



PROCEEDING

THE 18th ANNUAL MATERNAL FETAL MEDICINE SCIENTIFIC MEETING

Maternal Medicine meets Fetal Medicine:
Optimizing Practice of Maternal Fetal Medicine in Indonesia



PIT XVIII
Felamaternal



The Alana Hotel & Convention Center Yogyakarta, March 11th - 15th 2017

Tatalaksana Kehamilan Dengan Lethal Anomaly	18
Managing RhD Incompatibility	19
Penanganan Konservatif pada Preeklampsia Onset Dini : Menunggu Komplikasi ?	20
Antisipasi Hipoksia Fetus	21
Preparing Congenital Heart disease for Pregnancy	22
Achieving Euglicemia: The Main Concern in Management	23
Single Gene Disorders: Conservative Management Decision	24
Dehisensi Parut Bekas Operasi Sesar : Ancaman Baru pada Bidang Obstetrik	25
Hipoksia Intrauterin: Adakah Manajemen yang Efektif?	26
Gagal Ginjal Akut dan Kehamilan	27
Breast Cancer in Pregnancy: The OG Should Concern	28
Trombositopenia sebagai Tanda Awal <i>Disseminate Intravascular Coagulation (DIC)</i>	29
Asma dan Kehamilan	30
Early Onset and Late Onset Preeclamsia: What did Really Matter?	31
General Management of Monochorionic twins	32
Laser Surgery for Complicated Monochorionic Twins	33
Upaya Untuk Menurunkan Angka Kematian dan Kecacatan Karena Asfiksia Neonatorum	34
Is DHF a Real Problem to Post Partum Hemorrhage?	35
Radiation in Pregnancy (Radiation Level can be Tolerated in Pregnancy)	36
Response Time Still Major Determinant in PPH	37
Chemotherapy in Pregnancy: What and When the Safest	38



Sambutan Ketua Panitia PIT XVIII Fetomaternal 2017 Yogyakarta

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas rahmat-Nya insya Allah PIT MFM XVIII akan diselenggarakan di Yogyakarta 13-15 Maret 2017, didahului oleh Workshop Pra PIT pada tanggal 11-12 Maret 2017. PIT Fetomaternal Indonesia yang merupakan forum pertemuan ilmiah bagi konsultan fetomaternal, spesialis obstetric dan ginekologi, dokter spesialis lainnya, dokter umum serta PPDS yang berminat dalam bidang fetomaternal. Tema yang dikemukakan pada pertemuan ilmiah tahun ini adalah "*Maternal Medicine Meets Fetal Medicine: Optimizing Practice of Maternal Fetal Medicine in Indonesia*".

Pemilihan tema tersebut bermaksud untuk menambah semangat para spesialis obstetri dan ginekologi dalam mengimplementasikan kedokteran fetomaternal pada pelayanan sehari-hari dengan berbasis bukti. Diharapkan dalam PIT ini dapat lebih mendorong pengembangan kedokteran fetomaternal di masa depan baik dari segi pelayanan, pendidikan dan penelitian. Secara umum topik PIT meliputi tiga kategori maternal, fetal, dan obstetric emergensi.

Mudah-mudahan kumpulan abstrak ini bermanfaat untuk para sejawat semua.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Ketua Panitia

Dr. Diah Rumekti Hadiati, SpOG(K), M.Sc

PENANGANAN KONSERVATIF PADA PREEKLAMPSIA ONSET DINI : MENUNGGU KOMPLIKASI ?

John Wantania

Divisi Fetomaternal - Bagian Obstetri & Ginekologi FK Unsrat

Preeklampsia onset dini merupakan preeklampsia yang terjadi sebelum usia kehamilan 34 minggu, yang terutama dikaitkan dengan masalah plasenta. Komplikasi yang dapat ditimbulkan oleh preeklampsia antara lain meliputi eklampsia, sindrom HELLP, edema paru, abrupsi plasenta, dan komplikasi maternal lainnya. Komplikasi fetal terutama berkaitan dengan hipoksia fetus yang bisa berakibat pertumbuhan janin yang terhambat hingga kematian janin.

Terminasi kehamilan diharapkan dapat meredakan gejala preeklampsia, namun kelahiran yang terlalu dini juga membawa sejumlah dampak yang kurang menguntungkan bagi janin, terutama berkaitan dengan prematuritas iatrogenik. Penanganan konservatif diharapkan dapat menunda kehamilan & mengurangi komplikasi prematuritas pada janin, namun di sisi lain sejumlah komplikasi bisa berkembang dan menyebabkan morbiditas bahkan mortalitas maternal maupun fetal.

Dilematis pengelolaan preeklampsia onset dini harus memperhatikan syarat & indikasi penanganan konservatif, serta bisa sangat kasuistik. Melalui evaluasi sejak awal & penanganan yang komprehensif diharapkan penanganan konservatif bisa bermanfaat dan bukan hanya menunggu komplikasi atau progresivitas penyakit menjadi lebih berat.

Kata kunci: Onset Dini, Preeklampsia, Konservatif, Komplikasi

**PENANGANAN KONSERVATIF PADA PREEKLAMPSIA ONSET DINI :
MENUNGGU KOMPLIKASI ?**

(PREGNANCY CONSERVATION IN EARLY ONSET PREECLAMPSIA : WAITING FOR COMPLICATION ?)

John Wantania

Divisi Fetomaternal - Bagian Obstetri & Ginekologi FK Unsrat/RSUP Prof RD Kandou Manado

ABSTRAK

Preeklampsia onset dini merupakan preeklampsia yang terjadi sebelum usia kehamilan 34 minggu, yang terutama dikaitkan dengan masalah plasenta. Komplikasi yang dapat ditimbulkan oleh preeklampsia antara lain meliputi eklampsia, sindrom HELLP, edema paru, abrupsi plasenta, dan komplikasi maternal lainnya. Komplikasi fetal terutama berkaitan dengan hipoksia fetus yang bisa berakibat pertumbuhan janin yang terhambat hingga kematian janin.

Terminasi kehamilan diharapkan dapat meredakan gejala preeklampsia, namun kelahiran yang terlalu dini juga membawa sejumlah dampak yang kurang menguntungkan bagi janin, terutama berkaitan dengan prematuritas iatrogenik. Penanganan konservatif diharapkan dapat menunda kehamilan & mengurangi komplikasi prematuritas pada janin, namun di sisi lain sejumlah komplikasi bisa berkembang dan menyebabkan morbiditas bahkan mortalitas maternal maupun fetal.

Dilematis pengelolaan preeklampsia onset dini harus memperhatikan syarat & indikasi penanganan konservatif, serta bisa sangat kasuistik. Melalui evaluasi sejak awal & penanganan yang komprehensif diharapkan penanganan konservatif bisa bermanfaat dan bukan hanya menunggu komplikasi atau progresivitas penyakit menjadi lebih berat.

KATA KUNCI : Onset Dini, Preeklampsia, Konservatif, Komplikasi

PENANGANAN KONSERVATIF PADA PREEKLAMPSIA ONSET DINI : MENUNGGU KOMPLIKASI ?

(PREGNANCY CONSERVATION IN EARLY ONSET PREECLAMPSIA : WAITING FOR COMPLICATION ?)

John Wantania

Divisi Fetomaternal - Bagian Obstetri & Ginekologi FK Unsrat

Preeklampsia masih merupakan penyulit kehamilan yang memiliki dampak yang besar terhadap luaran ibu dan janin, seperti preterm, berat lahir, kematian perinatal dan maternal. Prevalensi rerata sekitar 4% namun kejadian bervariasi di berbagai negara.^{1,2} Permasalahan utama sering terjadi pada preeklampsia berat (10-20% dari seluruh preeklampsia) apalagi bila terjadi pada onset dini (*early onset*).²⁻⁴

Konsep modern preeklampsia mengenal onset dini dan onset lanjut (*late onset*) dengan patomekanisme yang agak berbeda. Preeklampsia onset dini merupakan preeklampsia yang terjadi sebelum usia kehamilan 34 minggu, sedangkan preeklampsia onset lambat merupakan preeklampsia yang terjadi sesudah usia kehamilan 34 minggu. Kedua onset preeklampsia ini memiliki gejala klinis yang serupa tapi sejumlah penelitian menunjukkan perbedaan dalam faktor predisposisi, heritabilitas, penanda biokimia dan luaran maternal, fetal dan neonatal. Preeklampsia onset dini diidentifikasi sebagai penyakit akibat plasenta, sedangkan preeklampsia onset lambat merupakan penyakit akibat maternal.³⁻⁶

Terminasi kehamilan masih dianggap sebagai terapi definitif untuk preeklampsia, dimana dengan pengeluaran janin & terutama plasenta diharapkan bisa meredakan gejala maupun penyulit-penyulit yang ada. Pada preeklampsia onset lambat, pengambilan keputusan untuk mengakhiri kehamilan lebih mudah karena usia kehamilan yang telah atau hampir mendekati aterm, sedangkan pada onset dini hal ini menjadi masalah terutama dari segi maturitas janin.⁶⁻⁹

Komplikasi-komplikasi preeklampsia dapat mempengaruhi berbagai sistem tubuh dengan akibat yang bervariasi seperti eklampsia, HELLP (*hemolysis, elevated liver enzymes, low platelet*), ruptur liver, edema paru, gagal ginjal, DIC (*disseminated intravascular coagulation*),

hipertensi emergensi, ensefalopati dan *cortical blindness*. Komplikasi fetal terutama akibat hipoksia fetus yang berakibat pertumbuhan janin terhambat bahkan kematian janin dalam rahim. Komplikasi neonatal antara lain kelahiran prematur, berat badan lahir rendah, cedera dan asfiksia yang umumnya memerlukan perawatan di *neonatal intensive care unit*.^{6,9,10}

Preeklampsia onset lambat sering terkait dengan faktor metabolik dari maternal seperti obesitas, hipertensi kronik dan diabetes melitus. Kondisi plasenta relatif lebih normal sehingga mempunyai luaran yang lebih baik terhadap fetus dan neonatal. Preeklampsia onset dini sering menyebabkan morbiditas dan mortalitas perinatal akibat adanya gangguan perfusi uteroplasenta (peningkatan resistensi aliran uteroplasenta), dimana kematian perinatal bisa mencapai 6-8 kali lipat.^{5,11,12}

Kondisi klinis yang berat, akibat pelepasan sejumlah mediator ke dalam sirkulasi dan disfungsi endotel, diawali dengan adanya invasi trofoblast abnormal pada arteri spiralis yang menimbulkan perubahan aliran darah di arteri subplasenta, peningkatan resistensi aliran darah dan arteri umbilikal serta adanya tanda-tanda gangguan pertumbuhan janin. Pada onset lambat preeklampsia dihubungkan dengan pertumbuhan janin yang lebih baik dan tanpa adanya tanda-tanda gangguan pertumbuhan janin serta gambaran velosimetri doppler arteri uterina yang umumnya normal atau sedikit meningkat, tidak terdapat gangguan aliran darah umbilikal dan lebih beresiko pada wanita dengan plasenta yang besar dan luas.^{6,13,14}

Evaluasi & pengelolaan awal sangat penting untuk menetapkan diagnosis, mengevaluasi kondisi ibu & janin serta melakukan tindakan intervensi awal seperti pemberian MgSO₄ dan kortikosteroid. Keputusan masuk rumah sakit yang akan ditindaklanjuti dengan pemilihan penanganan konservatif atau aktif / agresif akan sangat tergantung pada penilaian awal ini.^{6,15,16}

Secara umum pasien yang dapat ditangani secara konservatif/ekspektatif yaitu pada hipertensi berat dan tanpa memandang beratnya proteinuria. Kontraindikasi untuk penanganan ekspektatif dan sudah merupakan indikasi untuk dilahirkan bila :

- Usia kehamilan di atas 34 minggu atau di atas 32 minggu dengan kortikosteroid yang telah lengkap.
- Kehamilan kurang dari < 24 minggu
- Sindroma HELLP
- Keterlibatan organ akhir dengan gejala yang persisten atau disfungsi multi organ

- Eklampsia atau impending
- Solusio plasenta
- Ketuban pecah
- Kontraindikasi fetal

Yang menjadi permasalahan adalah pada kondisi yang belum ditemukan kesepahaman, misalnya pada kondisi maternal stabil dan kondisi janin yang masih baik / *reassuring*, dengan gejala klinis & penyulit serta perubahan laboratoris yang masih ringan. Pada kondisi seperti ini pemberian steroid terlebih dahulu akan lebih menguntungkan, khususnya bagi janin.^{15,16}

Komplikasi maternal dan perinatal karena preeklampsia cenderung meningkat dengan terjadinya eklampsia maupun penyulit lain, sehingga upaya yang diarahkan pada mengurangi risiko perkembangan penyakitnya merupakan fokus dari manajemen. Pendekatan untuk mengelola preeklampsia yang berat menekankan stabilisasi pasien dan rujukan segera bila diperlukan dalam upaya untuk mengurangi risiko komplikasi seperti eklampsia, edema paru, solusio plasenta, gagal ginjal akut, kematian janin atau kematian ibu. Luaran perinatal akan sangat tergantung pada keparahan penyakit, usia kehamilan, pematangan paru-paru dan masalah prematuritas lainnya. Manajemen ekspektatif (*temporizing*) untuk membantu pematangan paru sebelum dilakukannya persalinan pada pasien dengan preeklampsia berat akan menyebabkan peningkatan luaran neonatal yang baik.¹⁷⁻²¹

Fasilitas yang memadai turut mendukung luaran yang ada. Keberhasilan penanganan maternal secara intensif dan penanganan bayi prematur atau bayi dengan penyulit lain bisa mengurangi morbiditas & mortalitas yang ada. Pada tempat dengan fasilitas dan peralatan pendukung yang kurang serta terbatasnya tenaga terlatih, bayi kurang dari 37 minggu mungkin masih berisiko tinggi untuk mengalami penyulit berat bahkan kematian.^{1,22,23}

Untuk pengelolaan yang optimal, alat-alat seperti kardiokografi dan ultrasonografi dengan Doppler untuk pemantauan sangat diperlukan untuk mengevaluasi keadaan janin, sementara untuk ibu sendiri perkembangan penyakit dapat dipantau dari klinis (termasuk kontraksi uterus) dan laboratoris. Pemeriksaan laboratorium utama yaitu trombosit, fungsi hepar & ginjal, termasuk protein urin atau rasio protein total / kreatinin. Faal hemostasis terutama diperiksa pada kondisi seperti trombosit < 100.000/mm³, peningkatan enzim hepar atau (kecurigaan) abrupsi plasenta. Indikasi janin untuk segera dilahirkan antara lain adanya tanda-

tanda fetal distress, IUGR, NST nonreaktif dengan profil biofisik dan atau Doppler yang abnormal serta oligohidramnion.^{6,22,23}

Penanganan pada preeklampsia dibagi menjadi perawatan aktif/agresif dan konservatif/ekspektatif. Perawatan konservatif sebisa mungkin dilakukan pada semua keadaan preeklampsia pada kehamilan <34 minggu (preeklampsia onset dini) yang memenuhi syarat. Pengobatan diberikan sama dengan pengobatan medikamentosa pada pengelolaan secara aktif yaitu pemberian MgSO₄. Selama perawatan konservatif, sikap terhadap kehamilannya adalah hanya diobservasi dan evaluasi sama seperti perawatan aktif, namun kehamilan tidak diakhiri. Magnesium sulfat dihentikan bila ibu sudah mencapai tanda-tanda preeklampsia ringan, selambat-lambatnya dalam waktu 24 jam. Bila dalam 24 jam tidak ada perbaikan, keadaan ini dianggap sebagai kegagalan pengobatan medikamentosa dan harus diterminasi. Rata-rata prolongasi kehamilan dalam perawatan ekspektatif adalah berkisar 7-10/14 hari.^{6,16,22,23}

Penilaian tanda-tanda bahaya sangat penting dalam penanganan konservatif. Indikasi urgent umumnya seperti hipertensi berat yang refrakter, gagal ginjal, edema paru, perburukan trombositopenia, eklampsia, *fetal distress* atau IUGR berat. Terminasi kehamilan pada preeklampsia onset dini dilakukan dengan berdiskusi dengan ahli neonatus dan ahli anestesi, dan setelah pemberian kortikosteroid.^{6,22,23}

Sejumlah penelitian kini turut berkembang untuk memprediksi kejadian dan perburukan preeklampsia, ataupun untuk meredakan gejala-gejala yang ada, dengan harapan prolongasi bisa lebih panjang tanpa membahayakan ibu dan janin.²⁴⁻²⁶

Akhirnya penilaian suatu kasus secara menyeluruh seringkali sangat penting dalam pengambilan keputusan. Sulit untuk membuat suatu kesimpulan secara umum pada sebagian besar kasus, sehingga penilaian per kasus haruslah menjadi modal yang utama. Meski demikian penanganan konservatif pada kelompok preeklampsia yang berat di antara 24 – < 34 minggu dengan kondisi fasilitas rumah sakit yang menunjang dapat memperbaiki luaran neonatal. Melalui seleksi kandidat yang tepat, serta evaluasi maternal & fetal yang baik tentunya diharapkan penanganan konservatif bukan justru hanya menunggu komplikasi yang membahayakan tanpa ada keuntungan apapun.

DAFTAR PUSTAKA

1. Bilano VL, Ota E, Ganchineg T, Mori R, Souza JP. Risk factors of pre-eclampsia / eclampsia and its adverse outcomes in low- and middle-income countries: a WHO secondary analysis. PLoS One. 2014 Mar 21;9(3):e91198
2. Ray JG, Wanigaratne S, Park AL, Bartsch E, Dzakpasu S, Urquia ML. Preterm preeclampsia in relation to country of birth. *Journal of Perinatology* 2016; 36: 718–722
3. Lisonkova S, Joseph KS. Incidence of preeclampsia: risk factors and outcomes associated with early- versus late-onset disease. *AJOG* 2013;209(6):544e1-12
4. Tranquilli AL, Brown MA, Zeeman GG, Dekker G, Sibai BM. The definition of severe and early-onset preeclampsia. Statements from the International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP). *Preg Hypertens : An International Journal of Women's Cardiovascular Health* 2013;3:44-47.
5. Redman CW, Sargent IL, Staff AC. IFPA Senior Award Lecture: Making sense of pre-eclampsia - Two placental causes of preeclampsia? *Placenta* 35, Supplement A, *Trophoblast Research* 2014;28: S20eS25
6. Turner J. Diagnosis and management of pre-eclampsia: an update. *International Journal of Women's Health* 2010;2 327–337
7. Dekker GA. Management of Preeclampsia. *Preg Hypertens* 2014; 4(3):246-7
8. Raymond D, Peterson E. A critical review of early-onset and late-onset preeclampsia. *Obstet Gynecol Surv*. 2011 Aug;66(8):497-506
9. Anthony J, Damasceno A, Ojji D. Hypertensive disorders of pregnancy: what the physician needs to know. *Cardiovasc J Afr* 2016; 27: 104–110
10. Elvedi-Gasparovic V, Beljan P, Gveric Ahmetasevic, Skrablin SSS. What Affect the Outcome of Severe Preeclampsia. *Signa Vitae* 2015;10(supl 1):6-12.
11. Barden A. Preeclampsia : Contribution of Maternal Constitutional Factors and The Consequences for Cardiovascular Health. *Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology* 2006; 33: 826–830
12. Gaugler-Senden I. Severe Early Onset Preeclampsia: Short and Long Term Clinical, Psychosocial and Biochemical Aspects. Thesis Erasmus University Rotterdam; 2011.
13. Singh HJ. Pre-Eclampsia: Is It All In The Placenta? *Malaysian Journal of Medical Sciences* 2009; 16(1):7-12
14. George E. New Approaches for Managing Preeclampsia: Clues from Clinical and Basic Research. *Clin Ther*. 2014 December 1; 36(12): 1873–1881.
15. Sibai BM, Barton JR. Expectant management of early onset, severe pre-eclampsia: perinatal outcome. *AJOG* 2007;196(6):514e1-9.

16. Sibai BM. Evaluation and management of severe preeclampsia before 34 weeks' gestation (SMFM Clinical Opinion). *AJOG* 2011
17. Hall DR, Odendaal HJ, Kirsten GF, Smith J, Grove D. Expectant management of early onset, severe pre-eclampsia: perinatal outcome. *BJOG* 2000; 107: 1258-1264
18. Sarsam DS, Shamden M, Al Wazan R. Expectant versus aggressive management in severe preeclampsia remote from term. *Singapore Med J* 2008; 49(9): 698
19. Van Eerden L, Van Oostwaard MF, Zeeman GG, et al. Terminating pregnancy for severe hypertension when the fetus is considered non-viable: a retrospective cohort study . *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2016; 206: 22–26.
20. Haddad B, Deis S, Goffinet F, Paniel BJ, Cabrol D, Sibai BM. Maternal and perinatal outcomes during expectant management of 239 severe preeclamptic women between 24 and 33 weeks' gestation. *AJOG* 2004;190(6):1590-5
21. Ertekin AA, Kapudere, B, Eken MK, et al. Does aggressive and expectant management of severe preeclampsia affect the neurologic development of the infant? *Int J Clin Exp Med* 2015;8(10):19325-19331
22. World Health Organization – Department of Reproductive Health and Research. WHO recommendations for Prevention and Treatment of Preeclampsia and Eclampsia: evidence base. Geneva ; WHO: 2011.
23. Magee LA, von Dadelszen P, Stones W, Mathai M (editors). *The FIGO Textbook of Pregnancy Hypertension – An evidence based to monitoring, prevention and management.*UK: The Foundation for the Global Library of Women's Medicine: 2016.
24. Schaarschmidt W, Rana S, Stepan H. The course of angiogenic factors in early- vs. late-onset preeclampsia and HELLP syndrome. *J Perinat Med.* 2013 September 1; 41(5): 511–516
25. Whitehead C, Tong S, Wilson D, Howard M, Walker SP. Treatment of early-onset preeclampsia with continuous positive airway pressure. *Obstet Gynecol.* 2015 May;125(5):1106-9
26. Thadhani R, Hagmann H, Scharrschmidt W, et al. Removal of Soluble FMS-line Tyrosinkinase-1 by Dextran Sulfate Apheresis in Preeclampsia. *J Am Soc Nephro* 2016;27:903-913



**Panitia PIT VIII
Fetomaternal 2017 Yogyakarta**

- ▶ Email : pitfetomaternal18@gmail.com
- ▶ Web : www.pitfetomaternal18jogja.com
- ▶ Telp./Fax : +62 274 511329
- ▶ SMS/WA : +62 81218512442

