

A RARE CASE OF OVARIAN ECTOPIC PREGNANCY WITH IUD IN SITU: A CASE REPORT

Sofie Devianti Wahyudi¹, Rusnaidi², Hasanuddin³, Sarah Ika⁴

Universitas Syiah Kuala

Email: sofibw@yahoo.com¹

ABSTRAK

Latar belakang: Kehamilan ektopik didefinisikan sebagai implantasi sel telur di luar rahim. Komplikasi perdarahan yang melekat pada implantasi ektopik ini dapat mengancam jiwa. Kasus: Seorang wanita berusia 28 tahun datang dengan nyeri di perut bagian bawah dirasakan sejak 2 hari. Keluhan keluar darah dari vagina juga dirasakan sejak 1 minggu. Keluhan ini dirasakan pertama kali. Pasien mengaku hamil 2 bulan. Pasien menggunakan Kontrasepsi IUD (Intra Uterine Device) sejak 7 bulan. Pemeriksaan fisik dan penunjang menunjukkan kecurigaan terhadap kehamilan ektopik di ovarium. Operasi laparotomi darurat dilakukan. Pasien diobservasi selama dua hari pasca operasi dengan hasil yang luar biasa. Kesimpulan: Kehamilan ektopik jarang terjadi dan menimbulkan tantangan diagnostik bagi dokter karena terjadi di tempat di luar rongga rahim, namun biasanya di tempat yang berdekatan. Tingkat keparahan patologi ini terletak pada komplikasi hemoragiknya. Penatalaksanaan kehamilan ektopik telah berubah selama 20 tahun terakhir karena beberapa perkembangan penting. Pasien yang menjalani perawatan laparoskopi pada kehamilan ektopik umumnya memerlukan rawat inap kurang dari dua hari, seperti yang ditunjukkan dalam kasus ini. Pendekatan baru seperti bedah laparoskopi dapat memberikan hasil yang lebih baik, masa rawat inap yang lebih singkat, dan perbaikan yang lebih cepat.

Kata Kunci: Kehamilan Ektopik, Kehamilan Ovarium, IUD, Laparotomi, Laparoskopi.

PENDAHULUAN

Kehamilan ektopik didefinisikan sebagai implantasi jaringan trofoblas di luar endometrium uterus dengan perkiraan kejadian 1,5% hingga 2% di antara seluruh kehamilan. Ini adalah kondisi yang sangat berisiko dan mungkin mengancam nyawa, dan merupakan salah satu penyebab paling umum pada ibu kematian pada trimester pertama kehamilan. Lokasi implantasi paling sering terjadinya kehamilan ektopik adalah di tuba, dengan kejadian 95% hingga 97%. Lokasi lainnya bisa berasal dari non-tuba yaitu serviks, ovarium, peritoneum, dan bekas operasi Caesar.¹

Kehamilan ektopik ovarium merupakan kejadian yang sangat langka, dengan perkiraan kejadian 1/7000-1/40.000 kelahiran hidup dan 0,5-3% dari seluruh kehamilan ektopik. Ovarium ektopik didiagnosis menggunakan kriteria Spielberg yaitu sebagai berikut: tuba falopi utuh pada sisi yang terkena; kantung janin harus menempati posisi ovarium di atas sisi yang terkena; ovarium terhubung ke rahim melalui ligamen ovarium; jaringan ovarium harus terletak di dinding kantung, dikonfirmasi oleh histopatologi.^{1,2}

Kehamilan ektopik ovarium adalah kondisi yang ditandai dengan gejala pendarahan yang signifikan, sehingga menimbulkan risiko yang mengancam jiwa. Gambaran klinisnya sulit dibedakan dengan ruptur kehamilan di tuba atau ruptur korpus luteum ovarium. Kurangnya manifestasi pra operasi yang khas membuat diagnosis definitif kehamilan ektopik ovarium menjadi sangat sulit.³

Kontrasepsi Intrauterine Device (IUD) menyebabkan peradangan ringan pada rahim, saluran tuba di dekatnya, dan hambatan dalam pengangkutan sel telur. Kecurigaan kehamilan ektopik ovarium harus dipertimbangkan pada wanita pengguna IUD dengan nyeri perut, pendarahan vagina, dan hasil plano test positif.

Copper T merupakan salah satu jenis alat kontrasepsi dalam rahim (IUD) yang memiliki tingkat kegagalan kontrasepsi sebesar 0,6% dengan penggunaan sempurna dan 0,8% dengan penggunaan biasa. Beberapa faktor risiko kehamilan ektopik telah teridentifikasi antara lain riwayat kehamilan ektopik sebelumnya, riwayat operasi tuba, merokok, dan penggunaan IUD. Wanita dengan riwayat penggunaan IUD di masa lalu memiliki risiko 16,27 kali lebih besar mengalami kehamilan ektopik dibandingkan wanita yang tidak menggunakan kontrasepsi. Untuk setiap 1000 kelahiran hidup, sekitar 12 kunjungan ke Unit Gawat Darurat di Amerika Serikat disebabkan oleh kehamilan ektopik.

Kehamilan ektopik ovarium, yang terjadi ketika sel telur yang telah dibuahi terperangkap di dalam ovarium, merupakan sekitar 3 % dari seluruh kehamilan ektopik.. Kami melaporkan kasus seorang wanita yang memakai IUD in situ dengan kehamilan ektopik ovariumnya yang pecah.

Oleh karena itu, kami menyajikan kasus klinis terbaru dari kehamilan ektopik ovarium dengan penggunaan IUD di Rumah Sakit Zainoel Abidin Banda Aceh bertujuan untuk meningkatkan pemahaman kita tentang karakteristik klinis kehamilan ektopik ovarium.³

HASIL DAN PEMBAHASAN

Laporan Kasus

Seorang wanita berusia 28 tahun, G2P1A0 hamil 8 minggu dengan keluhan nyeri di perut bagian bawah dirasakan sejak 2 hari. Keluhan keluar darah dari vagina juga dirasakan sejak 1 minggu. Pasien sudah melakukan pemeriksaan Plano test dirumah dengan hasil positif.

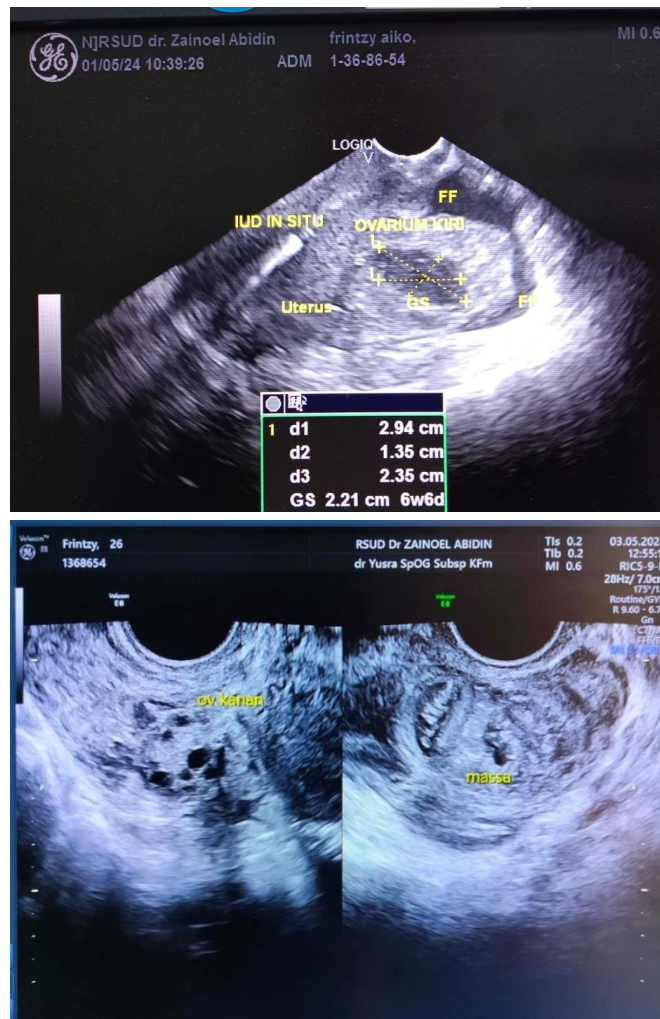
Keluhan perdarahan dirasakan semakin sering tanpa disertai keluar jaringan dari jalan lahir. Keluhan ini dirasakan pasien pertama kali. Pasien menggunakan Kontrasepsi Dalam Rahin sejak 7 bulan. Beliau juga sering mengeluhkan nyeri pinggang dan keluhan keputihan dirasakan. Buang air kecil dan buang air besar normal.

Pada pemeriksaan fisik pasien dalam keadaan *compos mentis*, TD 90/60 mmHg, HR: 98 x/i, RR: 20x/i, Temp 36,1 C, SpO2 98%

Pada pemeriksaan fisik generalisata wajah tampak pucat, terdapat nyeri tekan pada fosa iliaka kiri. Pada pemeriksaan fisik genitalia, Porsio tertutup, Rongga Uterus tidak menonjol, terdapat nyeri tekan pada adneksa kiri dan nyeri goyang serviks, Cavum Douglas menonjol, dan *slinger pain* positif

Pada pemeriksaan Ultrasonografi Transvaginal dilakukan dan menunjukkan uterus dalam ukuran dan bentuk normal, tidak tampak kantung kehamilan intrauterine, tampak IUD (*Intrauterine device*) insitu, Tampak massa echogenic ukuran 3,1 x 3 cm dan kantung kehamilan adneksa kiri terlihat tanpa fetal pole, dan Cairan Bebas positif, dan diduga kehamilan ektopik terganggu.

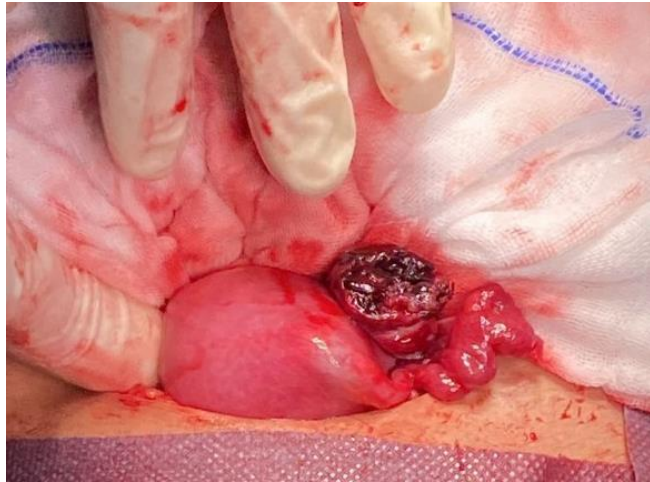
Hasil laboratorium kadar B-HCG 4811 mIU/mL, hasil pemeriksaan Hemoglobin serial menunjukkan Hemoglobin : 10,1/ 9,8 / 9,7 g/dL, faktor koagulasi, fungsi hati dan ginjal dalam batas normal.



Gambar 1. Gambaran pemeriksaan Ultrasonografi terdapat IUD in situ

Pasien direncanakan untuk laparotomi eksplorasi darurat. saat intraoperatif didapatkan hemiperitoneum 200 cc, tampak ovarium kiri membesar dengan Sebagian sudah ruptur dengan banyak bekuan darah, tampak tuba kiri dalam batas normal, kesan kehamilan ektopik ovarium kiri. Pada eksplorasi tuba falopii kanan dan ovarium kanan tidak tampak membesar. Tidak tampak perlengketan antara tuba falopii kiri dan ovarium kiri. Diputuskan dilakukan parsial ooforectomy, bekuan darah di sekitarnya dibersihkan dengan hati-hati. Luka pada ovarium diirigasi berulang kali, memastikan tidak adanya sisa jaringan kehamilan. Jaringan yang sudah di ambil dibawa ke laboratorium patologi anatomi.

Setelah operasi pasien diberikan 2 gram ceftriaxone setiap hari, 500 mg asam traneksamat setiap 8 jam, dan Natrium Diklofenak setiap 8 jam. Pasien dipulangkan dua hari pasca operasi dengan perbaikan yang signifikan. Hasil pemeriksaan patologi anatomi ovarium kiri pada jaringan ini didapatkan korpus lutein dengan inti bulat basofilik, kromatin halus, sitoplasma eosinofilik bergranul, menunjukkan stroma ovarium dengan jaringan vili yang belum matang, terdiri dari sitotrofoblas dan sinsitiotrofoblas yang dikelilingi oleh bekuan darah. Kesan dari hasil pemeriksaan ini adalah kehamilan ektopik ovarium.



Gambar 2.

Gambaran lapangan operasi pada prosedur laparotomi, tampak ovarium kiri pecah



Gambar 3. Jaringan konsepsi dengan ovarium kiri

Diskusi

Kehamilan ektopik ovarium jarang terjadi dan dapat dikaitkan dengan tingginya angka morbiditas dan mortalitas pada wanita usia subur. Kehamilan ektopik ovarium (masih merupakan dilema diagnostik. Sulit untuk membuat diagnosis bahkan selama operasi.

Sekitar satu abad yang lalu, Spiegelberg telah mendefinisikan empat kriteria diagnosis kehamilan ektopik ovarium primer yaitu; (a) tuba pada sisi yang terkena harus normal, (b) kantung kehamilan harus menempati tempat biasa ovarium, (c) harus terhubung ke rahim melalui ligamen utero-ovarium, (d) jaringan ovarium yang jelas harus terlihat secara histologis di dinding kantung kehamilan. Gambaran klinis yang paling umum pada pasien dengan kehamilan ektopik ovarium adalah amenore, nyeri perut dan pendarahan pervaginam. ektopik ovarium kehamilan dikaitkan dengan faktor risiko seperti teknologi reproduksi buatan (ART), alat kontrasepsi dalam rahim (IUCD), Endometriosis dan penyakit radang panggul (PID).

Sensitivitas Sonografi Transvaginal (TVS) adalah lebih dari 90% dalam diagnosis kehamilan ektopik. Sekarang modalitas pencitraan pilihan. Diagnosanya adalah berdasarkan pada visualisasi massa ektopik daripada ketidakmampuan untuk memvisualisasikan intrauterin kehamilan. Kriteria sonografi khusus telah ditetapkan diuraikan untuk diagnosis tuba dan non tuba kehamilan. Dalam sebuah penelitian terhadap 25 kasus kehamilan di ovarium, temuan paling signifikan adalah ketidakmampuan untuk membedakan kehamilan

ovarium dari ovarium hemoragik atau pecahnya korpus luteum. Hal tersebut dua kali lebih mungkin untuk didiagnosis pada operasi atau setelah diagnosis patologis. Usia status pasien dan kesuburan memandu dokter dalam menentukan pilihan pengobatan. Di era sekarang, pendekatan pengobatan yang paling umum adalah laparoskopi. Namun, dalam kasus kami dilakukan dengan cara laparotomi dikarenakan sudah tampak cairan bebas pada rongga douglas.

Etoposide atau methotrexate telah dilaporkan sebagai pilihan pengobatan medis pada periode pasca operasi jika tingkat beta HCG (tingkat normal kurang dari 25IU pada wanita tidak hamil) tetap tinggi, menunjukkan penyakit trofoblas persisten. Ada kemungkinan kekambuhan kehamilan ektopik pada 15% kasus, apapun modalitas pengobatannya.

KESIMPULAN

Kehamilan ektopik dikaitkan dengan angka kematian yang signifikan karena komplikasi hemoragiknya. Diagnosis harus ditegakkan sejak dini setelah tanda dan gejala terlihat jelas karena diagnosis dini adalah kunci keberhasilan terapi. Pendekatan baru seperti bedah laparoskopi dapat memberikan hasil yang lebih baik, masa rawat inap yang lebih singkat, dan perbaikan yang lebih cepat.

DAFTAR PUSTAKA

- Amani, Dieudonné Sengeyi Mushengezi, et al. "Cervical Pregnancy in a Primigravida Patient without Risk Factors: A Case Report." *Open Journal of Obstetrics and Gynecology* 10.06 (2020): 770.
- Bouab M, Touimi AB, Jalal M, et al. Diagnosis and management of ectopic ovarian pregnancy: a rare case report. *Int J Surg Case Rep* 2022;91: 106742.
- Kavitha, V. "Primary ovarian pregnancy-in primigravida." *University Journal of Surgery and Surgical Specialities* 7.1 (2021).
- Panda, Subrat, et al. "Case report of a primary ovarian pregnancy in a primigravida." *Journal of Human Reproductive Sciences* 2.2 (2009): 90-92.
- Prabhala S, Erukkambattu J, Dogiparthi A, Kumar P, Tanikella R. Ruptured ovarian pregnancy in a primigravida. *Int J Appl Basic Med Res*. 2015 May-Aug;5(2):151-3. doi: 10.4103/2229-516X.157175. PMID: 26097828; PMCID: PMC4456894.
- Rajayohan, T., M. D. Gunasekara, and A. Sithambarapillai. "An interstitial ectopic pregnancy managed with laparoscopic cornual resection." *Sri Lanka Journal of Obstetrics and Gynaecology* 43.3 (2021).
- Ren F, Liu G, Wang T, et al. Unruptured ovarian ectopic pregnancy: Two case reports and literature review. *Front Physiol* 2022;13: 1036365.
- Singh, Parul, et al. "Laparoscopy: An emerging modality of management of ectopic pregnancy in a low resource setting."
- Spiegelberg O. Zur Casuistik der Ovarialschwangerschaft. *Archiv für Gynäkologie* 1878;13: 73-9.
- Sudha, V. S., and Delphine Rose Thangaraj. "A retrospective study on ectopic pregnancy: a two year study." *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology* 5.12 (2016): 4365-4369.
- Zoukar O, Zouari I, Jemaa Y, et al. Ovarian pregnancy case study and literature review. *Pan Afr Med J* 2021;40 :208.