



Case Report

Karsinoma Ovarii Serosa pada Kehamilan dengan Komplikasi IUGR : Laporan Kasus di RSUP Dr. Kariadi Semarang

Anggiyasti Vidya Hapsari¹, Ediwibowo Ambari²,
Julian Dewantiningrum³, Ery Perdana Ushan⁴

¹Program Studi Dokter Spesialis Obstetri & Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro

²Bagian – KSM Obstetri & Ginekologi Sub Ginekologi-Onkologi Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro /
RSUP Dr. Kariadi Semarang

³Bagian – KSM Obstetri & Ginekologi Sub Fetomaternal Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro /
RSUP Dr. Kariadi Semarang

⁴Bagian Obstetri & Ginekologi Sub Ginekologi-Onkologi RSUD Banyumas

Abstrak

p-ISSN: 2301-4369 e-ISSN: 2685-7898
<https://doi.org/10.36408/mhjcm.v7i1.436>

Diajukan: 31 Januari 2019

Diterima: 05 Maret 2019

Afiliasi Penulis:

Program Studi Obstetri dan Ginekologi,
Fakultas Kedokteran,
Universitas Diponegoro
Semarang

Korespondensi Penulis:

Anggiyasti Vidya Hapsari
Jl. Dr. Sutomo No. 16, Semarang,
Jawa Tengah 50244,
Indonesia

E-mail:

anggiyastivh@gmail.com

Karsinoma ovarium merupakan keganasan ginekologi terbanyak kedua yang terjadi pada kehamilan. Dilaporkan terjadi 1:10.000 sampai 1:25.000 kehamilan. Histopatologi karsinoma ovarium jenis epitelial lebih jarang terjadi dibandingkan *germ cell tumor*.^{1,2} Kehamilan tidak mempengaruhi prognosis karsinoma ovarium, akan tetapi komplikasi yang mungkin terjadi adalah torsi tumor, ruptur dan meningkatkan kemungkinan terjadinya persalinan prematur.¹⁶ Tulisan ini melaporkan seorang wanita, 31 tahun, primigravida, hamil 34 minggu, dengan pembesaran abdomen melebihi usia kehamilan, peningkatan kadar Ca-125 darah dan massa solid ovarium sinistra disertai ascites pada pemeriksaan ultrasonografi. Pemeriksaan histopatologi jaringan tumor ovarium, uterus dan omentum menunjukkan diagnosis *low grade serous carcinoma ovarii bilateral* dengan infiltrasi hingga tuba dan omentum. Pemeriksaan rutin kehamilan dengan ultrasonografi penting dilakukan untuk skrining adanya neoplasma ovarium yang menyertai kehamilan. Penatalaksanaan hamil dengan tumor padat ovarium tergantung dari usia kehamilan. Menurut algoritme dilakukan operasi pengangkatan massa dan dilakukan *frozen section* (FS) untuk mengetahui sifat tumor jinak atau ganas pada usia kehamilan 18–22 minggu dan dilanjutkan dengan operasi lanjutan setelah kelahiran bayi.¹⁶ Pada kasus ini dengan mempertimbangkan kehamilan ini merupakan kehamilan pertama dengan tidak adanya keluhan dan secara prinsip tidak adanya perubahan anatomi untuk dapat dilakukan operasi *complete surgical staging* saat bayi dilahirkan pada usia kehamilan 34 minggu, maka dari hasil rapat medis diambil keputusan untuk dilakukan operasi *complete surgical staging* bersamaan setelah *sectio caesaria*. Prosedur operasi ini tidak mudah dilakukan dan banyak dihindari, tetapi dengan kehati-hatian dan identifikasi struktur anatomi yang baik, maka operasi berjalan lancar.

Kata kunci : karsinoma ovarium, kehamilan

Serous ovarian carcinoma in pregnancy with IUGR complication: Case report in Dr. Kariadi General Hospital, Semarang

Abstract

Ovarian carcinoma is the second most common gynaecological malignancy that occurs in pregnancy which occurred in 1: 10,000 to 1: 25,000 pregnancies. Histopathologically, Epithelial ovarian carcinoma is less common than germ cell tumors.^{1,2} Pregnancy does not affect the prognosis of ovarian carcinoma, but its complications that may occur is tumor torsion, rupture and increase risk of preterm labor.¹⁶ This paper reports a woman, 31 years old, primigravida, 34 weeks pregnancy, with abdominal enlargement beyond gestational age, increased Ca-125 levels and solid mass in left ovary, accompanied by ascites on ultrasound examination. Histopathological examination of ovarian mass, uterus and omentum showed diagnosis of bilateral low-grade serous carcinoma ovarii with infiltration to fallopian tube and omentum. Routine antenatal care by ultrasonography is important to do screening for ovarian neoplasms that accompany pregnancy. Management of pregnancy with solid ovarian tumors depend on gestational age. According to the algorithm the surgery is performed for removal of the mass and frozen section (FS) to determine the malignancy at 18-22 weeks gestation and continued with subsequent surgery after birth of a baby.¹⁶ In this case, taking into account this pregnancy is the first pregnancy in the absence of complaints and there is no anatomical change to be able to do a complete surgical staging surgery when the baby is born at age 34 weeks gestation, so the decision is to do complete surgical staging surgery after cesarean section. This surgical procedure is not easy done and avoided a lot, but with caution and identification of good anatomical structures, then the surgery could be done smoothly.

Keywords : ovarian carcinoma, pregnancy

PENDAHULUAN

Kejadian neoplasma ganas yang terjadi pada saat kehamilan saat ini cenderung meningkat kejadiannya.¹ Keganasan tersering yang menyertai kehamilan diantaranya adalah kanker payudara, kanker serviks uteri, limfoma dan melanoma.¹ Insidensi terdiagnosisnya massa intraabdomen pada saat kehamilan juga semakin meningkat seiring dengan penggunaan ultrasonografi rutin yang dilakukan saat pemeriksaan kehamilan, sehingga sering diketemukan massa di ovarium secara tidak sengaja.² Massa intraabdomen yang menyertai kehamilan dapat berupa neoplasma ovarium jinak maupun ganas. Kecurigaan ganas semakin besar jika diketemukan adanya ascites.³

Insidensi kejadian karsinoma ovarium pada kehamilan berkisar 1:1000 kehamilan, dimana 2-5% diantaranya merupakan karsinoma ovarium (1:12.500-25.000 kehamilan).⁴ Karsinoma ovarium yang terjadi selama kehamilan termasuk kejadian yang jarang terjadi, namun merupakan keganasan ginekologi pada kehamilan terbanyak kedua setelah kanker serviks.⁵ Kejadian keganasan ovarium pada kehamilan merupakan kasus yang sulit, karena semua agen kemoterapi yang digunakan pada terapi keganasan memiliki potensi teratogenik dan efek buruk jangka panjang bagi janin yang dikandungnya.^{5,6}

Kejadian karsinoma ovarium pada kehamilan di Indonesia, khususnya di Semarang, jarang dan kompleks dalam manajemen pasien sehingga mendorong penulis untuk membuat laporan kasus tentang karsinoma ovarium pada kehamilan.

LAPORAN KASUS

Seorang wanita 31 tahun dengan G1 P0 A0 datang ke poli kebidanan dan kandungan RSUP Dr. Kariadi Semarang pada Agustus 2018, merupakan rujukan dari RSUD Banyumas dengan hamil 14 minggu disertai tumor padat ovarium dan ascites masif. Pada awal massa kehamilan sejak usia kehamilan 8 minggu, pasien sudah merasakan gejala pembesaran abdomen yang tidak sesuai dengan usia kehamilannya, sehingga membuat pasien datang ke rumah sakit.

Dilakukan pemeriksaan ultrasonografi pada Agustus 2018 dengan hasil tampak janin tunggal intrauterine, taksiran berat janin 215 gram sesuai dengan kehamilan 17 minggu dengan tampak massa *hiperechoic* pada adnexa ukuran 12x10x10 cm, terdapat neovaskularisasi dan ascites yang mencurigakan keganasan. Kemudian dilakukan rapat medis dengan direncanakan operasi pengangkatan massa tumor dan *conservative surgical staging*. Akan tetapi dengan pertimbangan kehamilan ini merupakan kehamilan pertama, dimana berisiko terjadi abortus atau persalinan prematur, maka diputuskan untuk dilakukan *Sectio Caesaria* saat berat janin dianggap viable atau usia kehamilan 34 minggu.

Kemudian dilakukan evaluasi perkembangan janin dengan ultrasonografi menunjukkan adanya janin tunggal hidup intrauterin, usia kehamilan 34 minggu, dengan taksiran berat janin 1900 gram dan *oligohydramnion*, tidak terdapat kelainan letak janin dan tak tampak kelainan kongenital mayor pada janin, selain itu di adanya massa ovarium solid dextra ukuran 16x12x10 cm, disertai ascites dengan jumlah yang



Gambar 1. Pemeriksaan ultrasonografi. **A.** Menunjukkan janin hidup intrauteri tanpa kelainan letak janin
B. Tampak adanya massa ovarium solid sinistra



Gambar 2. **A.** Uterus yang telah diangkat setelah *complete surgical staging*.
B. Operasi salpingooforektomi unilateral, dilanjutkan histerektomi total, omentektomi dan *peritoneal washing*.
C. Massa ovarium solid dextra disertai cairan ascites

semakin bertambah dari sebelumnya. Kesan pemeriksaan USG janin menunjukkan *Intrauterine Growth Restriction* (IUGR) dengan *oligohydramnion*. Pada pemeriksaan darah didapatkan hasil leukositosis (14.400 / μ l), trombositosis (438.000 / μ l) dan peningkatan kadar Ca-125 (562,6 IU/ml). Pada pemeriksaan papsmear didapatkan hasil *negative for intraepithelial lesion or malignancies* (NILM) dan pemeriksaan elektrokardiografi dalam batas normal.

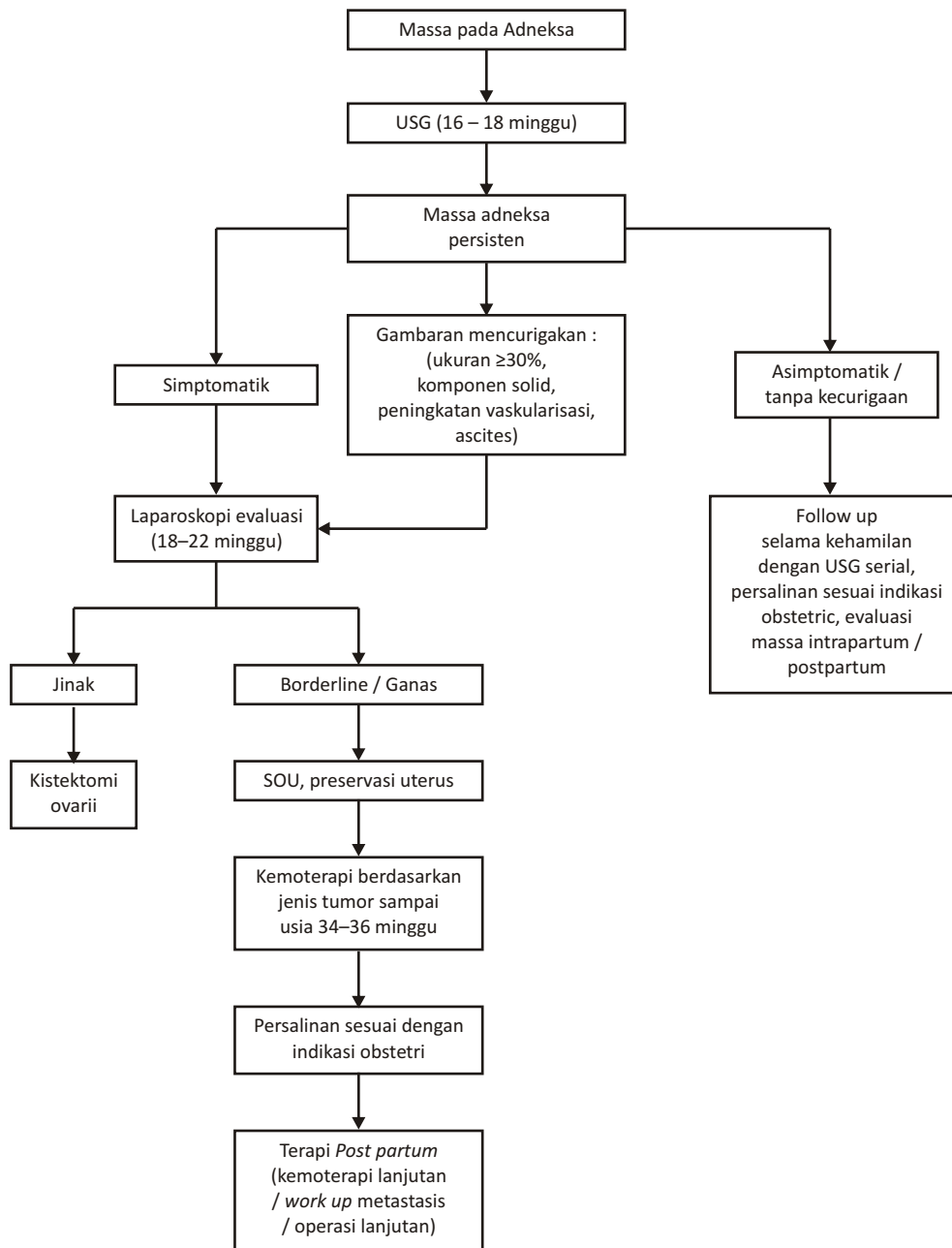
Setelah dilakukan konseling dan *informed consent* kepada pasien dan keluarga, pada usia kehamilan 34 minggu dilakukan operasi bedah sesar dilanjutkan dengan salpingooforektomi unilateral disertai *frozen section*. Durante operasi ditemukan ascites dalam jumlah banyak, dilakukan sitologi cairan ascites. Tampak uterus tertutup oleh perlengketan massa tumor dan peritoneum, sehingga dilakukan adhesiolisis dan area segmen bawah rahim tampak sulit dibebaskan, sehingga dilakukan insisi klasik (pada corpus uteri). Lahir bayi laki-laki dengan berat 1750 gram, panjang lahir 30 cm, dengan apgar score : 6-7-8 dan air ketuban jernih jumlah sedikit. Hasil salpingooforektomi dextra didapatkan massa solid ovarium sinistra ukuran 16x12x8 cm, dengan hasil *frozen section* ganas (malignant epithelial tumor).

Dengan hasil *frozen section* ganas, operasi dilanjutkan dengan *complete surgical staging* dengan prosedur histerektomi total, omentektomi dan peritoneal

washing. Hasil pemeriksaan histopatologi didapatkan hasil *low grade serous carcinoma ovarii bilateral*, disertai infiltrasi sel ganas pada tuba bilateral, omentum dan cairan ascites. Pasien ini kemudian didagnosis sebagai *low grade serous carcinoma ovarii bilateral*, FIGO stage IIIC, dan direncanakan untuk mendapatkan kemoterapi cyclophosphamide (600 mg/m² intravena selama 6 siklus) dan carboplatin (300 mg/m² intravena selama 6 siklus). Saat ini pasien dan bayinya dalam kondisi baik. Pasien dilakukan perawatan di RS selama 14 hari (26 Desember 2018 – 09 Januari 2019). Bayi dilakukan perawatan di ruang perawatan bayi risiko tinggi (PBRT) selama 6 hari (04 – 10 Januari 2019).

PEMBAHASAN

Insidensi keganasan ovarium pada kehamilan adalah 4 sampai 8 dalam 100.000 kehamilan.^{3,7} Kebanyakan keganasan ovarium pada kehamilan adalah jenis neoplasman onepitelial, yaitu *germ cell tumor* atau *sex cord-stromal tumor*, diikuti oleh *borderline tumor* dan karsinoma ovarium epitelial.^{4,8} Neoplasma ovarium ganas lebih sering dilaporkan terjadi pada pasien primigravida dan kebanyakan didiagnosis pada stadium awal.^{2,4,9} Seperti halnya pada pasien ini juga merupakan primigravida. Usia pasien karsinoma ovari dengan kehamilan biasanya lebih tua dibandingkan pasien



Gambar 3. Algoritme penatalaksanaan pasien massa ovarium dengan kehamilan

neoplasma jinak ovarii dengan kehamilan.^{2,4} Hal ini sesuai dengan pasien ini yang terdiagnosis *serous carcinoma* dan berusia 31 tahun.

Diagnosis biasanya melalui ultrasonografi rutin selama kontrol kehamilan.^{10,11} Adanya ascites, *peritoneal seeding*, atau *omental cake* menunjukkan adanya stadium lanjut.^{5,7} Tumor biasanya merupakan tumor padat dan bilateral.^{3,4} Pembedahan merupakan indikasi jika ada risiko tinggi keganasan atau komplikasi (ruptur, torsi).^{6,12} Karena sensitivitas dan spesifisitasnya yang tinggi untuk melihat gambaran morfologi massa abdominal, pemeriksaan ultrasonografi adalah alat diagnostik yang

optimal dalam kehamilan, dan juga dapat membedakan antara massa jinak dan ganas.^{6,12} Sifat ganas tumor ovarium ditunjukkan oleh beberapa karakteristik sonografi seperti ukuran, komponen solid, struktur papiler, septasi internal, batas tidak teratur, peningkatan vaskularisasi dan resistensi rendah terhadap aliran darah.^{10,11}

Kadar *tumor marker* yang tinggi juga sangat membantu dalam membedakan antara tumor jinak dan ganas.^{6,13} Karbohidrat antigen-125 (Ca-125) disekresikan oleh 80–90% dari tumor ovarium epitel, tetapi pada kehamilan penanda tumor dapat meningkat secara

normal, atau dapat mengindikasikan komplikasi lain, seperti hemolisis / peningkatan enzim hati / jumlah trombosit yang rendah (sindrom HELLP), preeklampsia, atau keguguran.^{13,14}

Algoritma manajemen pasien dengan neoplasma ovarium pada kehamilan dapat dilihat pada gambar 4.^{12,15,16} Pada pasien ini didapatkan kecurigaan keganasan karena pada pemeriksaan ultrasonografi didapatkan adanya massa solid ovarium dan ascites dengan disertai peningkatan kadar Ca 125. Menurut algoritme, dilakukan Laparotomi untuk diagnostik usia kehamilan 18–22 minggu. Akan tetapi tidak dilakukan karena tidak sesuai dengan panduan praktek klinik (PPK) penegakan diagnosis massa ovarium di RSUD Dr. Kariadi. Sedangkan tidak dilakukan salpingooforektomi unilateral dan *frozen section* pada usia kehamilan 18–22 minggu dikarenakan kehamilan ini merupakan kehamilan pertama, berisiko untuk terjadi persalinan prematur.

Setelah dilakukan rapat medis dengan pertimbangan kehamilan pasien ini adalah kehamilan pertama, klinis pasien tidak menunjukkan keluhan, dan secara prinsip anatomi pada saat hamil trimester 3 tidak terjadi perubahan, sehingga tetap aman dilakukan *complete surgical staging*, diputuskan untuk dilakukan *sectio caesarean transprofunda*, setelah bayi lahir kemudian dilanjutkan salpingooforektomi unilateral dan *frozen section* (FS) dan dilanjutkan dengan *complete surgical staging* (jika hasil FS ganas) pada usia kehamilan 34 minggu. diputuskan untuk dilakukan tindakan tersebut pada usia kehamilan 34 minggu dengan pertimbangan bayi sudah cukup viable untuk dilahirkan dan mencegah terjadinya kondisi kegawatan seperti torsi massa ovarium. Saat dilakukan *sectio caesaria*, lahir bayi dengan BBL: 1750 gram yang menunjukkan bayi mengalami *Intrauterine Growth Restriction* (IUGR). Hal ini terjadi karena adanya proses keganasan pada indung telur ibu yang mempengaruhi perkembangan janin. Setelah diberikan injeksi dexamethason sebagai pematangan paru, kelahiran janin dengan hamil 34 minggu ini baik yang terbukti dengan apgar score baik dan bayi dapat pulang setelah perawatan 6 hari.

Untuk massa pada ovarium, didapatkan hasil pemeriksaan histopatologi dengan hasil *low grade serous carcinoma ovarii bilateral* dengan infiltrasi sel ganas hingga ke tuba, omentum dan cairan ascites (FIGO stage IIIC), sehingga pasien ini akan mendapatkan tatalaksana sesuai dengan tatalaksana pasien karsinoma ovarium epitelial stadium lanjut saat *post partum*, yakni akan diberikan kemoterapi. Pada kasus ini dapat kita tarik kesimpulan bahwa setiap kasus kehamilan dengan massa ovarium memiliki pertimbangan tersendiri untuk penatalaksanaan terbaik. Kasus ini dapat menjadi contoh bahwa pada kehamilan dengan massa ovarium tanpa

keluhan dan bisa mencapai usia kehamilan dimana janin dianggap *viable* untuk dilahirkan maka operasi *sectio caesaria* dilanjutkan dengan *complete surgical staging* pada hasil FS ganas adalah hal yang tidak mustahil dilakukan dan meminimalisir pasien dilakukan operasi dua kali.

DAFTAR PUSTAKA

1. Morice P, Uzan C, Gouy S, Verschraegen C, Haie-meder C, Roussy IG. Malignancies in Pregnancy 1 : Gynaecological cancers in pregnancy. *Lancet*. 2012;379(9815):558–569. doi:10.1016/S0140-6736(11)60829-5.
2. Nick BAM, Schmeler K. Adnexal Masses in Pregnancy. *Perinatology*. 2010;1:13–19.
3. Barut A, Arian I, Barut F, Harma M, Harma MI, Payasli B. Ovarian cancer during pregnancy. *J Pak Med Assoc*. 2011;61(9):4–6.
4. Karatayl R, Yaz F, Acar A, Çelik Ç, Çapar M. Ovarian cancer during pregnancy. *Int J Gynecol Obstet*. 2011;115:140–143. doi:10.1016/j.ijgo.2011.05.025.
5. Skrzypczyk-ostasiewicz A, Rubach M. Gynaecological cancers coexisting with pregnancy – a literature review. *Contemp Oncol (Pozn)*. 2016;20(3):193–198. doi:10.5114/wo.2016.61559.
6. Han SN, Verheek M. Management of Gynecological Cancers During Pregnancy. *Curr Oncol Rep*. 2014;16(415):1–10. doi:10.1007/s11912-014-0415-z.
7. Boussios S, Moschetta M, Tatsi K, Tsiouris AK, Pavlidis N. A review on pregnancy complicated by ovarian epithelial and non-epithelial malignant tumors : Diagnostic and therapeutic perspectives. *J Adv Res*. 2018;12:1–9. doi:10.1016/j.jare.2018.02.006.
8. Roy P, Biswas B, Kumar RM. Epithelial Ovarian Cancer in Pregnancy : Report of Two Cases. *Int J Sci c Study*. 2014;2(7):258–261.
9. Hummeida ME, Hamad K, Fatah A, Gadir A, Ali AA, Medicine F. Ovarian cancer during pregnancy : a case report and literature review. *Clin Pract*. 2015;5(727):32–34. doi:10.4081/cp.2015.727.
10. Cavaco-gomes J, Moreira CJ, Rocha A, Mota R, Paiva V, Costa A. Investigation and Management of Adnexal Masses in Pregnancy. *Scientific*. 2016;1–9. doi:10.1155/2016/3012802.
11. Haan J De, Vandecaveye V, Han SN, Amant F. Difficulties with diagnosis of malignancies in pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2015;1–14. doi:10.1016/j.bpobgyn.2015.10.005.
12. Peccatori FA, Jr HAA, Orecchia R, et al. clinical practice guidelines Cancer , pregnancy and fertility : ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis , treatment and follow-up † clinical practice guidelines. *Ann of Oncology*. 2013;24(6):60–70. doi:10.1093/annonc/mdt199.
13. Trends NEW, Clinical IN. Therapeutic management of epithelial ovarian cancer during pregnancy. *Clin Transl Oncol*. 2013;15:259–264. doi:10.1007/s12094-012-0963-3.
14. County Z, Rafael S. Extremely large epithelial ovarian cancer associated with pregnancy : A case report. *Mol Clin Oncol*. 2018;8:103–106. doi:10.3892/mco.2017.1501.
15. Steffensen KD, Lok C, Calsteren K Van, Gziri MM, Kesic V, Berveiller P. Gynecologic Cancers in Pregnancy Guidelines of a Second International Consensus Meeting. *Int J Gynecol Cancer*. 2014;24(3):394–403.
16. C Disaia, Mannel, Mcmeekin, Mutch. Clinical Gynecologic Oncology. 9th edition. Elsevier. 2018. Philadelphia