

DIAGNOSIS DAN TATA LAKSANA KEHAMILAN EKTOPIK ABDOMINAL DI DAERAH TERPENCIL

dr. Harnovin Kuanda¹
dr. Rommy Andika Kurniawan, Sp.OG²
dr. Rudi Priyo Utomo, Sp.OG²



Gambar 1.
Tampak gestasional sac (a) extrauterin dengan fetal pole (b)



Gambar 2.
Tampak uterus (a) dengan gambaran myoma subserosa pada bagian fundus dari uterus (b)

Laporan Kasus

Wanita 41 tahun kehamilan ketiga dengan anak pertama lahir aterm dan sehat, anak kedua lahir aterm dan sehat, dirujuk ke rumah sakit dengan kehamilan 9 minggu dan kecurigaan *abortus imminens*. Pasien mengeluh keluar bercak darah dari jalan lahir sejak 1 bulan lalu, dan diikuti dengan keluarnya gumpalan berwarna hitam dan bau disertai dengan nyeri perut bagian bawah sejak 3 hari yang lalu. Hari pertama haid terakhir pasien adalah tanggal 5 Maret 2018. Pada pemeriksaan fisik didapatkan tekanan darah 130/90 mmHg, nadi 84 x/menit, laju pernafasan 18 x/menit, dan suhu 36,4°C. Pada palpasi abdomen fundus uteri tidak teraba. Pada pemeriksaan dalam didapatkan belum ada pembukaan, *portio* tebal kenyal, nyeri goyang *portio* + dan ditemukan gumpalan darah. Dari pemeriksaan darah ditemukan Hemoglobin 8,7 g/dL, Leukosit $13,37 \times 10^3/\mu\text{L}$. Dari pemeriksaan USG ditemukan *vesica urinaria* terisi cukup, uterus kosong, uterus antefleksi ukuran 7,28 cm x 5,98 cm, *Endometrial Thickness* 1,521 cm, tampak *gestasional sac extrauterine*, *fetal pole* +, *fetal heart beat* +, CRL 5,318 cm, usia kehamilan 12 minggu, tampak cairan bebas.

Kemudian dilakukan laparotomi eksplorasi, tampak amnion sac menempel pada omentum dan *cavum douglas*, ditemukan juga myoma uteri subserous *pedunculated* pada fundus uteri. Kemudian dilakukan tindakan omentektomi, *bilateral salpingektomi* dan myomektomi.

Diskusi

Kehamilan abdominal adalah kehamilan yang terjadi di dalam rongga abdomen di luar dari organ reproduksi wanita. Kehamilan abdominal sendiri terjadi sekitar 1% dari seluruh kehamilan ektopik yang terjadi antara 1/2200 sampai dengan 1/10200 kehamilan dan 1/6000 sampai dengan 1/9000 kelahiran⁹. Kehamilan abdominal lebih sering ditemukan di negara-negara berkembang, ini mungkin dipengaruhi oleh rendahnya status sosial ekonomi, riwayat infertilitas, rekonstruksi pembedahan tuba, sterilisasi tuba, dan tingginya angka kejadian infeksi *pelvis* atau penyakit inflamasi *pelvis*¹.

Pada kehamilan abdominal, *trophoblast* dapat berimplantasi pada satu ataupun beberapa struktur abdomen seperti pada *serosa uterus*, omentum, *mesosalpinx*, usus dan mesenterium, *cavum douglas*, *peritoneum* pada dinding perut maupun panggul, limpa, hepar, *fascia gerota ginjal*, dan diafragma¹. Meskipun *zygote* dapat berpindah dari tuba dan berimplantasi secara langsung pada rongga abdomen, namun kebanyakan kehamilan abdominal diawali dengan rupturnya tuba ataupun *abortus* yang diikuti oleh reimplantasi².

Kehamilan abdominal dapat diklasifikasikan menjadi primer dan sekunder, kehamilan abdominal primer sangatlah jarang dimana *ovum* yang telah dibuahi menempel langsung pada organ-organ abdomen. Sedangkan pada kehamilan abdominal sekunder ditandai dengan *ovum* yang telah dibuahi me-

nempel terlebih dahulu di tuba falopi, ovarium, atau pada uterus yang kemudian lepas dan keluar melalui bagian yang ruptur dan masuk ke dalam rongga abdomen⁷

Dari penampakan klinis kehamilan abdominal sangatlah bervariasi sehingga sering sulit untuk didiagnosis. Tidak ada gejala maupun tanda yang patognomonik pada kehamilan abdominal yang membedakannya dengan kehamilan tuba sehingga dibutuhkan tingkat keawasan yang tinggi¹. Tanda yang paling sering ditemukan adalah nyeri abdomen atau suprapubik yang persisten, keluar darah dari jalan lahir, tanda-tanda gangguan gastrointestinal seperti mual muntah, nyeri pada saat pergerakan janin, malaise⁸. Seperti pada kasus ini dimana pasien datang ke puskesmas hanya dengan keluhan keluarnya darah dengan bau yang tidak sedap dari jalan lahir sejak 1 bulan sebelum masuk rumah sakit, pasien juga mengeluh nyeri pada perut bagian bawah sehingga pasien dirujuk ke rumah sakit dengan kecurigaan *abortus imminens*, namun setelah dilakukan pemeriksaan USG ditemukan adanya kehamilan abdominal.

Modalitas pemeriksaan penunjang yang menjadi pilihan dalam mendiagnosis kehamilan abdominal adalah USG, namun untuk membedakan kehamilan abdominal dengan kehamilan ektopik lainnya tetaplah sulit. USG memiliki akurasi sebesar 50% pada kasus kehamilan abdominal. Diagnosis yang tepat sangatlah dibutuhkan dalam kasus ini dikarenakan manajemen dari kehamilan abdominal bergantung

pada lokasi menempelnya janin. Pada pemeriksaan USG jika ditemukan adanya uterus yang kosong, disertai dengan adanya kantong kehamilan diluar dari uterus, adneksa, dan ovarium maka perlu dicurigai adanya kehamilan abdominal¹. Ini sesuai dengan hasil USG yang didapatkan pada kasus ini. Untuk diagnosis yang lebih akurat dapat digunakan MRI dan CT scan, namun kedua modalitas tersebut biasanya hanya dimiliki oleh tingkat pelayanan kesehatan di kota-kota besar¹⁰.

Manajemen dari kehamilan abdominal tergantung pada usia kehamilan pada saat di diagnosis². Sama seperti kehamilan ektopik lainnya, manajemen kehamilan abdominal dapat dilakukan secara konservatif dan pembedahan. Agen-agen medikamentosa yang dapat digunakan antara lain methotrexat, pemberian secara lokal dari potasium chlorida, prostaglandin, glukosa hiperosmolar, etoposide, danazole, dan mifepristone¹. Manajemen konservatif biasanya digunakan jika risiko perdarahan sudah ditekan dan diantisipasi. Manajemen konservatif memiliki risiko perdarahan tiba-tiba yang dapat mengancam jiwa sehingga tetap diperlukan pengawasan karena tidak jarang pasien tersebut tetap memerlukan tindakan pembedahan dikarenakan perdarahan^{1,2}. Manajemen pembedahan pada kehamilan abdominal memerlukan pendekatan multidisiplin dalam mengantisipasi perdarahan yang mengancam jiwa selama operasi¹. Prinsip dari pembedahan adalah untuk melahirkan fetus dan menentukan tempat implantasi plasenta tanpa memicu perdarahan². Pada masa lalu, pembedahan laparotomi dilakukan pada seluruh kasus kehamilan abdominal, namun pada tahun 1993, mulai dilakukan pembedahan dengan laparotomi. Pada kasus ini telah terjadi kehamilan ektopik terganggu akibat perdarahan intraabdomen, maka diperlukan tindakan pembedahan.

Prognosis fetal pada kehamilan abdominal sangatlah buruk dan mortalitas maternal sangat tinggi akibat syok hemoragik yang disebabkan oleh terlepasnya plasenta secara

spontan³. Angka mortalitas maternal dengan kehamilan abdominal adalah sekitar 18-20% yang disebabkan oleh perdarahan hebat akibat lepasnya plasenta. Mortalitas kehamilan abdominal 7.7 kali lebih tinggi dari kehamilan tuba dan 89.8 kali lebih tinggi dari kehamilan intrauterin¹.

Dikarenakan jarangny kasus dan tingginya mortalitas dari kehamilan abdominal maka diagnosis dan intervensi yang awal sangatlah penting¹. Sehingga diagnosis dan tata-laksana kasus ini menjadi tantangan tersendiri terutama di daerah terpencil dimana sering terjadi kesalahan diagnosis.

Kesimpulan

Kehamilan abdominal merupakan kasus yang sangat jarang dan angka mortalitasnya sangat tinggi dikarenakan perdarahan yang hebat, keberhasilan manajemen kehamilan abdominal tergantung pada ketepatan dan kecepatan dalam mendiagnosis dimana USG berperan penting di daerah terpencil. Pendekatan multidisiplin juga diperlukan sehingga risiko perdarahan pada maternal dapat ditekan seminimal mungkin. MD

Daftar Pustaka:

1. Agarwal Nilesh MRCOG, Odejinmi Funlayo MSc FRCOG. The Obstetrician & Gynaecologist (2014):16:193 – 198
2. Cunningham et al, 2018, *Williams Obstetrics 25th Edition Volume 2, USA*: McGraw-Hill Education.
3. Dubey Sunita, Satodiya Mohit, Garg Priyanka, Rani Mamta. Primary Abdominal Pregnancy: A Case Report. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* (2016):10:4 – 6.
4. Hailu Fekade Getachew, Yihunie Getnet Tesfaye, Essa Ahmed Amdihun and Tsegay Walegn kindie. *BMC Pregnancy and Childbirth* (2017)17:243.
5. Hee Joong Lee, MD, PhD,1 Errol R. Norwitz, MD, PhD,2 Julia Shaw, MD, MBA2 *Contemporary Management of Fibroids in Pregnancy. REVIEWS IN OBSTETRICS & GYNECOLOGY* (2010):3:20 – 27
6. Mengistu1 Zelalem, Getachew Assefa and Adefris Mulat. *Journal of Medical Case Reports* (2015)9:168
7. Okafor II, Ude AC, Aderibigbe ASO, Amu OC, Udeh PE, Obianyo NEN, and Ani COC. *ABDOMINAL PREGNANCY- A CASE REPORT. Journal of The West African College of Surgeons* (2011):1:121 – 130.
8. R Bohiltea, V Radoi, C Tufan, IA Horhoianu, C Bohiltea. *Journal of Medicine and Life* (2015):8:49 – 54.

