

Nama : Wafiyaturrizqi Nur Amaliah

NIM : 1810211052

Kelompok : B2

Tugas Hypnowriting Lab Act Patologi Anatomi Blok RPS

Apa itu Koriokarsinoma?

Koriokarsinoma? Itu sejenis kanker? Yapp benar... koriokarsinoma ini merupakan tumor ganas yang biasanya kita kenal dengan istilah “kanker”. Pepatah mengatakan “tak kenal maka tak tahu” makanya yukkk kenalan dengan koriokarsinoma. Sebelum kita bahas lebih lanjut mengenai koriokarsinoma, kita harus tau dulu tentang PTG. PTG? Apa itu? Penyakit trofoblastik gestasional atau *Gestational Trophoblastic Disease* (GTD) adalah sekelompok tumor yang berasal dari jaringan trofoblastik janin yang ditandai oleh proliferasi abnormal jaringan trofoblastik kehamilan dan memiliki potensi ke arah keganasan. Jadi simpelnya, penyakit trofoblas gestasional itu adalah tumor yang memiliki potensi ke arah keganasan yang berasal dari plasenta. Hasil penelitian menunjukkan bahwa neoplasma trofoblastik dapat berasal dari tiga macam asal-usul, yaitu androgenesis, fertilisasi normal, dan partenogenesis. Lalu, apa hubungannya dengan koriokarsinoma? Nahh.. berdasarkan klasifikasi *World Health Organization* (WHO), penyakit trofoblastik gestasional ini dibagi menjadi :

1. *Mola hidatidiform* (mola parsial dan mola komplit)
2. Mola invasif
3. Koriokarsinoma
4. *Placental Site Trophoblastic Tumors* (PSTT)

Mola invasif, koriokarsinoma, dan *Placental Site Trophoblastic Tumors* dikelompokkan menjadi neoplasia trofoblastik gestasional. Klasifikasi Penyakit trofoblas gestasional modifikasi WHO dibedakan menjadi dua kelompok, yaitu :

a. *Molar Lesions*

Molar Lesions merupakan penyakit trofoblas ganas yang masih mengandung villus-villus khorialis, meliputi mola hidatidosa, mola komplit, mola parsial, dan mola invasif.

b. *Non Molar Lesions*

Non Molar Lesions merupakan penyakit trofoblas ganas dimana sudah tidak dijumpai villi-villi khorialis, meliputi koriokarsinoma dan *Plasental Site Throphoblastic Tumor* (PSTT), serta *Epitheloid Throphoblastic Tumor* (Schoger *et al.*, 2008).

Yukk kita cari tahu lebih lanjut mengenai koriokarsinoma!

Koriokarsinoma ini termasuk ke dalam jenis tumor langka yang umumnya bisa dialami oleh ibu hamil. Koriokarsinoma merupakan tumor ganas yang sangat agresif yang berasal dari epitel korion gestasional atau epitel plasenta (Robbins, Edisi 9). Kejadian koriokarsinoma dapat berhubungan dengan tipe kehamilan apapun, paling sering dengan mola hidatidosa kompli. Tunggu tunggu, mola hidatidosa itu apa ya? Ada yang pernah denger istilah “hamil anggur”? Nahhh mola hidatidosa ini merupakan istilah kedokterannya. Tumor ganas (koriokarsinoma) ini akan tumbuh menginfiltrasi ke miometrium (otot polos pada dinding vagina) dan dapat bermetastasis jauh atau menyebar ke jaringan lainnya. Koriokarsinoma merupakan tumor ganas yang terdiri dari lapisan-lapisan sel sitotrofoblas dan sinsitiotrofoblas dengan perdarahan, nekrosis (kematian jaringan), dan invasi pembuluh darah yang jelas (Sarwono, 2011). Tumor ini digolongkan sebagai karsinoma epitel korionik tetapi pola pertumbuhan dan metastasisnya bersifat seperti sarkoma. Koriokarsinoma merupakan rekapitulasi atau ringkasan dari diferensiasi sel-sel sitotrofoblas pada kehamilan awal dan dapat timbul dari transformasi neoplastik sitotrofoblas. Trofoblas normal terdiri atas sitotrofoblas, sinsitiotrofoblas, dan trofoblas intermediet.

Pada koriokarsinoma, kecenderungan trofoblas normal untuk tumbuh invasif dan menyebabkan erosi pembuluh darah sangatlah besar (Schoger *et al.*, 2008). Sitotrofoblas neoplastik mirip dengan sel sitotrofoblas yang normal, dimana sitotrofoblas neoplastik akan mempertahankan kapasitas untuk berdiferensiasi menjadi sinsitiotrofoblas dan trofoblas intermediet. Campuran dari sitotrofoblas, sinsitiotrofoblas, dan trofoblas intermediet adalah karakteristik dari koriokarsinoma. Sitotrofoblas dan trofoblas intermediet cenderung untuk mengalami pertumbuhan secara berkelompok dan membentuk lembaran, nantinya bentuk tersebut akan dipisahkan oleh sitotrofoblas dan membentuk karakteristik pola pertumbuhan dimorfik.

Pada koriokarsinoma, persentase dari trofoblastik intermediet bervariasi dari 1-90%. Angka kejadian koriokarsinoma lebih sulit diperoleh tidak hanya karena mirip dengan mola hidatidosa tetapi juga karena kasusnya jarang dan secara klinis sulit membedakan koriokarsinoma pasca mola dari mola invasif. Tumor ini jarang dijumpai di belahan bumi barat, lebih sering dijumpai di negara Asia dan Afrika. Frekuensi kejadiannya mencapai 1 dari 2000 kehamilan (Robbins, Edisi 9). Sekitar 50% koriokarsinoma berasal dari mola hidatidosa lengkap, sekitar 25% timbul setelah abortus (keguguran), dan sisanya berasal dari suatu kehamilan normal. Faktor-faktor risiko terjadinya koriokarsinoma meliputi riwayat mola hidatidosa kompli sebelumnya, etnis atau ras, dan meningkatnya usia ibu (biasanya

diatas usia 40 tahun). Risiko terjadinya koriokarsinoma juga meningkat pada wanita yang menggunakan kontrasepsi oral (pil) jangka panjang dan yang bergolongan darah A (Lurain, 2010).

Koriokarsinoma adalah keganasan yang terjadi pasca kehamilan mola atau non mola, ditandai dengan adanya sel-sel sitotrofoblas dan sinsitiotrofoblas atipik, tanpa vili korialis di uterus atau jaringan lain. Pada sebagian besar kasus, koriokarsinoma berbentuk cairan coklat kemerahan disertai peningkatan titer β -hCG yakni suatu hormon yang diproduksi oleh plasenta wanita hamil, dimana titer ini dapat ditemukan di dalam darah dan urin. Pada setiap perempuan hamil (protein-uria) air seni diperiksa dan pada kemungkinan kelainan saluran kemih (sedimen). Pemeriksaan Galli Mainini atau urinary chorionic gonadotrophin (UCG) dilakukan pada kemungkinan kehamilan muda yang belum dapat dipastikan dengan pemeriksaan ginekologik, dan pada pasien dengan kemungkinan terjadinya mola hidatidosa atau koriokarsinoma (titrasi). Pada koriokarsinoma tidak dijumpai pembesaran uterus seperti yang dijumpai pada mola hidatidosa. Sebagian besar koriokarsinoma yang ditemukan biasanya telah menyebar luas secara vaskular (melalui pembuluh darah) ke paru sekitar 50%, vagina sekitar 30% sampai 40%, otak, hati, atau ginjal. Namun pada koriokarsinoma ini jarang dijumpai penyebaran limfatik.

Gejala klinis yang timbul dari koriokarsinoma adalah terjadinya perdarahan yang tidak teratur dan perdarahan tersebut berbau busuk. Nahh, bagi perempuan hati-hati yaa jika ada darah yang keluar dari kemaluan dan berbau busuk, harus langsung periksakan ke dokter. Pada pemeriksaan makroskopik yang tampak, tumor primer koriokarsinoma sering berupa tumor kecil yang tidak teraba, meskipun pada kasus dengan penyebaran sistemik yang luas. Selain itu, terlihat tumor dari kavum uteri (rahim) berinvasi ke miometrium. Jaringan koriokarsinoma terlihat lunak, berwarna ungu, dan sangat hemoragik. Pada pemeriksaan mikroskopik yang menggunakan alat mikroskop menunjukkan bahwa koriokarsinoma terdiri atas lembaran-lembaran sel kuboid kecil bercampur tidak teratur atau ditutupi oleh sel sinsisial besar, sitoplasma sel tersebut berwarna eosinofilik yang mempunyai inti pleomorfik, gelap dan multipel, yang masing-masing merupakan sel yang berdiferensiasi kearah sitotrofoblastik dan sinsitiotrofoblastik.

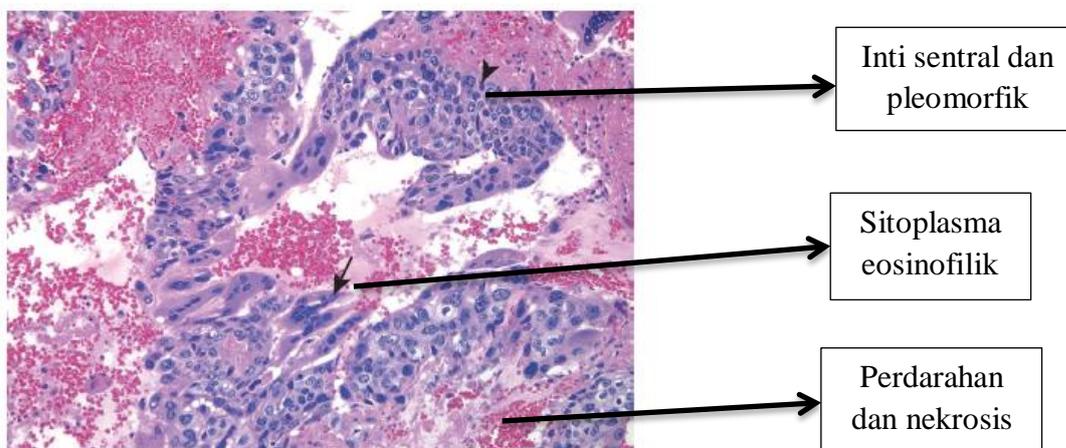
Pada koriokarsinoma tidak ditemukan adanya vili korialis serta terdapat perdarahan dan nekrosis (kematian jaringan) yang luas. Metastasis (penyebaran) seringkali terjadi pada tahap dini dan hematogen karena afinitas sel-sel trofoblas terhadap pembuluh darah. Tempat metastasis paling sering adalah paru-paru (sekitar 75%) dan vagina (sekitar 50%). Metastasis koriokarsinoma pada paru-paru memberikan empat gambaran khas, yaitu:

1. Pola alveoler atau "badai salju"
2. Densitas bulat
3. Efusi pleura
4. Serta emboli akibat oklusi arteri pulmoner dan dapat menyebabkan hipertensi pulmoner (Sarwono, 2011).

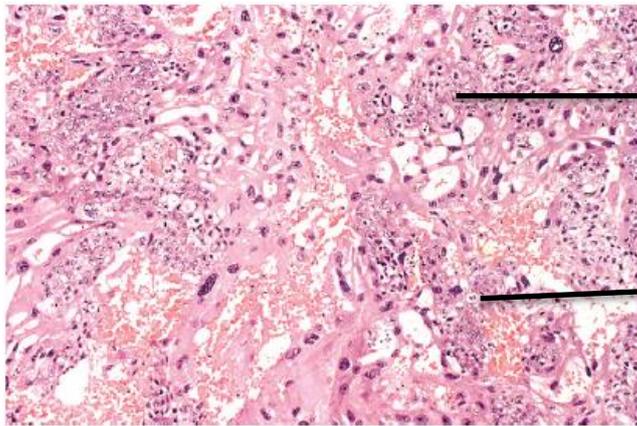
Diagnosis koriokarsinoma ditegakkan dengan adanya peningkatan kadar hCG, lebih sering ditemukan berhubungan dengan metastasis yang mengikuti proses-proses kehamilan lainnya. *Human Chorionic Gonadotrophin* (hCG) merupakan suatu hormon yang terutama disekresikan oleh sinsitiositotrofoblas plasenta. Fungsi adalah untuk mempertahankan produksi hormon-hormon steroid dan faktor-faktor pertumbuhan lainnya di korpus luteum. Pemeriksaan selanjutnya adalah pemeriksaan radiologi termasuk USG pelvik dilakukan untuk melihat ada atau tidaknya metastasis jauh. Foto thoraks dilakukan untuk melihat adanya metastasis ke paru. Selanjutnya MRI kepala untuk melihat metastasis ke otak.

Walaupun koriokarsinoma plasenta memiliki sifat agresif yang ekstrem, akan tetapi tumor ini sangat sensitif terhadap kemoterapi. Hampir 100% dari penderita yang terkena koriokarsinoma dapat sembuh termasuk pada kasus yang telah mengalami penyebaran ke tempat jauh seperti paru (Robbins, Edisi 9). Sebaliknya, reaksi terhadap kemoterapi pada koriokarsinoma yang timbul di gonad (ovarium atau testis) relatif buruk. Perbedaan prognosis (prediksi hasil akhir suatu penyakit) yang mencolok ini mungkin dikaitkan dengan adanya antigen paternal (antigen yang berasal dari ibu dan ayah) pada koriokarsinoma plasental, yang tidak dijumpai pada lesi gonad.

Sumber Gambar: Robbins, Edisi 9



Gambar 17-8 Koriokarsinoma. Sel-sel sitotrofoblas dengan inti-inti sentral (kepala panah, kanan atas) dan sel-sel sinsiotrofoblas dengan multipel. gelap dalam sitoplasma eosinofilik (panah, tengah), kedua-duanya ada. Perdarahan dan nekrosis mencolok.

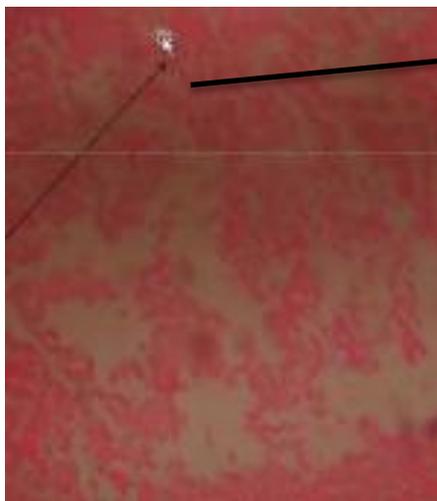


Inti banyak (multinuklear)

2 jenis sel yaitu sel neoplastik sitotrofoblas dan sinsitotrofoblas

Gambar 18-21 Koriokarsinoma. Dijumpai kedua jenis sel neoplastik sitotrofoblas dan sinsitotrofoblas dengan inti banyak (multinuklear). (Sumbangan dari Dr. David R Genest, Brigham and Women's Hospital, Boston, Massachusetts.)

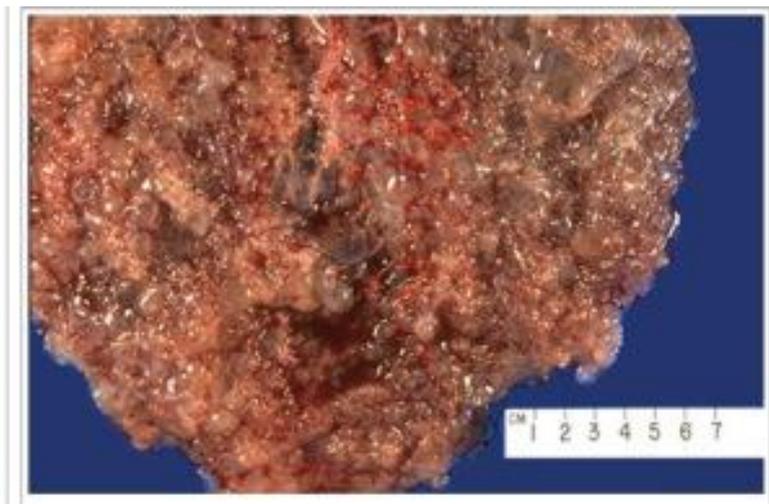
Sumber Gambar: PPT Patologi Anatomi



Nekrosis luas



Terdapat perdarahan



Daftar Pustaka

Doppler, U. S. G., Penyakit, P., & Ganas, T. 2015. the Effect of Chemotherapy on B -Hcg

Serum , Angiogenin Serum and the Value of Doppler Usg Index Resistance on Malignant Trophoblastic Disease Before and After Chemotherapy Endang Ruslianty Program Pasca Sarjana.

Prawirohardjo, S. 2011. Ilmu Kandungan.

Robbins_s_Basic_Pathology_9th_Ed

Wargasetia, T. L., Nataprawira, H. M. D., Fakultas, B., Universitas, K., & Maranatha, K. 2011. Aspek Patobiologis pada Penyakit Trofoblas Gestasional Pathobiological Aspect of Gestational Trophoblastic Disease. Jkm, 2(2), 190–205.