

LAPORAN KASUS: DIAGNOSIS DAN PENATALAKSANAAN MOLA HIDATIDOSA KOMPLET DENGAN MANIFESTASI BADAI TIROID

¹⁾ Rina Gustuti, ²⁾ Muhammad Brahmana Putra ³⁾ Yusrawati

¹⁾ Divisi Fetomaternal Departemen Obstetri dan Ginekologi, Fakultas Kedokteran Universitas Andalas, RS. UNAND

²⁾ PPDS Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Andalas, RSUD Dr. M. Djamil Padang

³⁾ Divisi Fetomaternal Departemen Obstetri dan Ginekologi, Fakultas Kedokteran Universitas Andalas, RSUP Dr. M. Djamil Padang
Jl. Perintis Kemerdekaan No 14D, Kota Padang, Sumatera Barat, Indonesia

E-mail : ¹⁾ rinagustuti2308@gmail.com, ²⁾ brahmana1312@gmail.com, ³⁾ Yusrawati_65@yahoo.co.id

ABSTRAK

Kata Kunci:

Penyakit Trofoblas Gestasional, Mola Hidatidosa Komplet, Kehamilan Molar dan komplikasi tirotoksikosis

Pendahuluan: Mola hidatidosa merupakan bentuk penyakit yang paling umum. Wanita pada tahap akhir reproduksi memiliki risiko lebih tinggi, terutama usia di atas 45 tahun. Komplikasi yang umum terjadi pada mola hidatidosa berupa perdarahan hebat sebelum deteksi dini dan teknik evakuasi uterus yang efektif. Mola invasif memiliki angka kematian sebesar 15% akibat perdarahan, embolisasi jaringan trofoblastik, dan sepsis. Komplikasi klasik mola hidatidosa selama kehamilan meliputi aborsi spontan, kematian intrauterin, hipertiroidisme, dan preeklamsia. **Laporan kasus:** Wanita 24 tahun, G2P1A0H1 dengan dugaan MHK memiliki riwayat perdarahan vagina, dengan USG menunjukkan gambaran *honeycomb*. Kuretase dilakukan pada pasien dan pemeriksaan histopatologi untuk mendukung diagnosis. Selain itu ditemukan kondisi badai tiroid tanpa adanya riwayat hipertiroidisme, sehingga diduga terjadi akibat mola hidatidosa komplet ini. Sehingga pada pasien diberikan penatalaksanaan badai tiroid. **Kesimpulan:** Pada pasien ini didapatkan diagnosis MHK dari anamnesis, penunjang seperti pemeriksaan USG, β -hCG, dan histopatologi. Penatalaksanaan dilakukan sesuai prinsip tatalaksana dengan kuretase untuk mengevakuasi mola dan mencegah perdarahan pasca operasi serta penatalaksanaan lain terkait komplikasi seperti anemia berat dan hipertiroidisme yang terjadi pada pasien ini. Diperlukan evaluasi lebih lanjut terkait kadar β -hCG yang dapat menentukan prognosis dan kekambuhan pada pasien, serta evaluasi dini terkait tiroid juga perlu dilakukan pada pasien dengan diagnosis mola hidatidosa.

Keywords:

Gestational Trophoblastic Disease, Complete Hydatidiform Mole, Molar Pregnancy and complications of thyrotoxicosis

Info Artikel

Tanggal dikirim: 20 Juni 2025

Tanggal direvisi: 29 Juni 2025

Tanggal diterima: 30 Juni 2025

DOI :

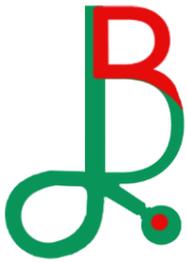
<https://doi.org/10.58794/jubida.v4i1.1539>

ABSTRACT

Introduction: Hydatidiform mole is the most common form of the disease. Women in the final stages of reproductive are at higher risk, especially over 45 years old. Hydatidiform moles are often complicated by severe hemorrhage before early detection and effective uterine evacuation techniques. Invasive moles have a mortality rate of 15% due to hemorrhage, trophoblastic tissue embolization, and sepsis. Classic complications of hydatidiform mole during pregnancy include spontaneous abortion, intrauterine death, hyperthyroidism, and preeclampsia. **Case report :** A-24-years-old woman, G2P1A0H1 with suspected CHM. The patient had a history of vaginal bleeding, USG showing a honeycomb appearance. Curettage management was performed on the patient and histopathology examination to support the diagnosis. In addition, thyroid storm were found without a history of previous hyperthyroidism, so it was suspected that it occurred due to this CHM. The patient was given thyroid storm management as usual. **Conclusion :** In this patient, CHM diagnosis was obtained from anamnesis, and supporting results were found from USG, β -hCG, and histopathology examinations. The management was carried out according

Author:Rina Gustuti, Muhammad Brahmana Putra, Yusrawati. Publish: 30 Juni 2025

Vol.4, No.1, Tahun 2025



to the principles of mole management with curettage to evacuate the mole and prevent post-operative bleeding and other management related to complications such as severe anemia and hyperthyroidism that occurred in this patient. Further evaluation is needed regarding β -hCG levels that can determine the prognosis and recurrence in patients.

PENDAHULUAN

Penyakit trofoblastik gestasional (GTD) adalah spektrum proses penyakit yang saling terkait yang berasal dari plasenta. Penyakit trofoblastik gestasional menggambarkan sekelompok kelainan terkait kehamilan langka yang mencakup spektrum kondisi pra-ganas dan ganas. GTD secara histologis dibagi menjadi mola hidatidosa, yang ditandai dengan adanya vili, dan menjadi neoplasma ganas trofoblastik non-molar, yang tidak memiliki vili.[1], [2], [3]

Mola hidatidosa adalah bentuk penyakit yang paling umum, merupakan plasenta imatur yang sangat edematous, yang terdiri dari mola hidatidosa komplet jinak, mola hidatidosa parsial, dan mola invasif ganas. Mola invasif dianggap ganas karena penetrasinya yang nyata ke dalam dan kerusakan miometrium serta kemampuannya untuk bermetastasis. Mola hidatidosa biasanya muncul pada trimester pertama dengan perdarahan vagina tidak teratur dan dapat dicurigai melalui USG, tetapi konfirmasi memerlukan evaluasi histopatologis dari hasil konsepsi.[2], [3]

Pada studi epidemiologi didapatkan insidensi kehamilan mola yang bervariasi di berbagai wilayah di dunia (0,2–9,9 per 1000 kehamilan). Studi di Amerika Serikat melaporkan kehamilan mola dengan insidensi 1 dari 600 aborsi terapeutik dan 1 dari 1500 kehamilan. Di Eropa dan Amerika Utara didapatkan frekuensi kehamilan mola adalah sekitar 60 hingga 120/100.000 kehamilan. Negara-negara di Asia Tenggara dan Jepang memiliki insidensi mola hidatidosa yang tinggi.[4], [5], [6]

Insiden mola hidatidosa di Indonesia masih cukup tinggi yaitu mencapai 13/1000 kehamilan, dimana angka ini lebih tinggi dibandingkan insiden mola hidatidosa di Taiwan, Filipina, atau Cina. Sebuah penelitian di RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie, melaporkan bahwa ditemukan 56 kasus mola hidatidosa dari tahun 2016-2021 dimana kehamilan mola meningkat seiring bertambahnya usia, 1,21% kehamilan mola terjadi pada wanita usia 35 tahun, 100% wanita yang mengalami mola tidak memiliki riwayat kehamilan mola sebelumnya, dan 53,6% wanita merupakan multipara.[7]

Wanita pada tahap akhir kehidupan reproduksi memiliki risiko lebih tinggi, terutama yang berusia di atas 45 tahun. Sekitar 15–20% pasien akan diobati untuk neoplasia trofoblastik gestasional (GTN) setelah evakuasi mola hidatidosa lengkap. Usia ibu dan riwayat mola hidatidosa sebelumnya merupakan dua faktor risiko yang pasti untuk kehamilan mola. Sebagian besar kasus GTN terjadi setelah kehamilan mola. GTN merupakan keganasan ginekologi yang bisa disembuhkan dengan tingkat kesembuhan mendekati 100%, bahkan dengan adanya penyakit metastasis.[1], [2], [8]

Mola hidatidosa sering kali mengalami komplikasi berupa perdarahan hebat sebelum deteksi dini dan teknik evakuasi uterus yang efektif, sedangkan mola invasif memiliki tingkat kematian sebesar 15% akibat perdarahan, embolisasi jaringan trofoblastik, dan sepsis. Komplikasi klasik mola hidatidosa selama kehamilan meliputi aborsi spontan, kematian intrauterin, hipertiroidisme, dan preeklamsia. [8]

Hipertiroidisme dapat menyebabkan kondisi klinis yang mengancam jiwa. Namun, diagnosis dini hipertiroidisme dapat menjadi tantangan karena kelangkaannya dan indeks kecurigaan yang rendah di antara dokter. Diagnosis hipertiroidisme juga dapat terlewatkan jika gejala hipermetabolik semata-mata disebabkan oleh penyakit trofoblastik. Evakuasi uterus sebagai penanganan utama mola hidatidosa, hipertiroidisme merupakan pertimbangan perioperatif yang penting karena tirotoksikosis dapat berakibat fatal.[9], [10]

Apapun prognosis mola hidatidosa, sebagian besar kehamilan tersebut berujung pada keguguran atau kematian intrauterin.[9] Pada laporan kasus ini ditemukan seorang pasien perempuan dengan diagnosis mola hidatidosa disertai hipertiroidisme, sehingga dari laporan kasus ini penulis bertujuan membahas mengenai diagnosis dan penatalaksanaan pada kasus ini.

METODE

Ditemukan seorang pasien perempuan 24 tahun. Data pasien didapatkan dari anamnesis dan data rekam medis. Pada pasien dilakukan pemeriksaan fisik dan penunjang untuk mendapatkan data lainnya. Analisis data bersifat deskriptif. Kerahasiaan pasien terjaga pada laporan kasus ini.

LAPORAN KASUS

Seorang pasien perempuan berusia 24 tahun dirujuk dari RSUD Pasaman Barat dengan diagnosis mola hidatidosa. Sebelumnya pasien datang dengan keluhan perdarahan banyak dari jalan lahir dan ada gumpalan. Riwayat perdarahan dari jalan lahir sejak 2 minggu SMRS, jumlah sedikit. Selain itu pasien mengeluh nyeri perut bawah, tampak kuning, mual, muntah, dada berdebar-debar. Pasien sudah 2 bulan tidak haid, tetapi lupa tanggal haid terakhirnya. Tidak pernah periksa antenatal sebelumnya. Pasien tidak

memiliki riwayat penyakit apapun. Pasien memiliki riwayat 1 kali hamil dengan operasi caesar. Tidak ada riwayat merokok dan penggunaan alat kontrasepsi oral.

Pada pemeriksaan fisik keadaan umum sedang, tekanan darah 136/67 mmHg, denyut nadi 124 kali per menit, dan BMI 20,47 kg/m². Pemeriksaan obstetrik didapatkan abdomen tampak kembung, median linea hiperpigmentasi, tidak ada nyeri tekan dan defans muskular. Pada genitalia didapatkan PPV inaktif. Pada inspeksi didapatkan fluxus (+) darah tampak terkumpul di fornix posterior, darah tampak keluar dari kanalis servikalis, OUE tertutup. Dari hasil laboratorium awal didapatkan Hb 3,8 g/dl, leukosit 13.550/mm³, HT 12%, dan trombosit 67.000%, kalium 5,2 mmol/L, ureum 96 mg/dl, dan kreatinin 1,5 mg/dl.

Dari elektrokardiografi didapatkan sinus takikardi. Pada pemeriksaan rontgen didapatkan bronkopneumonia. Dari hasil pemeriksaan ultrasonograf didapatkan uterus berukuran 20,94 x 12,01 cm, tampak massa hiperekoik, gambaran *honeycomb*, vaskularisasi positif, dan kesan susp. mola hidatidosa komplet. (Gambar 1)



Gambar 1. Pemeriksaan ultrasonografi pada wanita berusia 24 tahun dengan mola hidatidosa komplet

Pasien awalnya didiagnosis dengan G2P1A0H1, mola hidatidosa komplet, anemia normositik normokromik berat, perdarahan akut, trombositopenia, disfungsi hati, hipertiroidisme, cedera ginjal akut stadium I, perdarahan prerenal, dehidrasi, hiperkalemia, pneumonia yang didapat dari komunitas, bekas SC.

Sebelum prosedur, kondisi umum pasien distabilkan dan transfusi darah diberikan, kemudian prosedur kuretase dilakukan untuk mengevakuasi jaringan mola. Massa mola yang dievakuasi adalah 250 cc. (Gambar 2)



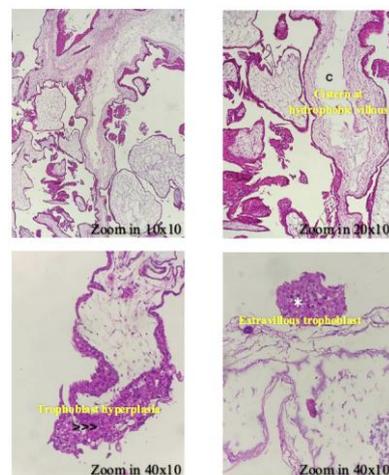
Gambar 2. Massa mola hidatidosa

Pasien diberikan terapi IVFD RL drip Oksitosin 20 iu + metergin 0,2 mg 6 jam/colf, Inj. Ampisilin 2x1,5 mg gr IV, Inj. asam traneksamat 3x500mg iv, Inj. Vitamin K 3x10 mg IV, Misoprostol 3x200mcg po, analgesik bila perlu setelah prosedur.

Setelah prosedur, pada hari kedua perawatan, pasien mengalami sesak napas yang semakin meningkat. Pasien diberikan transfusi PRC sebanyak 6 unit. Selain itu, hasil TSH/FT4 adalah 78 μ IU/ml dan 0,03 pmol/L. Nilai Burch-Wartofsky adalah 45, sehingga pasien didiagnosis dengan hipertiroidisme dengan badai tiroid. Pasien diberikan terapi Inj. Dexametasone 4x10 mg IV, Lugol 4x10 tetes per oral, PTU 4x200 mg per oral, dan Propranolol 4x20 mg per oral.

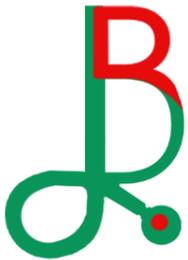
dan pemantauan EKG serta skor Burch Wartofsky dilakukan setiap hari.

Hasil pemeriksaan β -hCG adalah 57,469 mIU/ml. Pada pemeriksaan patologi anatomi, pemeriksaan makroskopik menunjukkan adanya potongan jaringan plasenta dengan pemeriksaan kasar tampak seperti sarang lebah. Pemeriksaan mikroskopik menunjukkan vili hidropik, hiperplasia trofoblas, dan trofoblas ekstravili. Temuan tersebut sesuai dengan diagnosis kehamilan mola hidatidosa lengkap. (Gambar 3)



Gambar 3. Pemeriksaan histopatologi
HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada kasus ini pasien didiagnosis dengan G2P1A0H1, mola hidatidosa komplet, trombositopenia, anemia berat, cedera ginjal akut stadium I ec prerenal ec prebleeding, hiperkalemia, hipertiroidisme pada mola hidatidosa dengan badai tiroid, susp. TRALI, eks CS. Dari anamnesis yang didapat, pasien mengeluhkan perdarahan pervaginam cukup banyak disertai keluhan nyeri perut. Pasien mengatakan sudah 2 bulan tidak menstruasi tetapi pasien lupa HPHT-nya. Dari pemeriksaan fisik, ditemukan mata anemia dan ikterus serta terdapat perut kembung.



Mola hidatidosa merupakan bagian dari GDT yang berasal dari plasenta dan dapat bermetastasis, berasal dari jaringan gestasional bukan dari jaringan maternal, terdiri dari mola hidatidosa komplet jinak dan mola hidatidosa parsial serta mola invasif ganas. Faktor risiko terjadinya mola hidatidosa pada pasien ini belum diketahui. Faktor risiko terkuat adalah usia dan riwayat mola hidatidosa sebelumnya. Faktor lain yang berkontribusi meliputi riwayat medis yang ditandai dengan aborsi spontan atau infertilitas sebelumnya, pertimbangan diet (termasuk kekurangan karoten dan lemak hewani), merokok, golongan darah B, usia ayah, anomali genetik ibu, dan kontrasepsi oral.[1], [3], [9], [11]

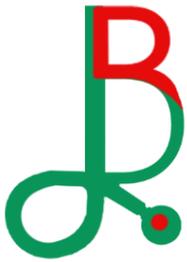
Pemeriksaan laboratorium menunjukkan nilai Hb 3,8 g/dl, leukosit 13.550/mm³, HT 12%, dan trombosit 67.000%. Gejala mola hidatidosa lengkap yang paling umum adalah perdarahan vagina pada trimester pertama, yang terjadi karena jaringan molar terpisah dari desidua. Nilai Hb rendah terjadi karena perdarahan yang dialami pasien. Selain itu, kadar leukosit yang meningkat juga ditemukan, yang menunjukkan adanya infeksi sistemik pada pasien.

Dari pemeriksaan yang digunakan, diperoleh gambaran massa hiperekoik intrauterin dengan gambaran sarang lebah, dengan vaskularisasi (+) dengan kesan mola hidatidosa lengkap. Secara sonografi, mola komplet tampak sebagai massa uterus ekogenik dengan banyak ruang kistik anekhoik tetapi tanpa janin atau kantung ketuban. Penampakkannya sering digambarkan sebagai "badai salju". Akumulasi cairan dalam jaringan mesenkim vili menyebabkan terbentuknya kista kecil yang membesar seiring waktu, membentuk gelembung molar yang tampak seperti kehamilan anggur atau *honeycomb*. [3]

Kombinasi temuan USG dengan peningkatan hCG di atas yang diharapkan untuk usia kehamilan sangat menunjukkan

kehamilan molar. Kadar awal diperoleh dalam waktu 48 jam setelah evakuasi. Pada pasien, nilai β -hCG adalah 57.469 mIU/mL. Pada pasien dengan mola hidatidosa, terutama kondisi mola komplet, kadar hCG sering kali > 100.000 mIU/mL. β -hCG umumnya digunakan sebagai penanda penyakit trofoblas gestasional. Kadar β -hCG total yang sangat tinggi sangat menunjukkan diagnosis mola hidatidosa komplet. Namun, konsentrasi β -hCG yang sangat tinggi dalam darah dapat memberikan hasil tes yang salah rendah, karena sensitivitas sebagian besar tes β -hCG ditetapkan pada kisaran gestasi 27.300 hingga 233.000 pada usia kehamilan 8 hingga 11 minggu. Hasil tes yang salah dapat terjadi jika kadar β -hCG >500.000. Kehamilan molar lengkap dapat menunjukkan kadar β -hCG yang sangat tinggi, mencapai 3.000.000. Hasil tes yang salah rendah dapat terjadi pada mola hidatidosa karena fenomena 'efek kait dosis tinggi'. [1], [3], [5], [11], [12]

Selain pemeriksaan ultrasonografi dan kadar β -hCG, penting untuk melakukan pemeriksaan histopatologi jaringan yang diperoleh setelah pengangkatan mola untuk menentukan diagnosis lebih lanjut. Secara histopatologi, kehamilan normal dan mola hidatidosa (kehamilan mola) dapat dibedakan berdasarkan keberadaan jaringan janin dan perubahan vili abnormal pada mola. Pada kehamilan normal, awalnya vili korionik yang terbentuk tampak primitif dengan ukuran lebih kecil, stroma mikroid seluler, dan aktivitas proliferasi yang nyata. Kolom trofoblas padat tetap berada di pinggiran vili batang yang mengikatnya ke lempeng basal untuk akhirnya membentuk cangkang lengkap yang terus tumbuh dan berkembang, kemudian menunjukkan vili yang matang dan berkembang dengan baik, dengan vaskularisasi normal dan arsitektur khas yang biasanya tampak longgar dengan struktur yang tidak padat. [5], [13]



Sedangkan kehamilan mola menunjukkan vili yang membesar dan hidropik, sering disertai dengan proliferasi trofoblas yang abnormal dan tidak adanya jaringan janin pada kondisi mola lengkap. Pada hasil pemeriksaan histopatologi pasien, ditemukan vili hidropik, hiperplasia trofoblas, dan trofoblas ekstravili. Secara morfologis, gambaran klasik mola hidatidosa komplet ditandai dengan adanya populasi vili korionik yang kurang vaskularisasi dengan pembengkakan hidropik dan stroma miksomatosa dan edematosa yang menyebabkan sisterna kemerahan yang terisi cairan stroma. [14]

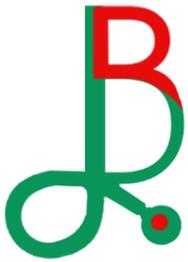
Pemeriksaan-pemeriksaan di atas dilakukan untuk menunjang diagnosis mioma uteri komplet pada pasien, namun selain itu perlu dilakukan pemeriksaan genetik terlebih dahulu untuk menemukan faktor risiko karena pada kasus dengan paternal origin terdapat beberapa fenomena genetik yang abnormal. [17] Selain itu kelainan genetik dan mutasi juga dapat berkontribusi terhadap kekambuhan mola hidatidosa. [15], [16] Maka perlu dilakukan pemeriksaan penunjang untuk diagnosis yang lebih tepat.

Pada pasien yang dilakukan pemeriksaan tiroid didapatkan hasil TSH/FT4 sebesar $78 \mu\text{IU/ml}$ dan $0,03 \text{ pmol/L}$ dengan kesan hipertiroidisme. Dilakukan penilaian indeks Burch-Wartofsky dan didapatkan nilai 45 dengan kesan Thyroid strm. Pada kehamilan normal, peningkatan kadar hCG pada trimester pertama dapat meningkatkan sekresi T4 untuk sementara dan menekan kadar TSH. Efek tirotropik β -hCG dikaitkan dengan homologi struktural subunit β -nya dengan TSH. Reseptor hCG dan TSH menunjukkan homologi serupa sekitar 70% untuk domain transmembran dan 45% untuk domain ekstraseluler reseptor. Hipertiroidisme diketahui terkait dengan GTD karena reaktivitas silang ini dan kadar β -hCG yang jauh lebih tinggi dan berkelanjutan

dibandingkan dengan kehamilan normal. Kaulfers dkk. melaporkan bahwa, untuk setiap peningkatan 10.000 mIU/mL dalam serum hCG, TSH menurun sebesar $0,1 \text{ mIU/mL}$ dan T4 bebas meningkat sebesar $0,1 \text{ ng/dL}$. [17]

Badai tiroid mengacu pada manifestasi klinis ekstrem dari tirotoksikosis yang dapat menyebabkan dekompensasi organ. Pasien dengan hipertiroidisme pada GTD biasanya tidak menunjukkan ciri-ciri klasik yang terkait dengan penyakit Graves seperti oftalmoplegia dan miksedema pretibial karena durasi hipertiroidisme yang diinduksi trofoblas lebih pendek. Sementara beberapa pasien mengalami atau menunjukkan manifestasi klinis badai tiroid selama perawatan di rumah sakit, atau terjadi setelah evakuasi bedah kehamilan molar, kemungkinan besar hal itu disebabkan oleh kombinasi kadar hCG yang tinggi, stres akibat prosedur pembedahan, dan keadaan hipovolemik akibat kehilangan darah, seperti pada pasien ini. Selain itu, pasien juga ditemukan memiliki kondisi ikterus dengan peningkatan fungsi hati. Disfungsi hati pada penyakit tiroid dapat disebabkan oleh berbagai alasan karena hormon tiroid mengalami glukuronidasi dan sulfatisasi di hati. [10], [17]

Pada pasien, ditemukan beberapa kondisi lain seperti cedera ginjal akut (AKI) yang dapat terjadi karena kehilangan darah yang signifikan pada pasien yang merupakan salah satu penyebab AKI. [21] Pada hari kedua perawatan, pasien mengeluh sesak napas. Hal ini dapat terjadi karena beberapa kondisi seperti infeksi paru pada pasien, namun selain itu terdapat pula dugaan Transfusion-related acute lung injury (TRALI) pada pasien yang diduga terjadi akibat transfusi yang diberikan, dan kerusakan tersebut tampak dalam waktu 6 jam pasca transfusi darah. [22] Namun, sindrom gangguan pernapasan juga dapat disebabkan oleh embolisasi trofoblastik, gagal jantung kongestif yang disebabkan oleh anemia, hipertiroidisme, preeklamsia, atau



kelebihan cairan iatrogenik. Komplikasi paru diamati sekitar waktu evakuasi molar pada kurang dari 1% pasien secara keseluruhan, tetapi lebih dari 20% di antara pasien dengan pembesaran uterus lebih dari 14–16 minggu.[1]

Pada pasien, dilakukan prosedur kuretase, prosedur ini tidak tepat karena pasien tidak mengalami perdarahan aktif dengan kadar hemoglobin yang sangat rendah. Lebih baik memperbaiki kondisi umum terlebih dahulu dengan memberikan transfusi darah ke tingkat yang aman untuk prosedur tersebut. Selain itu, pemberian transfusi darah yang terlalu agresif pada pasien juga tidak tepat karena menyebabkan komplikasi TRALI yang terjadi pada pasien.

Pada pasien, evakuasi mola dengan kuretase dilakukan. Penanganan awal mola hidatidosa pada pasien yang ingin mempertahankan kesuburan adalah dilatasi dan kuretase.⁵ Mola harus dievakuasi sesegera mungkin setelah pemeriksaan singkat dan stabilisasi komplikasi medis, seperti transfusi darah yang diberikan terlebih dahulu kepada pasien. D&E penghisapan merupakan metode evakuasi yang lebih disukai bagi pasien yang ingin mempertahankan kesuburan. [1] Pilihan kuretase tajam (dilatasi dan kuretase) sesuai untuk pasien dengan mempertimbangkan usia muda dan produktif. Meskipun kuretase AVM dianggap lebih aman, beberapa penelitian belum menemukan perbedaan signifikan dalam tingkat infeksi dan komplikasi selama prosedur. Pasien diberikan oksitosin di mana infus oksitosin intravena dapat dimulai pada awal prosedur dan dilanjutkan pascaoperasi untuk meningkatkan kontraktilitas uterus dan mengurangi kehilangan darah yang berkelanjutan.[5]

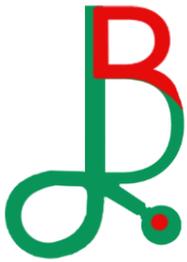
Pada pasien ini, pemeriksaan tiroid harus dilakukan sebelum prosedur. Penilaian hipertiroidisme merupakan pertimbangan perioperatif yang penting karena tirotoksikosis dapat berakibat fatal. Penanganan

hipertiroidisme pada GTD dan krisis tiroid serupa dengan penanganan umum. Mayoritas pasien dengan hipertiroidisme klinis akan merespons pengobatan antitiroid dan perawatan suportif. Propil-tiourasil (PTU) lebih disukai daripada methimazole atau carbimazole karena aksinya yang lebih cepat dan kemampuannya untuk menghambat konversi T4 menjadi T3 dalam jaringan. [10]

PTU atau methimazole menghentikan sintesis hormon tiroid dengan menghambat peroksidase tiroid dan menghambat pengorganikasian yodium, sementara yodium membantu mengurangi konsentrasi hormon tiroid secara akut dengan mengurangi pelepasan hormon dari kelenjar dan menghambat pengorganikasian (efek Wolff-Chaikoff). Yodium biasanya digunakan untuk jangka waktu pendek sekitar 10 hari dengan pemberian thionamide sebelum memulai terapi. Selain itu, beta-blocker seperti propranolol dan glukokortikoid membantu mengurangi konversi perifer T4 ke T3 dengan efek tambahan berupa penumpukan stimulasi simpatis dengan propranolol. [17]

Penentuan β -hCG serum kuantitatif serial harus dilakukan setelah evakuasi mola menggunakan salah satu dari beberapa uji yang tersedia secara komersial yang mampu mendeteksi β -hCG ke tingkat dasar. Untuk memantau pasien dengan penyakit trofoblas gestasional, uji hCG yang mendeteksi semua bentuk β -hCG diperlukan karena neoplasma ini sering mengeluarkan bentuk hCG yang abnormal. Pada kehamilan mola, β -hCG dipantau pascaoperasi hingga normalisasi tercapai.[1], [2]

Tindak lanjut yang konsisten sangat penting bagi pasien dengan kehamilan mola yang dievakuasi. Tujuannya adalah untuk memastikan resolusi lengkap penyakit trofoblas, dengan kemoterapi jika diperlukan. Sebanyak 5-20% mola hidatidosa komplet berkembang menjadi penyakit tofoblastik



persisten, 1-5% mola parsial berkembang menjadi penyakit trofoblastik persisten dan koriokarsinoma dapat berkembang setelah mola hidatidosa atau bahkan kehamilan normal, dengan interval lebih dari enam bulan, kadang-kadang hampir 10 tahun, oleh karena itu diperlukan tindak lanjut rutin. Sistem penilaian prognosis WHO berdasarkan stadium FIGO dapat digunakan untuk menentukan pemberian kemoterapi tunggal atau multi-obat, serta kemungkinan resistensi terhadap kemoterapi tunggal. [18]

Pada kasus mola hidatidosa komplet, pemantauan kadar β -hCG dilakukan setiap 2 minggu selama 12 minggu hingga kadar β -hCG normal tercapai. Mola hidatidosa komplet memerlukan periode pengawasan yang lebih lama yang mencerminkan risiko GTN yang lebih tinggi. Namun, hal ini sulit dilakukan karena berbagai alasan dan pertimbangan. Faktor tempat tinggal, dana, dan keterbatasan pemeriksaan β -hCG menjadi beberapa kendala sehingga pada sebagian besar pasien tidak dapat dilakukan pemeriksaan β -hCG secara rutin.

Pada pasien untuk kehamilan berikutnya, pemeriksaan dini dianjurkan karena adanya kemungkinan mola hidatidosa kambuh. Kehamilan yang terjadi dalam kurun waktu 12 bulan pasca evakuasi mola biasanya merupakan kehamilan normal. [1] Selain itu, perlu kontrol lebih lanjut terkait kondisi hipertiroid pada pasien.

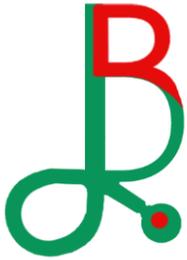
KESIMPULAN

Mola hidatidosa merupakan bagian dari GDT yang berasal dari plasenta dan dapat bermetastasis, terdiri dari mola hidatidosa komplet jinak dan mola hidatidosa parsial serta mola invasif ganas. Pada pasien ini, diagnosis mola hidatidosa komplet didapatkan dari anamnesis, dan didapatkan hasil penunjang dari pemeriksaan USG, β -hCG, dan histopatologi. Penatalaksanaan dilakukan

sesuai prinsip penatalaksanaan mola dengan kuretase untuk mengevakuasi mola dan mencegah perdarahan pasca operasi serta penatalaksanaan lain terkait komplikasi seperti anemia berat dan hipertiroidisme yang terjadi pada pasien ini. Diperlukan evaluasi lebih lanjut terkait kadar β -hCG yang dapat menentukan prognosis dan kekambuhan pada pasien. Selain itu, penting juga dilakukan deteksi dini tiroid untuk mencegah pasien mola hidatidosa jatuh kedalam kondisi badai tiroid.

DAFTAR PUSTAKA

- [1] J. T. Soper, 'Gestational Trophoblastic Disease: Current Evaluation and Management', *Obstetrics and Gynecology*, vol. 137, no. 2, pp. 355–370, Feb. 2021, doi: 10.1097/AOG.0000000000004240.
- [2] C. M. Joyce, B. Fitzgerald, T. V McCarthy, J. Coulter, and K. O'Donoghue, 'Advances in the diagnosis and early management of gestational trophoblastic disease', *BMJ Medicine*, vol. 1, no. 1, p. e000321, Dec. 2022, doi: 10.1136/bmjmed-2022-000321.
- [3] Cunningham, Lenovo, Bloom, et al. Chapter 20 Gestational Trophoblastic Disease in *Williams Obstetrics 25th Edition*. New York : Mc Graw Hill Education ; 2018. p.847-62.
- [4] A. Shaina Bruce and J. Sorosky, 'Gestational Trophoblastic Disease'.
- [5] A. Lauren Cue, F. Farci, S. Ghassemzadeh, and M. Kang Affiliations, 'Hydatidiform Mole Continuing Education Activity'.
- [6] E. Yamamoto, K. Nishino, K. Niimi, and K. Ino, 'Epidemiologic study on gestational trophoblastic diseases in Japan', *J Gynecol Oncol*, vol. 33, no. 6, Nov. 2022, doi: 10.3802/jgo.2022.33.e72.
- [7] P. : Jurnal, K. Masyarakat, I. Dewa, G. Dika Suarsawan, F. Dinata, and E. P. Manurung, 'Pendekatan Diagnosa Mola Hidatidosa : Laporan Kasus'.



- [8] A. Almujaheed, Syamel Muhammad, and Asterina, 'Relationship Between Risk Factors and The Incidence of Gestational Trophoblastic Neoplasia at RSUP Dr. M. Djamil Padang Year 2019-2021', *Andalas Obstetrics And Gynecology Journal*, vol. 8, no. 2, pp. 746–753, Jul. 2024, doi: 10.25077/aoj.8.2.746-753.2024.
- [9] A. Florea *et al.*, 'Hydatidiform Mole—Between Chromosomal Abnormality, Uniparental Disomy and Monogenic Variants: A Narrative Review', Dec. 01, 2023, *Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI)*. doi: 10.3390/life13122314.
- [10] J. V. B. Pereira and T. Lim, 'Hyperthyroidism in gestational trophoblastic disease – a literature review', Dec. 01, 2021, *BioMed Central Ltd.* doi: 10.1186/s13044-021-00092-3.
- [11] H. Y. S. Ngan *et al.*, 'Diagnosis and management of gestational trophoblastic disease: 2021 update', *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 155, no. S1, pp. 86–93, Oct. 2021, doi: 10.1002/ijgo.13877.
- [12] M. Shahzadi *et al.*, 'Review of current literature on gestational trophoblastic neoplasia', Dec. 01, 2023, *Springer Science and Business Media Deutschland GmbH*. doi: 10.1186/s43046-023-00195-y.
- [13] P. Hui, 'Gestational Trophoblastic Disease: Diagnostic and Molecular Genetic Pathology'. [Online]. Available: <http://www.springer.com/series/7632>
- [14] J. Gonzalez, M. Popp, S. Ocejó, A. Abreu, H. F. Bahmad, and R. Poppiti, 'Gestational Trophoblastic Disease: Complete versus Partial Hydatidiform Moles', Jul. 01, 2024, *Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI)*. doi: 10.3390/diseases12070159.
- [15] J. Yang *et al.*, 'Genetic screening of Chinese patients with hydatidiform mole by whole-exome sequencing and comprehensive analysis', *J Assist Reprod Genet*, vol. 39, no. 10, pp. 2403–2411, Oct. 2022, doi: 10.1007/s10815-022-02592-z.
- [16] P. Hui, 'Germline NLRP7 mutations: genomic imprinting and hydatidiform mole', doi: 10.1007/s00428-020-02802-y/Published.
- [17] S. Sharma, S. Sharma, L. Gandrabur, B. Amin, R. Rehmani, and A. Singh, 'Molar Pregnancy Complicated by Impending Thyroid Storm', *Cureus*, Nov. 2021, doi: 10.7759/cureus.19656.
- [18] D. Cerlova Milano and S. Muhammad, 'Andalas Obstetrics And Gynecology Journal Uterine Rupture due to Gestational Trophoblastic Neoplasia on Nulliparous Woman: A Case Report', [Online]. Available: <http://jurnalobgin.fk.unand.ac.id/index.php/JOE>