

KEHAMILAN ABDOMINAL LANJUT DENGAN JANIN HIDUP

John Wantania
Bagian Obstetri dan Ginekologi
FK UNSRAT / RSU Prof. Dr. R. D. Kandou Manado

Kehamilan abdominal didefinisikan sebagai kehamilan dimana implantasi terjadi di kavum abdomen tanpa melibatkan tuba, ovarium atau implantasi intraligamen. Kehamilan abdominal lanjut didefinisikan sebagai kehamilan dengan usia gestasi lebih dari 20 minggu dengan janin hidup atau menunjukkan tanda-tanda pernah hidup dan berkembang, didalam rongga abdomen sang ibu. Seringkali sulit terdiagnosa sebelum intervensi pembedahan dan cenderung mengalami komplikasi yang cukup berbahaya.¹

Kehamilan abdominal merupakan kejadian yang sangat jarang. Menurut Ombelet dkk (dikutip dari 1) insidennya 1:402 kehamilan di negara berkembang dan 1:10000 kehamilan di negara maju. Kehamilan abdominal terjadi sebagai hasil dari ruptura uteri atau abortus tuba (Kehamilan abdominal sekunder) atau yang lebih jarang lagi sebagai hasil implantasi langsung pada peritoneum dengan tuba fallopi yang normal, ovarium yang normal dan tidak adanya fistula pada tuba (kehamilan abdominal primer). Tingkat mortalitas maternal yang disebabkan oleh kehamilan abdominal pernah dilaporkan berkisar antara 0,5%-18%. Yang berhubungan dengan morbiditas disebabkan oleh karena perdarahan, infeksi, anemia, DIC, emboli paru, dan fistula gastrointestinal yang muncul akibat adanya tulang janin. Morbiditas perinatal berkisar antara 40-95% walaupun jika kehamilan diteruskan sampai dengan aterm, dan 20-40% dari janin disertai dengan kelainan kongenital, kebanyakan karena disebabkan oleh oligohidramnion. Kehamilan abdominal kebanyakan terjadi di negara berkembang, hal ini mungkin disebabkan oleh karena tingginya insiden PID dengan pengobatan yang suboptimal.^{1,2,3}

Gejala klinis awal yang sering ditemukan pada wanita dengan kehamilan abdominal adalah nyeri di abdomen. Gejala lainnya yang berhubungan dengan implantasi plasenta di usus atau kandung kemih menimbulkan gejala obstruksi atau inflamasi.^{1,3}

Karakteristik dari kehamilan abdominal pada pemeriksaan USG di temukan adanya fetus diluar uterus dan tidak ditemukannya dinding uterus diantara kandung kemih dengan janin, lokasi plasenta yang ekstrauterin, gambaran visualisasi plasenta yang kurang baik,

oligohidramnion, bagian-bagian janin yang berdekatan dengan organ-organ abdominal sang ibu.^{1,3}

Prinsip pembedahan pada kehamilan abdominal adalah melahirkan janin sesegera mungkin dan menilai tempat implantasi plasenta secara hati-hati. Pengangkatan plasenta dapat memicu perdarahan masif karena tidak adanya mekanisme kontraksi miometrium untuk menjepit pembuluh darah yang mengalami hipertrofi. Hal ini dapat terjadi secara spontan atau ketika klnisi berupaya untuk mencari lokasi implantasi plasenta yang sebenarnya. Oleh karena itu sangat dianjurkan untuk menghindari eksplorasi yang tidak perlu pada organ sekitarnya. Meninggalkan plasenta pada tempatnya juga bisa menimbulkan beberapa komplikasi seperti, infeksi, abses, adhesi, obstruksi usus, dan luka terbuka.¹

Kehamilan abdominal lanjut dengan kondisi janin yang hidup merupakan suatu kondisi yang sangat jarang. Pada suatu kasus penderita masuk rumah sakit karena dirujuk dari puskesmas RSUD Kepulauan dengan diagnosis G₂P₀A₁, 23 th, hamil 42-43minggu, belum ada tanda-tanda ingin melahirkan. Setelah dilakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik didapatkan diagnosis G₂P₀A₁ 23 tahun hamil 42-43 minggu dengan PEB dengan kehamilan abdominal.

Adanya kecurigaan kehamilan abdominal pada pasien ini didapatkan dari anamnesis adanya rasa nyeri di abdomen setiap kali janin bergerak, rasa nyeri di disertai dengan kesulitan bernafas setiap kali janin bergerak. Pada pemeriksaan fisik didapatkan, bagian-bagian janin lebih mudah diraba, teraba adanya massa di abdomen yang terpisah dari uterus. Pada Pemeriksaan USG didapatkan bahwa janin tidak dibatasi oleh dinding uterus, tidak ditemukan adanya selaput dan cairan amnion yang membungkus janin dan tidak ditemukannya dinding uterus antara janin dan vesika urinaria. Pada kehamilan abdominal dalam anamnesis biasanya pada multipara mungkin akan mengatakan kehamilannya yang sekarang ini “tidak seperti biasanya”. Kelainan yang mungkin diingat antara lain perdarahan irreguler bersama dengan nyeri abdomen yang biasanya paling menonjol pada salah satu atau kedua kuadran bawah. Kehamilan mungkin pula berlangsung sampai cukup bulan. Jika saat ini tercapai, penderita merasa mules seperti akan bersalin (*spurious labor*)^{1,2,3}

Pada kehamilan abdominal sebagian besar diagnosis kehamilan abdominal tidak dibuat pada waktu pasien pertama kali datang, meskipun terdapat beberapa petunjuk dan alat bantu diagnostik seperti ultrasonografi, foto roentgen dan uji pitosin, diagnosis kehamilan abdominal sangat tergantung apakah ada pemikiran terhadap kemungkinan kehamilan

abdominal. Kesalahan diagnosis berkisar 50% sampai dengan 90%.^{1,3,5} Akan tetapi pada kasus ini kehamilan abdominal lanjut terdiagnosis pada saat penderita datang ke poliklinik karena dirujuk oleh bidan dari puskesmas.³

Temuan ultrasonografi pada kehamilan abdominal sering kali tidak memungkinkan untuk menegakkan diagnosis yang pasti. Diagnosis USG untuk kehamilan abdominal dapat meleset pada 50% kasus.^{1,2} Akhan dkk. (1990) melaporkan kriteria ultrasonografi berikut ini yang bersifat sugestif terhadap kehamilan abdominal : (1). Visualisasi janin yang terpisah dari uterus, (2). Kegagalan memvisualisasi dinding uterus diantara janin dan kandung kemih, (3). Bagian-bagian janin amat berdekatan dengan dinding abdomen ibu, (4). Posisi (hubungan antara janin dengan uterus) eksentrik atau sikap janin (hubungan antara bagian-bagian janin dengan bagian janin lainnya) yang abnormal dan visualisasi jaringan plasenta ekstrauteri.^{4,5,6}

Pada kasus tersebut dilakukan laparotomi cito dengan indikasi kehamilan abdominal. Dalam operasi ditemukan suatu kehamilan abdominal dengan bayi yang masih hidup dengan berat badan 3000 gr, panjang badan 48 cm dengan Skor APGAR 7-9. Implantasi plasenta di dinding depan uterus meluas sampai kedinding samping pelvis. Tidak tampak perdarahan aktif dari tempat implantasi plasenta, plasenta kemudian ditinggalkan didalam kavum abdomen setelah tali pusat di potong sependek mungkin kemudian diikat dengan benang silk No 1

Penderita ini diidagnosa dengan Preeklamsia berat, karena pada saat penderita datang untuk kontrol di poliklinik didapatkan tekanan darah 180/110 disertai dengan proteinuria +3, pada pemeriksaan kualitatif, Hal ini merupakan hal yang sangat jarang terjadi pada kehamilan ekstauterin, dimana plasenta berimplantasi diuterus, namun pada kasus ini terjadinya preeklamsia berat mungkin disebabkan karena plasenta berimplantasi di dinding depan uterus.

Pengelolaan plasenta pada kehamilan abdominal masih dalam perdebatan. Pengangkatan sebagian plasenta dapat menyebabkan perdarahan yang tidak terkontrol jika suplai perdarahan tidak dapat diligasi. Jika plasenta ingin dikeluarkan haruslah lebih dahulu dilakukan ligasi pada semua pembuluh darah yang mensuplai darah kepada plasenta ditempat itu. Jika ini tidak mungkin dikerjakan lebih baik plasenta dibiarkan tidak diangkat.^{6,7}

Meninggalkan plasenta didalam kavum abdomen juga dapat menimbulkan beberapa resiko seperti infeksi, abses, adhesi, obstruksi usus, sampai dehisensi luka operasi. Obstruksi ureter parsial dengan hidronefrosis pernah dilaporkan.^{3,8}

Beberapa pendekatan telah dilaporkan adalah:1) Menghindari manipulasi plasenta, tali pusat diligasi sedekat mungkin dengan plasenta dan ditinggalkan in situ tanpa pengobatan lanjutan, 2) Ligasi pada suplai pembuluh darah plasenta dan kemudian dilakukan pengangkatan plasenta beserta organ yang diimplantasi, seperti dengan histerektomi dan salpingo-ooforektomi, dan 3) Plasenta ditinggalkan in situ dilanjutkan dengan pemberian methotrexate untuk mempercepat destruksi dan absorpsi jaringan trofoblas.^{3,6,7}

Pada beberapa penelitian telah menunjukkan bila tidak diterapi, sisa plasenta masih mempunyai fungsi sampai dengan 50 hari pasca operasi. Pemberian methotrexate menyebabkan kerusakan jaringan trofoblas disamping menurunkan vaskularisasi pada plasenta, sehingga menurunkan perdarahan dari pelepasan plasenta. Pemberian methotrexate menimbulkan penghancuran plasenta secara cepat dan dalam jumlah besar sehingga menghasilkan akumulasi jaringan nekrotik yang merupakan lingkungan ideal untuk pertumbuhan bakteri. Bila plasenta ditinggalkan, proses involusinya dapat dimonitor dengan menggunakan USG dan serum β -hCG.. Saat ini penggunaan methotrexate masih kontroversial. Pada banyak kasus plasenta akan diresorpsi sendiri meskipun kadang memerlukan waktu bertahun-tahun.⁹

Kasus seperti ini ditemukan di daerah terpencil yaitu di RSUD Kepulauan Talaud dimana adanya kesulitan untuk mendapatkan obat seperti metotrexate (MTX) sehingga pada kasus ini pengobatan tidak dilanjutkan dengan pemberian metotrexate karena tidak tersedianya obat.

Penderita dipulangkan pada hari kelima pasca operatif dengan keadaan umum baik dengan tekanan darah 130/80mmHg, dengan frekuensi nadi 82x/menit, dengan suhu basal 36,5°C, dengan respirasi 22x/menit.

Penderita hanya datang kontrol 2x untuk perawatan luka operasi dengan selang waktu 1 minggu. Setelah itu penderita tidak pernah datang kembali ke RSUD Talaud untuk pemantauan involusi plasenta.

DAFTAR PUSTAKA

1. Cunningham FG, Leveno JK. Abdominal pregnancy. In : Williams Obstetrics 23rd edition. MC Graw Hill 2010: page 249-51.
2. Brewster EM, Braithwaite EA. Advance abdominal pregnancy - A case report of good maternal and perinatal outcome. West Indian Med Journal 2011; 60(5):587-9.
3. Zhang J, Li F, Sheng Q. Full-term abdominal pregnancy: a case report and review of the literature. Gynecol Obstet Invest. 2008;65(2):139
4. Sarwat A, Awais N,. Abdominal pregnancy A Diagnostic Dilema . Professional Medical Journal 2011;18(3):479-84
5. Nkusu ND, Einterz EM. Advance abdominal pregnancy : case report and review of 163 case reported since 1946. Rural Remote Health. 2008 Oct-Dec;8(4):1087. Epub 2008 Dec 1.
6. Kshirsagar A.Y, Pujari S, in A live intra Abdominal pregnancy : A Case Report. Journal Obstetric and Gynecology India 2010; 60(2):157-159.
7. Bertrand G, Le ray C, Simard-emond L, Dubois J, Leduc L. Imaging in the management of abdominal pregnancy: A Case Report and review of the literature. J Obstet Gynecol 2009; 31(1):57-62
8. Baffoe P. Fofie C, Gandau BN. Term abdominal pregnancy with healthy newborn:A case report in Ghana Medical Journal 2011 Jun;45(2):81-3.
9. Molinaro TA, Barnhart KT. Abdominal Ectopic Pregnancy. Available from http://www.medscape.com/viewarticle/557082_5.



SERTIFIKAT



Diberikan Kepada :

dr. John Wantania, SpOG

Sebagai

PEMBICARA

**PIT POGI 20 Medan
16 -18 September 2013**

*Dengan Peningkatan Ilmu dan Teknologi Kesehatan Reproduksi
yang Lebih Maju, Kita Mantapkan Pencapaian MDGs 2015*

SK PB IDI No. 630/PB/A.4/09/2013; Peserta : 12 SKP; Pembicara : 12 SKP; Moderator : 4 SKP; Panitia : 2 SKP

dr. Nurdadi Saleh, SpOG

Ketua PB POGI

Prof. dr. Budi R. Hadibroto, SpOG.K

Ketua Panitia PIT POGI 20