCG sebelum terjadi partus yang dilakukan secara kualitatif sehingga kurang spesifik apakah sesuai dengan usia kehamilan atau tidak. Kelemahan lainnya adalah belum ada metode pemeriksaan radiologis yang aman terhadap kehamilan yang bisa mendeteksi atau menyingkirkan adanya proses metastasis akibat kehamilan dengan mola hidatidosa.

KESIMPULAN

Kasus mola hidatidosa secara umum cukup banyak terjadi, namun kehamilan mola menjadi kasus yang langka, seperti kehamilan mola hidatidosa koeksis dengan kehamilan kembar.

Terdapat beberapa kelemahan tatalaksana pada kasus ini antara lain

pemeriksaan hormon β hCG dengan frekuensi pemeriksaan yang tidak spesifik, pemeriksaan radiologis yang berisiko terhadap kehamilan, pemeriksaan diagnostik lain seperti amniosintesis, *fetal karyotyping*, analisis sperma suami, status gizi dan nutrisi pasien, yang diduga berperan pada terjadinya kehamilan mola, beserta pemeriksaan ultrasonografi abdomen dan MRI pelvis sebagai penunjang, belum sempat dikerjakan karena keluhan pasien yang semakin memberat. Dari sisi pasien, didapatkan kelemahan yaitu tindakan pulang paksa ke rumah sakit lain oleh pasien dan keluarga. Kelemahan lain adalah

Kedadaan yang unik dari kasus ini adalah adanya kehamilan gemelli yang terjadi secara natural dan spontan dengan disertai jaringan mola hidatidosa, dengan usia pasien yang tidak ekstrem yaitu 26 tahun. Hal ini bertentangan dengan teori yang berasal dari literatur dan merupakan kasus yang sangat langka baik di Indonesia maupun di seluruh dunia.

SARAN

Saran yang dapat diberikan pada penanganan kasus seperti ini adalah pemeriksaan diagnostik yang lebih detail dan teliti diusahakan sejak awal kehamilan, serta pemeriksaan yang lebih lengkap dan spesifik, yang tentu saja disertai kehati-

hatian selama proses pemeriksaan akan adanya komplikasi yang dapat terjadi seperti misalnya perdarahan per vaginam, preeklampsia, tirotoksikosis, dan persalinan prematur.

DAFTAR PUSTAKA

- Altieri A, Franceschi S, Ferlay J, *et al*, 2003. Epidemiology and aetiology of gestational trophoblastic diseases. *Lancet Oncol*. 4:670.
- Berkowitz RS, Goldstein DP, 2013. Current advances in the management of gestational trophoblastic disease. *Gynecol Oncol*, 128:3.
- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL *et al*, 2014. *Gestational Trophoblastic Disease*. In Williams Obstetrics, 24th ed, New York, McGraw Hill: 813
- Gupta K, Venkatesan B, Kumaresan M, Chandra T, 2015. Early Detection by Ultrasound of Partial Hydatidiform Mole With a Coexistent Live Fetus, *Wisconsin Medical Journal*
- Kajii T, Ohama K, 1977. Androgenetic origin of hydatidiform mole. *Nature*. 268:633.
- Lawler SD, Fisher RA, Dent J, 1991. A prospective genetic study of complete and partial hydatidiform moles. *Am J Obstet Gynecol*. 164:1270
- Lee SW, Kim MY, Chung JH, Yang JH, Lee YH, Chun YK, 2001. Clinical Findings of Multiple Pregnancy With a Complete Hydatidiform Mole and Coexisting Fetus. *J Ultrasound Med*. 29:271–280
- Lipata F, Parkash V, Talmor M, *et al*, 2010. Precise DNA genotyping diagnosis of hydatidiform mole. *Obstet Gynecol* . 115(4):784
- Rajesh U, Cohn MR, Foskett MA, Fisher A, Zaki D, 2000. Triplet pregnancy with a coexisting complete hydatidiform mole of monospermic origin in a spontaneous conception. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 107: 1439-1442
- Vassilakos P, Riotton G, Kajii T, 1977. Hydatidiform mole: two entities. A morphologic and cytogenetic study with some clinical consideration. *Am J Obstet Gynecol*. 127:167
- Yamashita K, Wake N, Araki T, *et al*, 1979. Human lymphocyte antigen expression in hydatidiform mole: androgenesis following fertilization by a haploid sperm. *Am J Obstet Gynecol*, 135:597