

Kehamilan Ektopik Terganggu di Abdomen

Grace Widjajahakim, Shintia Christina*

Abstrak

Kehamilan ektopik adalah masalah kesehatan mayor pada wanita usia reproduktif, dimana hasil konsepsi berimplantasi di luar endometrium.

Diagnosis kehamilan abdominal bukanlah hal yang mudah, dibutuhkan ketelitian yang tinggi. Riwayat klinis, pemeriksaan fisik dan laboratorium tidak menunjukkan gejala yang khas. Pemeriksaan penunjang yang menjadi pilihan adalah ultrasonography (USG) dan pemeriksaan *Human Chorionic Gonadotropin (HCG)* urin maupun serum. Saat ini terdapat *transvaginal ultrasonography* yang lebih tinggi resolusinya dibanding *abdominal ultrasonography*. Pemeriksaan histopatologi ditujukan untuk memastikan diagnosis kehamilan abdominal. Begitu diagnosis kehamilan abdominal ditegakkan, dianjurkan untuk segera dilakukan operasi, mengingat tingginya risiko yang dapat dialami penderita dan kecilnya kemungkinan janin dapat bertahan hidup secara normal. Penanganan terhadap plasenta masih menjadi perdebatan, apakah plasenta ditinggalkan secara utuh, dikeluarkan sebagian atau dikeluarkan secara utuh. Kewaspadaan terhadap kehamilan abdomen sangatlah penting, mengingat tingginya angka morbiditas dan mortalitas pada perempuan yang mengalami hal tersebut.

Kata kunci: kehamilan ektopik, kehamilan abdominal, transvaginal ultrasonography, abdominal ultrasonography.

Abstract :

Ectopic pregnancy is a major health problem for women of childbearing age, the conception implant outside of the endometrial cavity.

Abdominal pregnancy diagnosis is not easy, requires close clinical examination. Clinical history, physical and laboratory examination are not specific. Other choice of examination are ultrasound and serum Human Chorionic Gonadotropin serum level. Recently, there is transvaginal ultrasound with higher resolution than abdominal ultrasound. Histopathology examination could be conducted to confirm the abdominal pregnancy. Once the diagnosis abdominal pregnancy is established, immediate surgery is recommended, inform the patient for the possibility of having abnormal baby or even abortion. Management of placenta in abdominal pregnancy is still a matter of debate. Partial removal, complete removal or complete left in situ could be the option of placental management.

Key words: *ectopic pregnancy, abdominal pregnancy, transvaginal ultrasonography, abdominal ultrasonography.*

*dr Grace Widjajahakim, SpPA. dr Shintia Christina, Dosen Bagian Patologi Anatomi FK UKRIDA

Pendahuluan

Kehamilan ektopik merupakan masalah kesehatan yang penting bagi perempuan pada usia reproduktif karena merupakan penyebab utama kematian pada trimester pertama kehamilan di Amerika Serikat, yaitu 9% dari seluruh kematian pada kehamilan.¹ Frekuensi kehamilan ektopik adalah 1% dari seluruh kehamilan dan 90% kasus terjadi pada tuba Fallopi.² Selain di tuba Fallopi, kehamilan ektopik dapat juga terjadi di ovarium, serviks, atau rongga abdomen.^{2,3}

Penyebab terjadinya kehamilan ektopik melibatkan banyak faktor. Teoritis, semua faktor yang mengganggu migrasi embrio ke dalam rongga endometrium dapat menyebabkan kehamilan ektopik. Obstruksi merupakan penyebab separuh kasus kehamilan ektopik. Obstruksi dapat terjadi karena inflamasi kronik, tumor intrauterin, dan endometriosis.^{1,2} Komplikasi kehamilan ektopik sering terjadi karena salah diagnosis, keterlambatan diagnosis atau kesalahan terapi. Komplikasi terburuk kehamilan ektopik adalah ruptur uteri atau tuba yang dapat menyebabkan terjadinya perdarahan masif, syok, *Disseminated Intravascular Coagulation* (DIC), dan kematian.¹

Diagnosis klinik kehamilan ektopik dapat ditegakkan dari ditemukannya trias klinik klasik, yaitu nyeri abdomen, amenore, dan perdarahan vagina. Tetapi pada kenyataannya hanya 50% penderita yang menunjukkan trias klinik klasik. Nyeri abdomen dialami oleh 75% penderita, sedangkan perdarahan vagina hanya didapatkan pada 40-50% penderita. Kehamilan ektopik harus didiagnosis banding dengan apendisitis, salpingitis, ruptur kista korpus luteum atau kista folikel ovarium, aborsi spontan atau aborsi iminen, torsi ovarium, dan gangguan traktus urinarius. Tetapi kadang-kadang gejala kehamilan ektopik hanya menyerupai gejala-gejala hamil muda.

Sedangkan kehamilan abdominal merupakan salah satu jenis kehamilan ektopik yang mempunyai resiko paling tinggi dibandingkan dengan kehamilan ektopik di tempat lain.

Frekuensi kehamilan abdominal 1:10.000 kelahiran hidup. Angka kematian pada kehamilan abdominal adalah 7,7 kali bila dibandingkan dengan kehamilan tuba dan 90 kali dari kehamilan intrauterine.^{4,5}

Tetapi kehamilan abdominal justru merupakan diagnosis klinik kehamilan ektopik yang paling sulit ditegakkan, padahal kehamilan abdominal membutuhkan penanganan sesegera mungkin. Kesalahan dan keterlambatan diagnosis akan sangat meningkatkan mortalitas pada kehamilan abdominal.

Diagnosis kehamilan abdominal umumnya baru ditegakkan setelah dilakukan laparotomi, hanya kurang dari separuh kasus kehamilan abdominal yang dapat ditegakkan sebelum laparotomi.⁶

Pada tulisan ini akan dilaporkan kasus seorang perempuan usia 39 tahun yang didiagnosis kehamilan abdominal di rectum.

Kasus

Seorang perempuan berusia 39 tahun datang ke unit gawat darurat (UGD) rumah sakit RS Saint Carolus pada tanggal 3 Mei 2007 pukul 10.00, dengan keluhan sakit pada perut bagian bawah sejak pukul 07.00. Haid terakhir perempuan tersebut 33 hari sebelum mengalami keluhan ini. Tidak ada riwayat pemakaian kontrasepsi dan tidak merokok.

Pemeriksaan Laboratorium didapatkan tes kehamilan (HCG) positif, Hb 8.8 g/dl, Hematokrit 26.

Segera setelah dicurigai adanya kehamilan ektopik, dilakukan pemeriksaan USG abdomen. Hasil pemeriksaan USG abdomen, didapatkan : tampak banyak cairan bebas di subdiafragma kanan dan kiri, *hepatorenal space*, sampai abdomen bawah. Tampak massa kompleks di posterior kavum Douglasi yang diduga bekuan darah. Uterus antefleksi, tidak membesar, batas agak suram, kavum uteri tidak melebar. Tidak tampak kantong gestasi di dalamnya. Organ abdomen lain dalam batas normal.

Kesan: banyak cairan bebas intraperitoneal di subdiafragma kanan dan kiri sampai abdomen bawah, disertai massa kompleks di posterior uterus yang diduga bekuan darah, diagnosis banding : kehamilan ektopik terganggu (KET).

Dari anamnesis, pemeriksaan laboratorium, dan ultrasonografi diagnosis awal adalah kehamilan abdominal. Pada hari yang sama, dilakukan laparotomi dan didapatkan kantong kehamilan anterior dari rektum, diambil sebagian jaringan untuk dilakukan pemeriksaan histopatologi.

Hasil pemeriksaan histopatologi yang diterima pada tanggal 4 Mei 2007 adalah :

Makroskopik : jaringan serosa rektum yang sudah terpotong-potong sebanyak kira-kira 2 cc, warna coklat muda, konsistensi kenyal.

Mikroskopik : menunjukkan *immature villi-villi choriales* dengan trofoblas dan *chorionic plate*. Tampak juga sitotrofoblas dan sinsitiotrofoblas, perdarahan-perdarahan dan jaringan nekrosis.

Kesimpulan : sisa hasil konsepsi pada rektum (KET).

Diskusi

Kehamilan abdominal merupakan salah satu varian dari kehamilan ektopik yang jarang dijumpai tetapi mengancam jiwa. Hal tersebut terjadi bila kantong kehamilan berimplantasi di luar uterus, ovarium dan tuba Fallopi.⁶ Kehamilan abdominal dapat dibagi menjadi dua, yaitu kehamilan abdominal primer dan kehamilan abdominal sekunder. Kehamilan abdominal primer lebih jarang terjadi dibanding yang 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 bila plasenta dari kehamilan di tuba, kornu dan uterus meluas dan melekat pada jaringan serosa sekitarnya.⁶

Kehamilan ektopik pada prinsipnya disebabkan oleh segala hal yang menghambat perjalanan zigot menuju kavum uteri. Faktor mekanis yang menghambat adalah infeksi rongga panggul, perlekatan tuba akibat operasi non ginekologis seperti apendektomi, alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR), ligasi tuba yang tidak sempurna, teknik-teknik reproduktif misalnya fertilisasi *in vitro* dan penggunaan obat-obatan untuk menginduksi ovulasi. Faktor fungsional yang juga berperan adalah perubahan motilitas tuba yang berhubungan dengan faktor hormonal, defek fase luteal dan meningkatnya usia seorang perempuan.¹

Secara khas kehamilan abdominal berawal dari kehamilan ektopik lainnya, yang menyebar keluar dari tuba dan melekat pada jaringan di sekitarnya, tetapi dapat juga terjadi akibat ruptur bekas insisi seksio Caesaria.¹

Untuk mendiagnosis kehamilan abdominal bukanlah hal yang mudah. Langkah pertama untuk mendiagnosis adalah dengan anamnesa, pada kehamilan abdominal primer bila ditemukan gejala nyeri atau kram pada abdomen dan perdarahan vagina kita harus curiga, sayangnya tidak semua perempuan menunjukkan gejala yang khas seperti itu.⁶ Pada kasus ini, penderita datang karena rasa nyeri pada abdomen, tetapi tidak mengalami perdarahan *pervaginam*. Pada kehamilan

abdominal sekunder tanda yang harus kita curigai adalah nyeri perut yang berulang, mual muntah yang terjadi pada trimester kedua dan ketiga, gerakan janin yang menimbulkan rasa sakit pada ibu, bagian janin mudah diraba dan presentasi janin yang tidak normal.^{6,7} Pemeriksaan laboratorium yang dapat dilakukan adalah pemeriksaan serum dan urin HCG.^{1,3,6,8} Pemeriksaan kadar HCG serial dapat membedakan kehamilan ektopik dengan kehamilan intrauterin normal. Pada usia kehamilan 6-7 minggu, kadar HCG serum meningkat dua kali lipat pada kehamilan intrauterin normal. Peningkatan $\leq 66\%$ dijumpai pada 85% kehamilan yang *non viable*. Bila pada pemeriksaan ultrasonografi ditemukan kavum uteri yang kosong, hal tersebut menandakan adanya kehamilan ektopik.¹ Tetapi pemeriksaan serial tersebut tidak memberi keuntungan klinis karena memperlambat penegakkan diagnosis, berakibat tingginya komplikasi yang dapat terjadi. Pemeriksaan kadar serum progesteron juga dapat membedakan kehamilan intrauterin normal dan kehamilan yang abnormal, kadar serum progesteron yang terlalu tinggi atau terlalu rendah curiga adanya kehamilan ektopik. Dari sebuah studi yang besar, kadar progesteron $>25\text{ng/ml}$ menyingkirkan diagnosis kehamilan ektopik dengan sensitifitas 97,4%. Kadar progesteron $\leq 5\text{ng/ml}$ menyingkirkan kehamilan intrauterin normal dengan sensitivitas 100%.^{1,9} Progesteron juga bermanfaat untuk menentukan prognosis, bila kadarnya $<10\text{ng/ml}$ dan kadar HCG $<1500\text{ IU/ml}$ menandakan resolusi spontan dari kehamilan ektopik. Pada kasus ini tidak dilakukan pemeriksaan kadar HCG dan progesteron kuantitatif, hanya dilakukan pemeriksaan HCG kualitatif.

Pemeriksaan ultrasonography sangat membantu dalam penegakkan diagnosis, terlebih bila dikombinasi dengan pemeriksaan HCG, untuk konfirmasi adanya kantong kehamilan intrauterine, kelemahan USG abdomen pada kehamilan awal sulit untuk memvisualisasi adanya kantong kehamilan, tetapi dengan adanya USG *pervaginam*, yang memiliki resolusi yang lebih tinggi sehingga kehamilan intrauterine sudah dapat terlihat 24 hari pascaovulasi atau 38 hari setelah menstruasi terakhir, dimana satu minggu lebih awal dari USG abdominal.^{1,8} Pada kasus ini hasil pemeriksaan USG *perabdominam* menunjukkan tidak adanya kantong gestasi di dalam uterus, terlihat juga adanya massa kompleks yang dicurigai sebagai bekuan darah, sehingga bermanfaat untuk membuat diagnosis kerja secara cepat dan dapat dilakukan tindakan yang tepat. Prosedur diagnostik lain yang dapat menyingkirkan diagnosa kehamilan ektopik adalah dilatasi dan kuretase, prosedur ini hanya dapat dilakukan bila kehamilan tidak lagi diinginkan. Setelah pemeriksaan kadar HCG dan progesteron ditemukan hasil yang abnormal, dilakukan kuretase, bila terdapat villi pada jaringan yang diambil menandakan adanya kehamilan intrauterine yang tidak *viable*, bila tidak terdapat villi menandakan adanya kehamilan ektopik.¹

Untuk menentukan tata laksana kehamilan abdominal ada beberapa hal yang harus dipertimbangkan, yaitu : komplikasi yang dialami ibu, kelainan kongenital janin, usia kehamilan, ketersediaan fasilitas perawatan neonatus. Janin yang sudah meninggal menjadi indikasi untuk melakukan operasi, untuk menghindari resiko infeksi, perdarahan dan *disseminated intravascular coagulation* (DIC).^{4,6} Jika janin masih hidup, harus segera dilakukan laparotomi karena risiko terlepasnya plasenta dan terjadinya perdarahan yang hebat. 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.^{4,6} Pada kasus ini dilakukan laparotomi, dengan pertimbangan ibu yang sudah mengalami keluhan nyeri pada abdomen, hasil laboratorium dengan nilai Hb dan Ht yang rendah menandakan adanya perdarahan, hasil ultrasonography didapatkan massa kompleks di

posterior uterus dicurigai perdarahan. Tindakan tersebut dinilai tepat karena dapat mencegah terjadinya komplikasi yang lebih lanjut pada ibu. Bagaimana tatalaksana plasenta pada kehamilan abdominal masih menjadi perdebatan. 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. Regresi total plasenta akan terjadi sempurna dalam waktu 4 bulan.^{1,4,6} Pemberian methotrexate untuk mempercepat involusi plasenta tidak dianjurkan karena degradasi jaringan plasenta secara cepat dapat menyebabkan akumulasi dari jaringan nekrotik, dimana merupakan media yang ideal bagi pertumbuhan bakteri dan terjadinya sepsis.^{1,4} Pada kasus ini masalah penanganan plasenta tidak menjadi kendala karena usia kehamilan yang masih sangat muda yaitu 33 hari berdasarkan perhitungan mens terakhir, pada usia kehamilan tersebut plasenta belum terbentuk.

Sebagai ringkasan, telah dilaporkan satu kasus kehamilan abdominal rektum. Kehamilan abdominal merupakan kasus yang jarang terjadi dan membawa resiko yang tinggi bagi penderita baik infeksi, sepsis, perdarahan, syok, DIC dan kematian. Resiko bagi janin adalah kelainan kongenital janin dan kematian janin. Sehingga kewaspadaan terhadap terjadinya kehamilan abdominal dapat mengurangi angka morbiditas dan mortalitas penderita.

Daftar Pustaka

1. Sepilian P Vicken. Ectopic pregnancy. August 17, 2007. Diunduh dari <http://www.emedicine.com>. April 2008.
2. Kumar Vinay, Abbas K.Abdul, Fausto Nelson, Mitchell N.Richard. Robbins Basic pathology. 8th Edition. Saunders Inc. Philadelphia, 2007:734-35
3. Owen Phillip. What is an ectopic pregnancy? May 5, 2005. Diunduh dari <http://www.netdoctor.co.uk>. Mei 2008.
4. Kun KY, Wong PY, Ho MW, Tai CW, Ng TK. Abdominal pregnancy presenting as a missed abortion at 16 weeks gestation. HKMJ 2000; 6 (4): 425-27
5. Robbins, Cotran. Atlas of Pathology. 1st edition. Saunders Inc. Philadelphia, 2006:325-26.
6. Alto A.William. Abdominal pregnancy. January 1990. Diunduh dari <http://findarticles.com>. April 2008.
7. Galluzo N Roberto, Cardoso de Melo G, Santos L Marcos. Abdominal pregnancy. January 24, 2006. Diunduh dari <http://www.thefetus.net/>. Mei 2008.
8. Ankum M Willem. HCG monitoring and transvaginal ultrasound lead the way. BMJ 2000; 321:1235-6
9. Scheid C Dewey, Ramakrishnan Kalyanakrishnan. Determining ectopic pregnancy risk using progesterone levels. American Family Physician. Leawood: Jun 1, 2006; 73:1892