



# Placenta Accreta Spectrum Disorders (PASD)

dr. Fransiscus Ronaldo

Plasenta akreta merupakan istilah umum yang digunakan untuk menggambarkan kondisi klinis adanya defek pada desidua basalis akibat invasi yang abnormal dari trofoblas ke lapisan endometrium superfisial sehingga plasenta sulit terlepas.<sup>1</sup> Tingkat keparahan plasentasi abnormal dapat diklasifikasikan menjadi tiga stadium berdasarkan histopatologi. Bentuk paling ringan dan sering ditemukan adalah plasenta akreta. Apabila hal ini didapati menginvasi ke dalam miometrium akan disebut sebagai inkreta sementara jika melewati serosa uterus disebut sebagai plasenta perkreta, pada beberapa kasus melibatkan organ terdekat yaitu kandung kemih. Patogenesis terjadinya implantasi abnormal tersebut akibat dari defek desidualisasi pada tempat implantasi dan tidak adanya kedua lapisan desidua basalis dan Nitabuch's, sehingga terjadi perlekatan langsung vili korion ke miometrium.<sup>2,3</sup> Ketiga kelainan perlekatan plasenta ini saat ini lebih dikenal sebagai *Placenta Accreta Spectrum Disorders (PASD)* berdasarkan klasifikasi terbaru yang dikeluarkan oleh *International Federation of Obstetrics and Gynecology (FIGO)*.

Angka kejadian PASD di dunia mengalami peningkatan 10 kali lipat dalam 50 tahun terakhir. Tercatat

di United States, pada tahun 2016 didapatkan 1 dari 272 kelahiran dengan penyulit plasenta akreta. Peningkatan kejadian ini erat kaitannya dengan faktor resiko. Faktor resiko paling tinggi adalah riwayat seksio sesarea, sementara faktor resiko lainnya yaitu plasenta previa, multiparitas, usia diatas 35 tahun, riwayat pembedahan uterus atau kuretase, jarak konsepsi dengan operasi seksio sesaria terlalu singkat, janin dengan jenis kelamin perempuan, adanya niche (defek) pada pertemuan serviks-ismus yang terbentuk akibat operasi sebelumnya, dan sindrom Asherman.<sup>3,5,6</sup>

PASD memberikan dampak terhadap luaran maternal maupun neonatal. Dampak terhadap maternal antara lain perdarahan masif yang dapat menyebabkan terjadi DIC, syok, histerektomi hingga kematian ibu. Angka mortalitas plasenta akreta mencapai 7%, baik intraoperatif maupun karena morbiditas postoperatif akibat transfusi darah masif, infeksi, dan kerusakan organ sekitar rahim, dan ada yang melaporkan angka morbiditas mencapai 60%.<sup>3,7</sup> Tidak ada penelitian klinis terandomisasi yang meneliti usia kehamilan optimal untuk tindakan terminasi pada kehamilan dengan plasenta akreta tetapi *The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)* dan *Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM)* merekomendasikan seksio sesarea terencana pada usia kehamilan sekitar 34 0/7 – 35 6/7 minggu.<sup>7</sup> Sehingga berdampak pada bayi yang dilahirkan tidak cukup umur, tidak cukup berat lahir akan membu-

tuhkan perawatan intensif. Kejadian Respiratory Distress Syndrome (RDS), hipoksia akibat perdarahan hebat, rawatan Neonatal Intensive Care Unit (NICU), resusitasi meningkat akibat kelahiran prematur pada bayi-bayi yang lahir dari ibu yang mengalami plasenta akreta.<sup>8</sup>

## Skrining PASD

Deteksi PASD antenatal yang baik dipercaya akan mengurangi angka morbiditas dan mortalitas. Terdapat beberapa modalitas skrining untuk mengetahui resiko plasenta akreta. Skrining yang dapat dilakukan adalah ultrasonografi, MRI dan sistem skoring saat kunjungan antenatal. Dengan ultrasonografi sudah dapat dicurigai pada trimester pertama, namun kebanyakan diagnosis dilakukan pada trimester kedua dan ketiga. Sonografi grayscale sangat baik untuk diagnosis prenatal plasenta akreta, sensitivitas sekitar 77%-87% dan spesifitas mencapai 96%-98%.<sup>1</sup> Temuan penting pada sonografi: beberapa vascular lacunae mempunyai nilai sensitifitas tinggi 80-90%, hilangnya zona hypoechoic retroplasenta yang normal, ekstensi vili ke myometrium, serosa, atau kandung kemih, ketebalan myometrium <1 mm, aliran darah turbulen melalui lacunae pada sonografi Doppler.<sup>10</sup>

Kriteria USG pada plasenta akreta menurut guideline RCOG:<sup>9</sup>

### Grayscale:

- Hilangnya zona sonolucent retroplasenta
- Zona sonolucent retroplasenta yang tidak teratur
- Penipisan atau gangguan dari

hiperechoic serosa-bladder interface

- Adanya massa exophytic fokal yang menyerang kandung kemih
- Abnormal plasenta lacunae

### Doppler:

- Aliran lakuran difus atau lokal
- Danau vaskular dengan aliran turbulen (peak systolic velocity >15 cm/detik)
- Hipervaskular serosa-bladder interface
- Dilatasi vaskular hingga zona subplasenta perifer

### 3D Power Doppler:

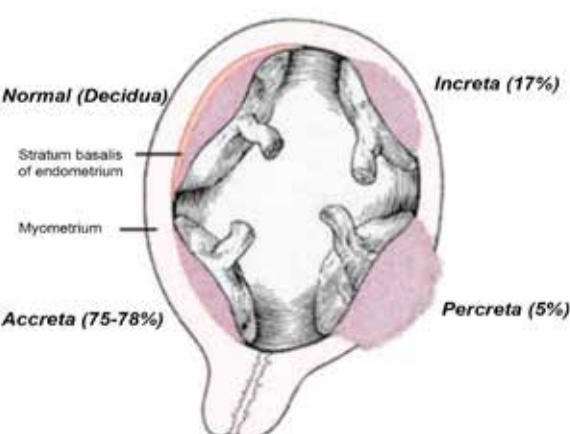
- Banyak pembuluh darah koheren melibatkan seluruh pertemuan antara serosa uterus dan kandung kemih (basal view)
- Hipervaskularisasi (lateral view)
- Sirkulasi cotyledonal dan intervilli yang tak terpisahkan, chaotic branching, detour vessel (lateral view)

Sistem skoring untuk skrining menggunakan *Placenta Score Index (PAI)*. Ada beberapa parameter yang digunakan dalam index ter-

Tabel 1. Plasenta Akreta Index<sup>11</sup>

No.	Parameter	Skor
1.	≥ 2 Seksio Sesarea	3,0
2.	Lakuna : Grade 3 (banyak lakuna di seluruh area plasenta, besar dan tidak beraturan) Grade 2 (terdiri 4-6 lakuna, cukup besar dan ireguler)	3,5 1,0
3.	Tebal myometrium pada potongan sagittal yang terkecil: ≤ 1 mm > 1 s/d ≤ 3 mm > 3 s/d ≤ 5 mm	1,0 0,5 0,25
4.	Plasenta previa anterior	1,0
5.	Bridging vessel	0,5

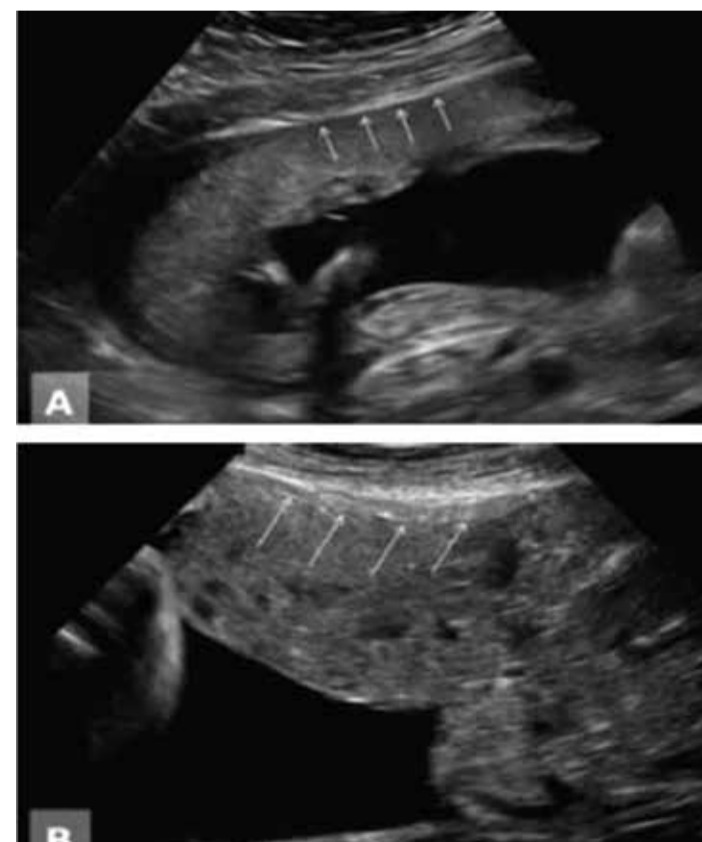
\* Jika parameter tidak ditemukan maka diberi skor "0"



Gambar 1. Kedalaman implantasi plasenta<sup>4</sup>

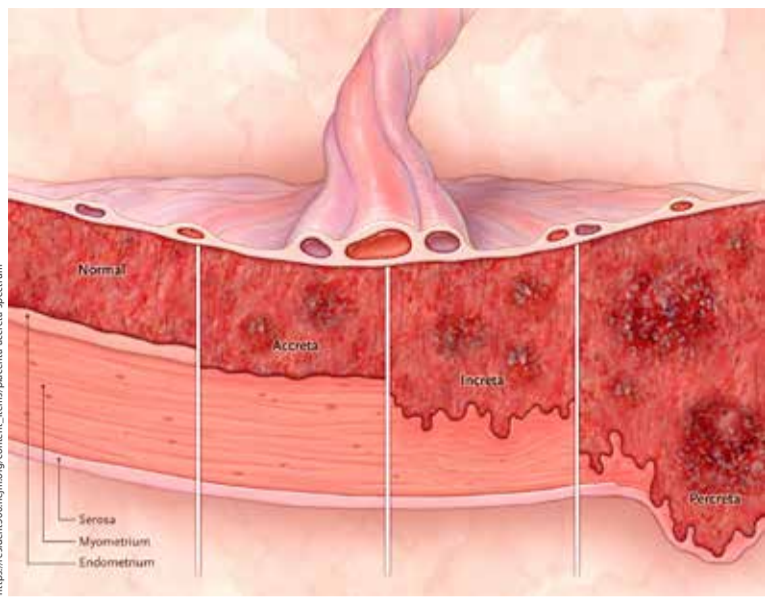


Gambar 2. Temuan sonografi: ada nya vascular lacunae, ireguler vascular space, hilangnya zona hypoechoic retroplasenta



Gambar 3. [A]:Normal zona retroplasenta hypoechoic (panah) antara plasenta dan dinding rahim. [B]: Tidak adanya zona retroplasenta hyperechoic, tampak ruang yang jelas antara plasenta dan dinding rahim (panah) telah berkurang





Implementasi sistem skoring ini dapat meningkatkan deteksi antenatal akan implantasi plasenta abnormal secara signifikan.

**Tatalaksana**

Deteksi dini suatu plasenta akreta bila didapatkan kantung gestasi berada di segmen bawah rahim pada trimester pertama. Diagnosis prenatal akan menurunkan resiko perdarahan maternal. Ketika diagnosis plasenta akreta ditegakkan, keputusan bagaimana metode persalinan membutuhkan perencanaan tim multidisiplin dan seringnya

melibatkan tindakan pembedahan atau intervensi radiologis untuk mengurangi morbiditas maternal dan neonatal.<sup>1,3</sup> Sistem rujukan ke fasilitas kesehatan yang memiliki tim multidisiplin dan bank darah sangat dibutuhkan dalam penatalaksanaan plasenta akreta. Terminasi secara elektif pada usia kehamilan 34-35 minggu dapat menurunkan morbiditas luaran maternal. Saat ini terdapat beberapa pilihan tatalaksana konservatif, seperti meninggalkan plasenta in situ, embolisasi arteri uterina diikuti terapi adjuvan seperti Methotrexate, Misoprostol,

Mifepristone dan Analog GnRH. Evakuasi dengan cara kuretase tajam tidak direkomendasikan karena resiko perdarahan masif yang sulit dikontrol. Hal lainnya yang perlu diperhatikan bahwa manajemen konservatif tanpa seksio sesarea-histerekтоми juga akan mempengaruhi luaran maternal pada mereka yang menderita plasenta akreta. *American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)* telah merekomendasikan seksio sesarea-histerekтоми sebagai tindakan operatif pilihan pada akreta.<sup>1,3,7</sup> MD

sebut. Setiap parameter memiliki poin tersendiri yang mana secara kumulatif akan membentuk total skor 9 serta memiliki probabilitas invasi dengan kisaran 5-96%. Nilai setiap parameter yang dijumlahkan untuk menghasilkan skor Indeks Plasenta Akreta yang dapat dilihat pada tabel 1.

Total skor Plasenta Akreta Index ini dapat dikonversi menjadi probabilitas invasi resiko plasenta akreta, sesuai pada tabel 2.

**Tabel 2.** Probabilitas resiko invasi berdasarkan skor PAI

PAI Skor	Probabilitas invasi (%)
0	5
1	10
2	19
3	33
4	51
5	69
6	83
7	91
>8	96

**Daftar Pustaka**

- American College of Obstetricians and Gynaecologists ACOG Committee Opinion. Placenta accreta No 266, Jan 2002. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 2002; 77: 77 – 78
- Tantbirojn P, Crum CP, Parast MM. Pathophysiology of placenta accreta: the role of decidua and extravillous trophoblast. *Placenta* 2008;29:639-45.
- Son M and Grobman W. Placenta Disorders in: *Obstetric Evidence Based Guidelines*, Berghella V., eds. 3rd, 2017. CRC Press: USA, 299-308.
- Medscape. An alarming ultrasound in a pregnant patient: Case quiz [Internet]. [Cited 2016 January 18] Available from: <http://reference.medscape.com/features/slideshow/alarming-ultrasound>
- Clark SL, Koonings PP, Phelan JP. Placenta previa/accreta and prior cesarean section. *Obstet Gynecol* 1985;66:89-92.
- Fitzpatrick KE, Sellers S, Spark P, Kurinczuk JJ, Brocklehurst P, Knight M. Incidence and Risk Factors for Placenta Accreta/Increta/Percreta in the UK: A National Case-Control Study. *Plos One.* 2012;7(12):e52893
- Eller AG, Porter TF, Soisson P, et al. Optimal management strategies for placenta accreta. *BJOG Int J Obstet Gynaecol* 2009;116:648-54.
- Farquhar CM, Li Z, Lensen S, et al. Incidence, risk factors and perinatal outcomes for placenta accreta in Australia and New Zealand: a case-control study. *BMJ Open* 2017;7:e017713. DOI:10.1136/bmjopen-2017-017713
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *Placenta praevia, placenta praevia accreta and vasa praevia: Diagnosis and management*. London, England: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2011. p. 26.
- Comstock CH. Antenatal diagnosis of placenta accreta: A review. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2005;26:89-96.
- Nelson T, Chang E, Goodier C, Mateus-Nino J. Validation of the Placenta Accreta Index (PAI): Improving the antenatal diagnosis of the morbidly adherent placenta. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2017: 5133-134.

# SPC

## Kunci Keberhasilan Terapi

### Pola Pemikiran

**Memiliki hipertensi**  
2 dari 3 masih memiliki hipertensi yang tidak terkontrol

**Hipertensi dengan komorbid<sup>1</sup>**  
51% Penderita jantung koroner dengan komorbid hipertensi<sup>2</sup>  
>75% Penderita hipertensi dengan komorbid hipertensi<sup>2</sup>

Pasien dengan hipertensi membutuhkan 2 atau lebih obat untuk mencapai target tekanan darah.<sup>3</sup>

### KEPATUHAN MINUM OBAT

- Pertimbangan penting dalam tata laksana pasien<sup>4</sup>
- Kepatuhan yang buruk → tekanan darah tidak terkontrol dan peningkatan risiko kardiovaskular<sup>4,5</sup>

### Rekomendasi

**RAAS + BETA BLOCKER + BETA BLOCKER**

Pilihan obat lini pertama pada pasien dengan hipertensi dan penyakit jantung koroner.<sup>4,5</sup>

**BETA BLOCKER** sangat bermanfaat untuk terapi hipertensi dengan kondisi angina yang<sup>4</sup>

- Simtomatik
- Kontrol denyut jantung
- Paska infark miokard
- Gagal jantung dengan penurunan eaksi fraksi

**ACE INHIBITOR** direkomendasikan pada pasien dengan kondisi:

- hipertensi
- berisiko tinggi kejadian kardiovaskular.<sup>6</sup>

### SINGLE PILL COMBINATION (SPC)

terapi awal pada sebagian besar pasien hipertensi.<sup>4,5</sup>

**Keuntungan utama dari SPC:<sup>4</sup>**

- Meningkatkan kepatuhan berobat pasien
- Dapat mencapai kontrol tekanan darah

**INITIAL THERAPY**  
1 PILL  
Dual combination  
ACEi / ARB + beta-blocker / CCB / CCB + diuretic / beta-blocker / beta-blocker + diuretic

**STEP 2**  
1 PILL  
Triple combination  
Triple combination of above

**STEP 3**  
2 PILLS  
Triple combination & spironolactone or other drug  
Resistant hypertension  
Add spironolactone (25-50mg o.d.) or other diuretic, alpha-blocker or beta-blocker

Consider monotherapy in low risk grade 1 hypertension (systolic BP <150mmHg), or in very old (≥80 years) or frailer patients

Consider initiating therapy when systolic BP is ≥130mmHg in these very high risk patients with established CVD

Consider referral to a specialist centre for further investigation

### Daftar Pustaka

- Turana Y, Tengkwawan J, Soenarta AA. Asian Management of Hypertension: Current status, home blood pressure, and specific concern in Indonesia. *J Clin Hypertens.* 2019;00:1-3.
- Saputri FB, Fauziah D, Hindariati E. Prevalence Proportion of Patient with Coronary Heart Disease in Inpatient Room of RSUD Dr. Soetomo Surabaya in 2017. *Biomolecular and Health Science Journal.* 2020;3(2):92-95.
- Mensah GA, Bakris G. Treatment and Control of High Blood Pressure in Adults. *Cardiol Clin.* 2010; 28:609-622.
- Williams B, Mancia G, Spiering W, Rosei EA, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. *Eur Heart J.* 2018;39:3021-3104.
- Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, et al. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. *Hypertension.* 2020;75:1334-1357.
- Knuuti J, Wijns W, Saraste A, Capodanno D, Barbato E, Funck-Brentano C, et al. 2019 ESC Guidelines for the Diagnosis and Management of Chronic Coronary Syndromes. *Eur Heart J.* 2020;41:407-477.

