



Tatalaksana Neoplasma Ovarium pada Kehamilan

Renny Lestari Avriyani,* Wulan Ardhana Iswari, Tiarma Uli Pardede,*** Febriansyah Darus,***
Bintari Puspitasari,*** Sanny Santana,*** Finekri Abidin,*** Judi J Endjun*****

*Residen Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, **Dokter Umum Intern Divisi Fetomaternal Departemen Obstetri dan Ginekologi RSPAD Gatot Soebroto, ***Divisi Fetomaternal Departemen Obstetri dan Ginekologi RSPAD Gatot Soebroto, Jakarta, Indonesia

ABSTRAK

Insidens massa adneksa pada kehamilan diperkirakan terjadi sebesar 0,2-2% tergantung usia kehamilan; kebanyakan bersifat jinak, hanya 1-6% yang merupakan keganasan. Massa adneksa pada kehamilan sering didiagnosis saat pemeriksaan fisik pada wanita yang bergejala, seperti nyeri abdomen/nyeri pelvik atau terdapat massa pada perabaan. Diagnosis akurat penting untuk identifikasi pasien yang benar-benar membutuhkan pembedahan. Sejak penggunaan ultrasonografi (USG) secara rutin pada kehamilan, massa adneksa lebih sering ditemukan. Tulisan ini memaparkan etiologi massa adneksa pada kehamilan, metode diagnostik pilihan, serta pilihan terapi.

Kata kunci: Diagnosis, kehamilan, massa adneksa, terapi, ultrasonografi

ABSTRACT

Overall incidence of adnexal mass in pregnancy is estimated to be 0.2-2.0% depending on gestational age; most of the adnexal masses are benign, only 1-6% of them are malignant. Adnexal masses are often diagnosed in women presenting with abdominal or pelvic pain or with palpable mass. Accurate diagnosis is necessary to identify patients who truly need surgical interventions. Routine user of ultrasound during pregnancy has resulted in detecting adnexal mass easily ever since. This review describes the etiology, diagnostic methods, and treatment options of adnexal masses in pregnancy. **Renny Lestari Avriyani, Wulan Ardhana Iswari, Tiarma Uli Pardede, Febriansyah Darus, Bintari Puspitasari, Sanny Santana, Finekri Abidin, Judi J Endjun. Management of Ovarial Neoplasm in Pregnancy**

Keywords: Adnexal mass, diagnosis, pregnancy, therapy, ultrasonography

Massa Ovarium Jinak

Pada masa pre-menopause, massa adneksa yang ditemukan secara tidak sengaja pada pemeriksaan biasanya bersifat jinak dan tidak bermakna secara klinis.⁶ Massa ovarium yang paling sering didapat pada usia premenopause adalah **kista fungsional**.⁶ Kista fungsional menyerupai kista folikuler atau korpus luteum yang dipengaruhi hormon dan memiliki morfologi USG yang berbeda. Kista folikuler memiliki dinding yang halus, tipis, dan unilokuler. Gambaran korpus luteum dapat bervariasi, dapat berupa kista simpel sampai lesi kistik kompleks dengan debris interna dan dinding yang tebal.³ Vaskularisasi yang tampak pada gambaran USG kista bervariasi tergantung pada fase siklus menstruasi dan jumlah darah. Semua jenis kista ini hilang secara spontan selama beberapa minggu atau beberapa bulan.^{2,4}

Kista dermoid adalah kista ovarium non-

fungsional yang terutama terdapat pada wanita pre-menopause.^{1,5} Terdapat tiga karakteristik gambaran USG kista dermoid (**Tabel 1**). Kista ovarium non-fungsional lainnya adalah **endometrioma**. Endometrioma dan kista dermoid adalah kista jinak, tetapi dapat memberikan gejala akibat kista pecah atau torsi. Sebagian besar neoplasma epitel ovarium bersifat jinak.⁶

Kistadenoma dijumpai pada 40-50% dari neoplasma jinak epitel adneksa, terutama kistadenoma serosa. Kebanyakan tampak sebagai kista berukuran 5-20 cm dan berdinding tipis. Mayoritas kistadenoma adalah serosum multilokuler dan 20%-nya bilateral. Sementara, kurang dari 5% dari kistadenoma musinosum adalah bilateral. Kistadenoma tidak sensitif terhadap hormon dan tidak mengecil setelah usia kehamilan 16 minggu.^{2,7}

Kehamilan dan Perubahan Massa Ovarium

Pada kehamilan, kista ovarium dapat ditemukan seperti pada populasi yang tidak hamil. Pada pasien hamil intrauteri dengan massa adneksa, sebaiknya singkirkan dulu kemungkinan adanya kehamilan ektopik terganggu karena dapat berakibat fatal.⁸ Massa ovarium lainnya adalah kista fungsional seperti korpus luteum dan kista teka-lutein. Kebanyakan kista jenis ini hilang dengan sendirinya pada kehamilan 14-16 minggu, kista lutein dapat bertahan sampai persalinan. Kista yang bertahan hingga setelah usia kehamilan 16 minggu biasanya bersifat patologis.^{2,7,9}

Endometrioma dapat mengalami perubahan gambaran selama kehamilan karena desidualisasi dinding kista akibat pengaruh tingginya progesteron selama kehamilan. Riwayat endometriosis sebelumnya mendukung diagnosis endometriosis, tetapi perlu upaya diagnostik untuk menyingkirkan



keganasan.^{2,6}

Ultrasonografi dan MRI sebagai Metode Deteksi Massa pada Ovarium

USG merupakan alat diagnostik utama untuk deteksi nyeri pelvis/abdomen dalam kehamilan karena relatif aman.⁶ USG memiliki sensitivitas dan spesifisitas tinggi untuk menilai morfologi massa pelvik, sehingga dapat membedakan massa jinak dengan keganasan^{1,10} (Tabel).

IOTA (*International Ovarian Tumor Analysis*) membuat beberapa peraturan untuk membagi beberapa gambaran USG, sehingga dapat membedakan gambaran kista jinak dengan keganasan.⁸ "Peraturan sederhana" dapat menggolongkan 75% dari keseluruhan massa ovarium.⁸ MRI dapat digunakan secara aman pada kehamilan trimester kedua dan ketiga, akan tetapi MRI dengan kontras gadolinium harus dihindari karena belum terbukti aman pada janin.⁸ MRI bermanfaat dalam melihat gambaran tiga dimensi, membedakan jaringan tulang dan otot, seperti leiomioma, endometrioma, dan massa kompleks dengan bagian padat.⁸

Tumor Marker

Peran *tumor marker* dalam diagnosis dan membedakan kista ovarium pada kehamilan sering diperdebatkan.⁶ Saat hamil, peningkatan *tumor marker* kebanyakan disebabkan perubahan fisiologi normal pada kehamilan dan adanya komplikasi obstetri (abortus, pre-eklampsia, sindroma HELLP).¹¹ CA-125 dapat membantu membedakan massa jinak dan ganas, dan dapat digunakan untuk mengevaluasi keberhasilan terapi. Akan tetapi, sel desidua dan amnion dapat juga menghasilkan CA-125 terutama pada trimester pertama dan ketiga, disebabkan oleh invasi trofoblas dan pelepasan plasenta pada trimester ketiga.⁶ *Tumor marker* berhubungan dengan tumor sel germinal (AFP dan β -HCG) dan sel granulosa (inhibin B dan AMH) juga dapat meningkat pada kehamilan normal, sehingga hanya dapat digunakan untuk pemantauan.¹²

Pembedahan saat Kehamilan (Laparotomi vs Laparoskopi)

Kista paraovarika biasanya jinak dan tidak membutuhkan intervensi dalam kehamilan.⁶ Massa adneksa asimtomatik dan berupa kista simpleks berukuran kurang dari 5 cm

Tabel. Gambaran USG massa adneksa jinak yang ditemukan pada awal kehamilan.^{1,2,5,6}

Jenis Kista		Gambaran USG	
1	Kista Fungsional	Korpus luteum	Gambaran meluas: <i>ring of fire</i> dengan pemeriksaan Doppler
		Kista folikuler	Biasanya berupa kista simpleks <10 cm, kadang disertai debris
		Kista hemoragikum	Garis bertumpuk batas tegas, gambaran padat dengan batas cekung. Doppler (-)
2	Kista Dermoid	" <i>Nodul Rokitansky</i> ", nodul hiperekoik dengan bayangan akustik di bagian belakang dengan <i>echo</i> rendah " <i>Tip of the iceberg</i> ", kista dengan ekogenisitas meningkat, mengandung sebum dan rambut, menyebabkan penyngatan bagian posterior	
3	Kistadenoma Serosum	Kista simpleks besar >5 cm Dibatasi septum tipis atau formasi papiler	
4	Kistadenoma Musinosum	Diameter >5 cm, septum multipel, aspek heterogen	
5	Endometrioma	Dinding reguler tebal, <i>echo</i> interna homogen (kista coklat) Kalsifikasi dengan bayangan akustik	
6	Leiomioma	Tidak menempel dengan ovarium	
		Dinding reguler	
		Nekrosis vaskular sentral	
7	Kista paraovarika	Kista <i>simple</i> 1-2 cm	
		Tidak menempel dengan ovarium	

biasanya hilang spontan. Pasien dengan kista asimptomatik lebih dari 5 cm, atau dengan gambaran meragukan harus dinilai ulang setelah usia kehamilan 16 minggu. Bila kista tetap ada, selanjutnya dilakukan pembedahan untuk mengangkat kista patologis tersebut. Ada risiko abortus dan kehilangan fungsi luteal dalam kehamilan bila operasi dilakukan sebelum bulan keempat, akan tetapi, bila terlambat dapat menimbulkan komplikasi seperti kista terpuntir, ruptur, perdarahan, progresivitas keganasan, dan persalinan prematur.² Penelitian retrospektif menunjukkan tatalaksana konservatif memiliki angka morbiditas dan mortalitas tinggi karena *spill* cairan kista akibat ruptur spontan.⁶

Gambar 1 menunjukkan diagram tatalaksana optimal pada massa adneksa dalam kehamilan.

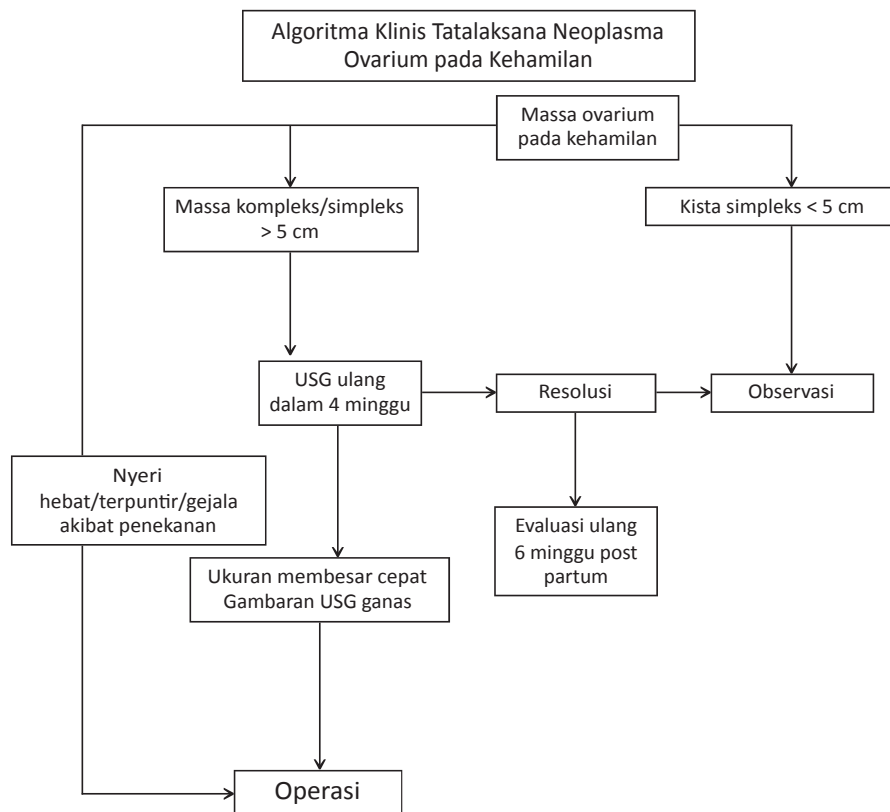
Laparotomi dengan insisi mediana dengan manipulasi uterus minimal merupakan metode pilihan. Laparoskopi aman untuk dilakukan pada usia kehamilan 16-20 minggu, berdasarkan waktu optimal visualisasi massa dengan uterus yang membesar pada kehamilan dan rendahnya kejadian persalinan prematur pada usia kehamilan tersebut.^{1,13} Posisi pasien penting diperhatikan untuk mencegah hipovolemia, hipotensi, dan hipoksemia, dengan perlahan-lahan diubah menjadi posisi *Trendelenburg*, dan mulai usia 20 minggu, menggunakan posisi miring kiri. Cara insersi trokar adalah dengan menempatkan *port* supraumbilikal untuk mencegah perforasi uterus saat insersi jarum *Veres*. Penggunaan CO₂ pada proses

pneumo-peritoneum, serta karbonmonoksida yang dihasilkan saat elektrokoagulasi tidak memiliki pengaruh buruk pada janin jika tekanan maksimum 10-13 mmHg, waktu operasi dibatasi, dan operasi dikerjakan oleh operator berpengalaman.⁶ Pemantauan ibu dan janin, pencegahan infeksi, trombotosis, dan mengetahui efek samping obat anestesi merupakan hal-hal yang harus diperhatikan dalam persiapan perioperatif pasien.^{6,13}

Tokolitik dapat bermanfaat pada operasi kista ovarium, Mathevet, dkk. (2003) melaporkan 48 kasus laparoskopi pada trimester pertama (n=17), trimester kedua (n=27), dan trimester ketiga (n=4), atas indikasi torsi ovarium, kista ruptur, atau pengangkatan massa persisten. Hasilnya menunjukkan risiko minimal pada ibu dan bayi dengan memperhatikan teknik operasi dan pengalaman ahli bedah dan tim pendukungnya.¹⁴

Kanker Ovarium Stadium Awal (Borderline dan Invasif)

Insidens keganasan massa adneksa pada kehamilan adalah 4 sampai 8 dalam 100.000 kehamilan.¹³ Kebanyakan berupa tumor non-epitelial (sel germinal dan *sex chord*) diikuti oleh tumor *borderline* dan kanker epitelial.¹⁵ Diagnosis biasanya melalui USG rutin selama kontrol kehamilan. Adanya asites, *peritoneal seeding*, atau *omental cake* menunjukkan stadium lanjut. Sepuluh persen keganasan ovarium bermetastasis ke organ lain, terutama ke saluran cerna atau payudara. Tumor biasanya merupakan tumor padat dan bilateral.² Pembedahan merupakan



Gambar. Algoritma klinis tatalaksana neoplasma ovarium pada kehamilan.⁵⁶

indikasi jika ada risiko tinggi keganasan atau komplikasi (ruptur, torsi).⁶

Berdasarkan konsensus *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO), pada kanker ovarium stadium awal, stadium I, dan II, prosedur pembedahan standar meliputi histerektomi, salpingo-ooforektomi bilateral, omentektomi, sitologi, biopsi, dan limfadenektomi.¹⁶ Untuk stadium awal, fungsi reproduksi dan kemungkinan kehamilan di masa depan harus menjadi pertimbangan. Operasi dapat meliputi pengangkatan adneksa dan *surgical staging* (sitologi, biopsi peritoneal, omentektomi, dan apendektomi pada kista musinosum). Pada tumor *borderline* unilateral,

prosedur laparoskopi dengan risiko minimum memecahkan isi tumor (*spill*) dapat dilakukan. Pada karsinoma epitelial invasif stadium Ia, fungsi reproduksi dapat dipertahankan. *Re-staging* dilakukan setelah persalinan karena penyebaran tumor ekstra-ovarium yang tersamar pada kondisi kehamilan.^{13,15} Tumor non-epitelial (*germ cell* dan tumor *sex cord stromal*) yang sering dijumpai adalah berupa massa besar, lebih dari 90% didiagnosis pada stadium Ia, dan ditatalaksana dengan reseksi dan *surgical staging*.¹⁷ Pada stadium I dan II *high grade*, dapat diberikan kemoterapi adjuvan standar (*carboplatin-paclitaxel*).

Kanker Ovarium Stadium Lanjut (*Borderline* dan Invasif)

Bila terdapat kemungkinan kanker ovarium stadium lanjut, diperlukan pemeriksaan pencitraan tambahan selain USG. Penggunaan MRI setelah trimester pertama dianggap aman dan memungkinkan untuk evaluasi penyebaran tumor yang akurat. Pada kasus stadium lanjut tumor *borderline* dilakukan biopsi pada kehamilan diikuti operasi definitif setelah persalinan. Kemoterapi tidak efektif pada kasus tumor *borderline*. Operasi pembedahan sitoreduktif pada kanker ovarium invasif stadium III tidak mungkin dilakukan pada kehamilan. Pada banyak laporan kasus, pasien lebih memilih terminasi kehamilan bila diagnosis telah ditegakkan pada trimester pertama.¹⁷ Jika pasien ingin melanjutkan kehamilan, kemoterapi neoadjuvan (*carboplatin-paclitaxel*) diberikan setelah organogenesis selesai, dan pembedahan sitoreduktif dilakukan pasca-persalinan.

SIMPULAN

Kista ovarium atau massa pada kehamilan harus dievaluasi dengan cermat untuk menentukan pilihan terapi. USG atau MRI relatif aman dilakukan dan dapat membedakan lesi jinak dan ganas. Tatalaksana konservatif (observasi) dilakukan untuk kista ovarium dengan gambaran jinak. Massa dengan sekat, bagian padat, papil, atau nodul, atau massa persisten sampai 16 minggu usia kehamilan harus dievaluasi lebih lanjut. Laparotomi atau laparoskopi dilakukan tergantung diameter tumor, usia kehamilan, dan kemampuan operator. Bila diagnosis kanker ovarium invasif, terminasi kehamilan dilakukan pada trimester awal, dilakukan kemoterapi pada trimester kedua dan ketiga. Kecurigaan ke arah keganasan memerlukan pendekatan multidisiplin dan sebaiknya pasien dirujuk ke pusat pelayanan tersier.

DAFTAR PUSTAKA

1. Hoover K, Jenkins TR. Evaluation and management of adnexal mass in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2011;205:97-102.
2. Glanc P, Salem S, Farine D. Adnexal masses in the pregnant patient: A diagnostic and management challenge. *Ultrasound Q.* 2008;24:225-40.
3. Parsons AK. Imaging the human corpus luteum. *J Ultrasound Med.* 2001;20: 811-9.
4. Chiang G, Levine D. Imaging of adnexal masses in pregnancy. *J Ultrasound Med.* 2004;23:805-19.
5. Giuntoli RL 2 nd, Vang RS, Bristow RE. Evaluation and management of adnexal masses during pregnancy. *Clin Obstet Gynecol.* 2006;49:492-505.
6. Haan JD, Verheecke M, Amant F. Management of ovarian cyst and cancer in pregnancy. *Facts Views Vis Obgyn.* 2015;7(1):25-31.
7. Hoffman MS. Differential diagnosis of the adnexal mass. In: Barbieir RL, editor. *UpToDate.* 2016.
8. Runowicz CD, Brewer M. Adnexal mass in pregnancy. In: Barbieir RL, editor. *UpToDate.* 2015.
9. Chiang G, Levine D. Imaging of adnexal masses in pregnancy. *J Ultrasound Med.* 2004;23:805-19.



10. Cohen-Herriou K, Semal-Michel S, Lucot JP, Poncelet E, Rubod C. Management of ovarian cysts during pregnancy: Lille's experience and literature review. *Gynecol Obstet Fertil.* 2013;41:67-72.
11. Han SN, Verheecke M, Vandenbroucke T, Amant F. Management of gynaecological cancers during pregnancy. *Curr Oncol Rep.* 2014;16:415.
12. Leiserowitz G. Managing ovarian masses during pregnancy. *Obstet Gynecol Surv.* 2006;61:463-70.
13. Amant F, Brepoels L, Halaska MJ, Gziri MM, Calsteren KV. Gynaecologic cancer complicating pregnancy: An overview. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2010;24:61-79.
14. Mathevet P, Nessah K, Darget D, Mellier G. Laparoscopic management of adnexal masses in pregnancy; A case series. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2003;108:217-22.
15. Morice P, Uzan C, Gouy S, Verschraegen C, Haie-Meder C. Gynaecological cancers in pregnancy. *Lancet.* 2012;379:558-69.
16. Prat J, FIGO Committee on Gynecologic Oncology. Staging classification for cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum. *Int J Gynaecol Obstet.* 2014;124:1-5.
17. Mancari R, Tomasi-Cont N, Sarno MA, Azim HA Jr, Franchi D, Carinelli S et al. Treatment options for pregnant women with ovarian tumors. *Int J Gynecol Cancer.* 2014;24:967-72.



Up date event Anda

www.kalbemed.com/Events.aspx