

## MOLA HIDATIDOSA

Federasi Obstetri Ginekologi Internasional (FIGO) mendefinisikan kehamilan sebagai penyatuan antara ovum (sel telur) dengan spermatozoa (sel sperma) sehingga terbentuklah implantasi. Kehamilan normal biasanya berlangsung selama 40 minggu atau 9 bulan menurut kalender internasional apabila dihitung dari awal fertilisasi hingga terjadinya kelahiran. Tetapi hal ini tidak selalu terjadi, karena selain kelainan normal dapat berkembang suatu kehamilan yang abnormal didalam rahim.

Salah satu bentuk kehamilan yang abnormal yaitu penyakit trofoblas gestasional. Penyakit trofoblas gestasional (PTG) adalah bagian yang berkembang dari trofoblas vili plasenta berupa spektrum proliferasi seluler. Mola hidatidosa merupakan bagian dari klasifikasi penyakit ini (Papatungon *et al.*, 2016).

Mola hidatidosa adalah kelainan yang bersifat benigna tampak berupa jonjot-jonjot korion (*chorionic villi*) yang tumbuhnya berganda seperti gelembung kecil yang terkandung banyak cairan sehingga terlihat seperti buah anggur atau mata ikan. Oleh karena itu, penyakit ini disebut juga hamil anggur atau mata ikan (et al., 2019).

Penyebab terbentuknya mola hidatidosa adalah adanya pembengkakan pada vili dan proliferasi dari trofoblas. Adapaun faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya penyakit ini berupa: (et al., 2019).

1. Faktor ovum: Ovum yang terlambat dikeluarkan dan patologik sehingga mati.
2. Immunoselektif dari trofoblas.
3. Keadaan sosio-ekonomi yang rendah.
4. Jumlah atau banyaknya persalinan yang pernah dialami ibu baik lahir hidup maupun mati.
5. Kekurangan protein.
6. Infeksi virus dan faktor kromosom yang belum jelas.

Mola hidatidosa diklasifikasikan menjadi dua jenis, yaitu: (et al., 2019).

1. Mola hidatidosa komplet

Pada mola jenis ini, tidak terdapat adanya tanda-tanda embrio, tali pusat, atau membran. Kematian terjadi sebelum berkembangnya sirkulasi plasenta. Villi korionik berubah menjadi vesikel hidropik yang jernih yang menggantung bergerombol pada pedikulus kecil, dan memberi tampilan seperti seikat anggur. Hiperplasia menyerang lapisan sinsitiotrofoblas dan sitotrofoblas. Massa mengisi rongga uterus dan cukup besar untuk menyerupai kehamilan. Mola komplet biasanya memiliki 46 kromosom yang hanya

berasal dari pihak ayah (paternal). Sperma haploid memfertilasi telur yang kosong yang tidak mengandung kromosom maternal.



**Gambar 1. Mola Hidatidosa Komplet**

Sumber: *et al.*, 2019

## 2. Mola hidatidosa partial

Tanda-tanda adanya suatu embrio, kantong janin, atau kantong amnion dapat ditemukan karena kematian terjadi sekitar minggu ke-8 atau ke-9 kehamilan. Hiperplasia trofoblas hanya terjadi pada lapisan sinsitotrofoblas tunggal dan tidak menyebar luas dibandingkan dengan mola komplet. Analisis kromosom biasanya akan menunjukkan adanya triploid dengan 69 kromosom, yaitu tiga set kromosom: satu maternal dan dua paternal.



**Gambar 2. Mola Hidatidosa Parsial**

Sumber: *et al.*, 2019

Diagnosis Mola hidatidosa dapat ditegakkan melalui:

### 1. Anamnesis

Pasien biasanya mengeluhkan:

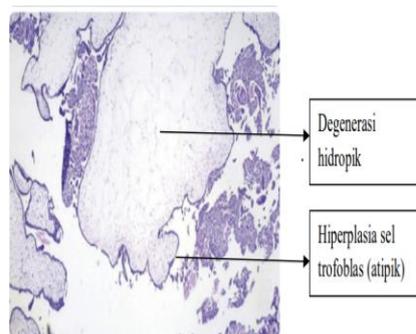
- Perdarahan pervaginam.
- Pembesaran uterus melebihi usia kehamilan.
- Keluar jaringan mola seperti buah anggur atau mata ikan namun tidak selalu.
- Hipertiroidisme.

- Preeklampsia.
- Perdarahan baik sedikit maupun banyak yang berwarna merah kecoklatan.
- Amenorea dengan durasi berbeda-beda diikuti perdarahan ireguler.

## 2. Gambaran Histopatologi

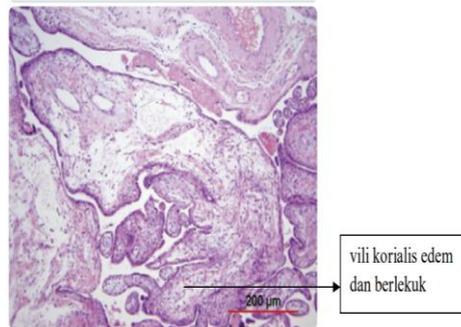
Pemeriksaan histopatologi pada mola hidatidosa merupakan *gold standard* untuk menegakan diagnosis pasti. Bahan yang dipakai adalah jaringan mola hidatidosa yang berhasil diambil melalui tindakan kuretase atau operasi. Pada pemeriksaan histopatologi mola hidatidosa dilihat beberapa aspek yaitu hiperplasia sel trofoblas, kontur dan lekukan vili, ada tidaknya sisterna, inklusi sel trofoblas, serta ada tidaknya *nucleated red blood cell* dalam pembuluh darah fetal.

Pada mola hidatidosa komplet vili korialis berukuran besar, mengalami degenerasi hidropik dan pembuluh darah villi tidak terlihat (avaskuler), serta pada sebagian besar penderita terdapat vili yang dikelilingi proliferasi berlebihan (hiperplasia) sel sitotrofoblas dan sinsitiotrofoblas. Gambaran ini menunjukkan sel bersifat atipik atau masih aktif. Sel trofoblas tersebut juga seringkali dapat masuk ke dalam ruang pembuluh darah antar vili. Sedangkan pada mola hidatidosa parsial ukuran beberapa vili korialisnya normal, selain itu juga terdapat vili yang mengalami edema dan terlihat berlekuk-lekuk, proliferasi sel trofoblas lebih sedikit serta tidak bersifat atipik.



**Gambar 3. Gambaran histopatologi mola hidatidosa komplet**

Sumber: *et al.*, 2019



**Gambar 4. Gambaran histopatologi mola hidatidosa parsial**

Sumber: *et al.*, 2019

3. Pemeriksaan kadar beta hCG

Pada mola terdapat peningkatan kadar beta hCG darah atau urin.

4. Uji Sonde

Sonde (penduga rahim) dimasukkan pelan-pelan dan hati-hati ke dalam kanalis servikalis dan kavum uteri. Bila tidak ada tahanan, sonde diputar setelah ditarik sedikit, bila tetap tidak ada tahanan, kemungkinan mola (cara *Acosta Sison*).

5. Foto rontgen abdomen

Tidak terlihat tulang-tulang janin (pada kehamilan 3-4 bulan).

6. Ultrasonografi

Pada mola akan terlihat badai salju (snow flake pattern) dan tidak terlihat janin.

7. Foto thoraks

Pada mola ada gambaran emboli udara.

Perjalanan terjadinya penyakit ini diawali dengan ovum Y telah dibuahi mengalami proses segmentasi sehingga terjadi blastomer kemudian terjadi pembelahan dan sel telur membelah menjadi 2 buah sel. Masing-masing sel membelah lagi menjadi 4, 8, 16, 32, dan seterusnya hingga membentuk kelompok sel yang disebut morula. Morula bergerak ke cavum uteri kurang lebih 3 hari dan didalam morula terdapat exozeolum. Sel-sel morula terbagi dalam 2 jenis yaitu trofoblas (sel yang berada disebelah luar yang merupakan dinding sel telur) sel kedua yaitu bintik benih atau nodus embrional (sel yang terdapat disebelah dalam yang akan membentuk bayi). Pada fase ini sel seharusnya mengalami nidasi tetapi karena adanya proliferasi dari trofoblas atau pembengkakan vili atau degenerasi hidrifilik dari stroma vili dan hilangnya pembuluh darah stroma vili maka nidasi tidak terjadi. Trofoblas kadang berproliferasi ringan kadang keras sehingga saat proliferasi keras uterus menjadi semakin besar. Selain itu trofoblas juga mengeluarkan hormone HCG yang akan mengeluarkan rasa

mual dan muntah. Pada mola hidatidosa tidak jarang terjadi perdarahan pervaginam, ini juga dikarenakan proliferasi trofoblas yang berlebihan. Pengeluaran darah ini kadang disertai gelembung vilus yang dapat memastikan diagnosis mola hidatidosa.

Penanganan dari penyakit ini meliputi beberapa tahapan, yaitu:

1. Perbaiki keadaan umum

Perbaiki keadaan umum pada pasien mola hidatidosa, yaitu:

- Koreksi dehidrasi
- Transfusi darah bila ada anemia (Hb 8 gr % atau kurang)
- Bila ada gejala pre eklampsia dan hiperemesis gravidarum diobati sesuai dengan protokol penanganan di bagian obstetrik dan ginekologi
- Bila ada gejala-gejala tirotoksikosis, dikonsultasikan ke bagian penyakit dalam

2. Pengeluaran jaringan mola dengan cara kuretase dan histerektomi

Sedangkan untuk komplikasi dari penyakit ini dapat meliputi:

- Perdarahan hebat.
- Anemia.
- Syok hipovolemik.
- Infeksi sekunder.
- Perforasi uterus.
- Keganasan (PTG).

## DAFTAR PUSTAKA

1. <http://digilib.unimus.ac.id/files/disk1/150/jtptunimus-gdl-arisazulfa-7473-2>
2. <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/eclinic/article/download/10958/10547>
3. <http://eprints.umm.ac.id/31636/2/jiptummpp-gdl-s1-2011-yuliratnad-23492-BAB%2B2.pdf>
4. <http://repository.poltekkes-tjk.ac.id/1019/5/BAB%20II.pdf>