

Haruskah Plasenta Perkreta disertai Lakuna *Bizarre*?

Dwiyansari Yusuf,* Oni Khonsa,** Tri Apriliawan,**
Yuyun Lisnawati**

*Departemen Obstetri dan Ginekologi, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
**SMF Kebidanan dan Penyakit Kandungan, RSUP Persahabatan - Fakultas Kedokteran
Universitas Indonesia

Abstrak

Latar belakang: Plasenta perkreta merupakan salah satu kondisi mengancam nyawa yang membutuhkan tatalaksana secara multidisiplin. Angka kejadian plasenta perkreta semakin meningkat seiring dengan meningkatnya kejadian seksio sesarea. Diagnosis saat antenatal merupakan titik penting untuk mencegah morbiditas serta mortalitas pada ibu dan bayi. Ultrasonografi (USG) merupakan salah satu modalitas yang relatif lebih murah dan mudah, untuk penegakan diagnosis plasenta perkreta.

Tujuan: Mengidentifikasi kriteria ultrasonografi yang optimal untuk diagnosis plasenta perkreta.

Metode: Kami mengikuti 2 kasus, yang melakukan antenatal care (ANC). Kedua pasien kemudian dilakukan pemeriksaan USG sesuai dengan metode placenta accrete index (PAI). Temuan penilaian USG ini kemudian dibandingkan dengan temuan klinis intraoperatif dan gambaran histologi.

Hasil: Dari dua kasus, kami tidak menemukan adanya lakuna *Bizarre*, melainkan ditemukan lapisan miometrium retroplasenta yang tipis disertai dengan hilangnya clear zone. Penemuan pada ultrasonografi ini sesuai dengan temuan intraoperatif dan gambaran histologi, dimana gambaran plasenta perkreta jelas terlihat.

Kesimpulan: Berbeda dengan penilaian pada PAI, dimana adanya lakuna merupakan faktor prediksi terbesar terjadinya plasenta adhesiva, pada kedua kasus ini, lapisan miometrium retroplasenta yang tipis disertai clear zone yang menghilang, walau tidak ditemukan lakuna, cukup dapat menggambarkan plasenta perkreta.

Kata Kunci: Miometrium, plasenta perkreta, ultrasonografi.

Should Placenta Percreta be accompanied by Lakuna Bizarre?

Dwiyanarsi Yusuf,* Oni Khonsa,** Tri Apriliawan,** Yuyun Lisnawati**

*Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, University of Indonesia

**Midwifery and Obstetrics SMF, Persahabatan Hospital - Faculty of Medicine, University of Indonesia

Abstract

Background: Placenta percreta is a life-threatening condition that requires multidisciplinary management. The incidence of placenta percreta increases with increasing incidence of cesarean section. Antenatal diagnosis is an important point to prevent morbidity and mortality in both mother and baby. Ultrasonography (USG) is one of the relatively cheaper and easier modalities for diagnosing placenta percreta.

Objective: To identify the optimal ultrasonographic criteria for the diagnosis of placenta percreta.

Methods: We followed 2 cases, which performed antenatal care (ANC). Both patients then performed an ultrasound examination according to the placenta accrete index (PAI) method. The ultrasound assessment findings are then compared with intraoperative clinical findings and histological features.

Results: From two cases, we did not find any Bizarre lacuna, but a thin retroplacental myometrial layer was found accompanied by loss of clear zone. The findings on ultrasonography are in accordance with intraoperative findings and histological features, where the appearance of the placenta percreta is clearly visible.

Conclusion: It is different from the assessment of PAI, where the presence of lacuna is the biggest predictive factor for placenta adhesiva, in both cases, a thin myometrial layer of retroplacenta accompanied by a clear clear zone, although no lacuna was found, sufficiently describe the placenta percreta

Keywords: Myometrium, placenta percreta, ultrasonography.

Pendahuluan

Plasenta adhesiva merupakan suatu kondisi dimana seluruh atau sebagian dari plasenta menginvasi atau melekat pada dinding uterus.¹ Berdasarkan histopatologi, kelainan pada plasenta ini terbagi menjadi 3 yaitu: ^{1,2} Plasenta Akreta, merupakan kondisi dimana vili korionik menempel pada dinding uterus. Plasenta Inkreta, merupakan kondisi dimana vili korionik menginvasi sampai miometrium. Plasenta Percreta, merupakan kondisi dimana vili korionik menembus sampai lapisan serosa dari uterus dan kadang-kadang menempel pada organ seperti kantung kemih.

Seiring dengan meningkatnya jumlah tindakan seksio sesaria, kejadian plasenta adhesiva juga meningkat, karena faktor risiko tersering penyebab plasenta adhesiva adalah skar uterus.^{3,4}

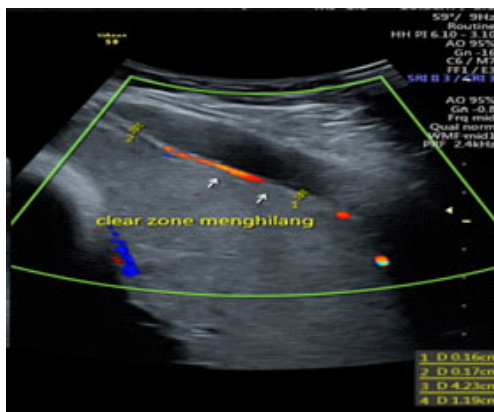
Diagnosis tepat pada kondisi plasenta adhesiva merupakan faktor penting dimana dapat memberikan kesempatan pada klinisi untuk merencanakan metode persalinan yang terbaik sehingga kehilangan darah dan komplikasi lainnya dapat dicegah. Pemeriksaan ultrasonografi merupakan metode diagnostik yang dapat diandalkan untuk mendiagnosis plasenta adhesiva. Martha *et al* merumuskan indeks plasenta akreta terdiri dari riwayat operasi sesar, adanya lakuna, miometrium yang tipis, plasenta previa yang berada di anterior serta bridging vessels.⁵ Adanya temuan lakuna derajat 3 akan meningkatkan 10,8 kali kemungkinan kejadian plasenta akreta dibandingkan tanpa adanya lakuna, sedangkan miometrium yang tipis mempunyai hanya meningkatkan 1 kali kemungkinan kejadian akreta.

Berbeda dengan indeks plasenta akreta, pada 2 kasus percreta berikut, kami menemukan

bahwa miometrium tipis tampak dominan disertai dengan hilangnya *clear zone*, satu kasus tidak tampak lakuna sedangkan kasus lainnya hanya lakuna kecil.

Ilustrasi Kasus Kasus 1

Pasien 41 tahun, Gravida 3 Paritas 2, datang ke RSUP Persahabatan dengan rujukan plasenta akreta. Pasien pertama kali datang saat usia kehamilan 30 minggu. Pasien mempunyai riwayat operasi sesar sebanyak 2 kali. Pasien tidak mengeluh adanya kontraksi, flek-flek maupun perdarahan selama kehamilan. Pasien juga tidak ada keluhan dengan buang air kecil. Pemeriksaan USG serial di trimester 3 menjelang pengakhiran kehamilan didapatkan berat janin normal, janin tidak tampak kelainan dan plasenta berimplantasi di korpus posterior bawah meluas ke anterior, dominasi plasenta ke lateral kiri, menutupi ostium uterus interna (OUI) dan plasenta tampak *protruding*. Miometrium sepanjang retroplasenta anterior tampak tipis (1,6-1,7 mm), (gambar 1) dengan *clear zone* yang menghilang sampai perbatasan plasenta dengan vesika urinaria (VU). Miometrium pada sisi lateral kiri juga tipis (1,3 – 2 mm). Pada kasus ini tidak tampak lakuna intraplasenta (Gambar 2-5). Tindakan operasi seksio sesarea (SC) dilanjutkan histerektomi (HT) dilakukan pada usia kehamilan 35-36 minggu.



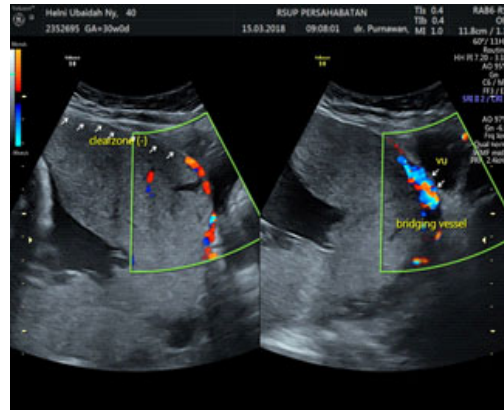
Gambar 1. USG 35 minggu. Miometrium sepanjang retroplasenta anterior yang tipis

Intraoperatif

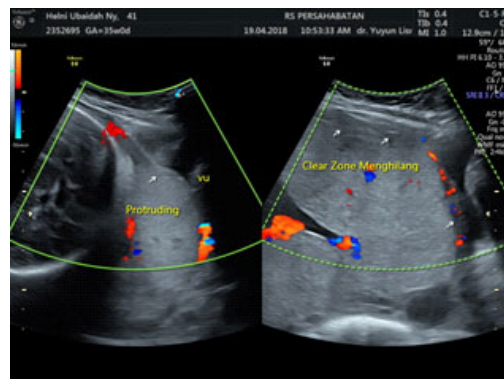
Penemuan intraoperatif didapatkan pada segmen bawah uterus (SBU) anterior tampak penonjolan plasenta (warna kebiruan) ditutupi lapisan serosa yang tipis, dicurigai sebagai plasenta perkreta. (Gambar 6)

Bayi lahir melalui insisi di korpus anterior dengan berat 2800 gram dan *apgar score*

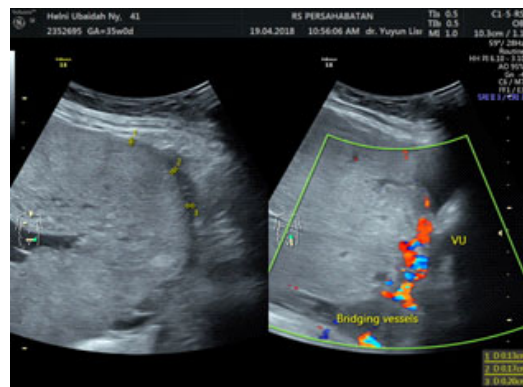
8/9. Plasenta ditinggalkan. Pada eksplorasi tampak plasenta menutupi SBU membentuk seperti mangkok, sedikit dominan ke lateral kiri. Tampak lapisan miometrium yang sangat tipis (gambar 7), mungkin hanya tinggal lapisan serosa, sampai ke lateral dan posterior.



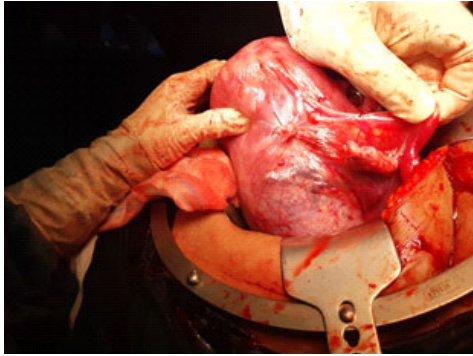
Gambar 2. USG 30 minggu. *Clear zone* menghilang disertai miometrium yang sangat tipis, tampak *Bridging vessel* di perbatasan plasenta. SBU dengan vesika urinaria (VU).



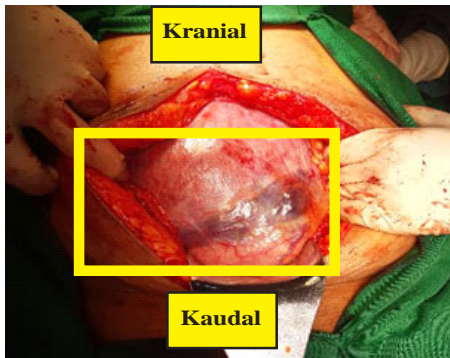
Gambar 3. Gambar USG 35 minggu. *Clear zone* menghilang dari anterior sampai perbatasan dengan Vesika urinaria disertai myometrium yang sangat tipis. Tampak *Protuding* plasenta ke dinding vesika urinaria.



Gambar 4. Temuan USG 35 minggu. tampak miometrium sangat tipis 1,3 mm di sisi lateral kiri, *bridging vessel* di perbatasan dengan VU bagian posterior.

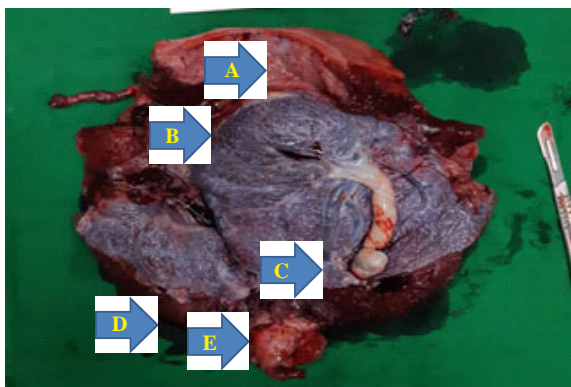


Gambar 5. Temuan intraoperatif. Sisi lateral uterus dengan myometrium yang tipis.



Gambar 6. Protuding plasenta. Plasenta (warna kebiruan) tampak menonjol di segmen bawah uterus.

Tipisnya lapisan uterus retroplasenta sesuai dengan gambaran ultrasonografi. Tipisnya miometrium retroplasenta berisiko terjadi ruptur spontan oleh invasi plasenta, menyebabkan perdarahan masif yang membahayakan ibu dan janin.



Gambar 7. Uterus yang dibelah, tampak plasenta mengisi kavum uteri distal (SBU). (A) Luka insisi, (B) Kavum uteri proksimal, (C) Plasenta yang melekat ke posterior, (D) Plasenta yang melekat ke anterior, (E) Portio.

Pada kasus ini diputuskan dilakukan histerektomi total. Saat dilakukan pemisahan antara uterus dan vesika urinaria didapatkan cedera pada dom vesika sampai kavum

terbuka. Vesika dapat dipisahkan dari uterus. Luka vesika dijahit aproksimasi dan dipasang kateter menetap 2 minggu. Perdarahan 1500 ml, pasien rawat ICU 1 hari, selanjutnya pulang dengan kondisi baik setelah perawatan 3 hari di ruangan.



Gambar 8. Lapisan myometrium sangat tipis, mungkin hanya lapisan serosa.

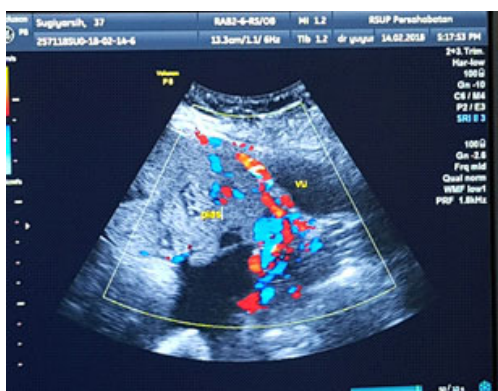
Pada pemeriksaan patologi anatomi didapatkan jaringan plasenta telah menginvasi sampai menembus dinding uterus, vili korialis melekat ke dinding uterus tanpa jaringan desidua gravidarum. Gambaran ini sesuai dengan plasenta perkreta.

Kasus 2

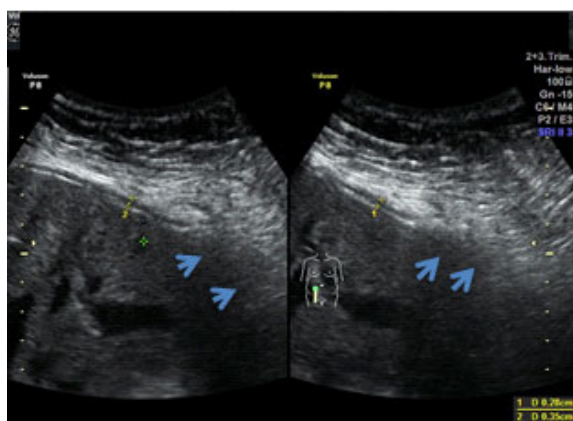
Pasien 37 tahun, Gravida 3 Paritas 2 hamil 34 minggu, obesitas morbid (TB 150 cm, BB sebelum kehamilan 95 kg, IMT 42,2 kg/m²), datang ke RSUP Persahabatan pada sore hari sekitar jam 17.00 dengan keterangan dari pasien plasenta lengket. Pasien rutin melakukan pemeriksaan kehamilan di Puskesmas sebanyak 4 kali, dikatakan kehamilan dalam kondisi baik. Pernah dilakukan USG pada kehamilan 32 minggu di RS lain, dikatakan plasenta previa totalis dan sebagian miometrium *junction* (*clear zone*) menghilang sesuai dengan akreta.

Pasien datang ke igd kamar bersalin RS Persahabatan pada usia kehamilan 34 minggu. Hemodinamik stabil dan tidak ada kontraksi maupun nyeri abdomen, dengan denyut jantung janin (DJJ) 144 kali/menit dan pada vagina tidak ditemukan adanya perdarahan pervaginam. Pada pemeriksaan USG didapatkan janin tunggal hidup intrauterin, sesuai kehamilan 34 minggu dengan plasenta letak rendah di korpus kanan, meluas sampai segmen bawah uterus (SBU), tidak menutupi ostium uteri, hipervaskularisasi disekitar vesika urinaria (gambar 9). Tidak tampak gambaran lakuna-lakuna yang ramai,

hanya satu lakuna kecil intraplasenta yang tidak menyolok. Ketika menyusuri miometrium di korpus depan, terlihat miometrium retroplasenta di bagian proksimal masih tampak tebal (2,8-3,5 mm) tetapi di bawah SBU sampai perbatasan dengan vesika tampak sangat tipis, sulit diukur disertai *clear zone* yang menghilang (gambar 10). Kami mendiagnosis sebagai plasenta inkreta perkreta. Persiapan tindakan SC dilanjutkan histerektomi diputuskan elektif, mengingat kolaborasi lebih mudah dilakukan pada hari dan jam kerja.



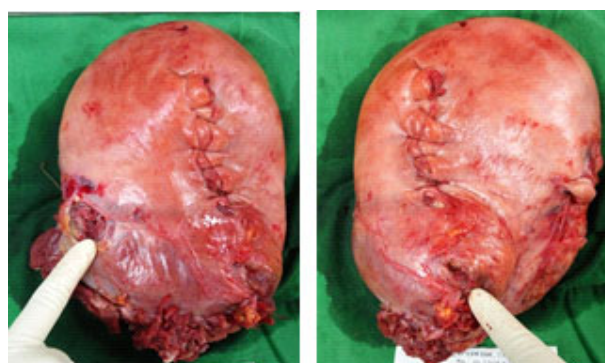
Gambar 9. Doppler Gambaran pewarnaan Doppler memperlihatkan vaskularisasi abnormal yang membentuk jembatan dari plasenta ke uterus-vesika urinaria (panah).



Gambar 10. Tampak miometrium daerah Segmen bawah uterus (SBU) yang makin ke distal ke arah OUI makin tipis (bahkan sulit diukur) disertai *clear zone* yang menghilang.

Enam jam kemudian, pasien mengeluh nyeri abdomen hebat. Pada pemeriksaan, didapatkan pucat, TD 90/40 mmHg, Nadi 128x/menit, sulit untuk menemukan DJJ, abdomen tegang, nyeri tekan abdomen tetapi tidak ada perdarahan pervaginam. Pada pemeriksaan USG didapatkan janin masih hidup dengan DJJ 110x/menit dan tampak cairan bebas di rongga abdomen, curiga ruptur uteri. Dilakukan pemasangan infus 2

jalur, resusitasi cairan masif. Kolaborasi segera dengan tim anestesi, kamar operasi, PMI dan NICU. Pasien dilakukan laparotomi segera. Saat peritoneum dibuka, didapatkan kurang lebih 2500 cc darah dan bekuan darah di rongga abdomen. Dilahirkan bayi berat 2700 gram, AS 3/6 melalui insisi korporal atas, tidak menangis dan tampak pucat, dilakukan resusitasi. Plasenta ditinggalkan intrakavum. Pada eksplorasi didapatkan ruptur pada daerah SBU bagian tengah berukuran 1,5x1,5 cm dengan perdarahan aktif, tampak jaringan plasenta di menonjol di tempat ruptur curiga perkreta. Diputuskan untuk melakukan histerektomi. Terdapat perlekatan plasenta dengan vesika. Saat pembebasan dinding vesika yang melekat dengan uterus dan plasenta, terjadi cedera pada dom vesika urinaria sekitar 3 cm, dilakukan repair dengan menggunakan jahitan 2 lapis. Total perdarahan sekitar 5000 cc. Intraoperatif simultan diberikan cairan kristaloid, tranfusi PRC, FFP untuk mengganti darah yang hilang dan menjaga volume intravaskular tidak kolaps. Pasien dirawat di ICU selama 3 hari selanjutnya rawat ruangan. Hari ke 6 perawatan pasien pulang ke rumah dengan kondisi baik. Bayi perawatan NICU selama satu hari dan pulang dengan kondisi baik. Hasil pemeriksaan histopatologi menyebutkan bahwa miometrium telah diinfiltrasi oleh vili choralis hingga menembus lapisan serosa, dimana temuan ini mendukung diagnosis plasenta perkreta pada pasien. (Gambar 11).



Gambar 11. Penonjolan plasenta dari tempat ruptur uteri.

Diskusi

Plasenta perkreta merupakan kondisi paling ekstrim dari plasenta adhesiva. Dengan semakin bertambahnya insiden SC, maka kejadian plasenta adhesiva juga semakin meningkat.

Diagnosis plasenta adhesiva dapat ditegakkan berdasarkan ultrasonografi. Menurut penelitian yang dilakukan Martha W, *et al* mengenai *Placenta Accreta Index* (PAI)⁵, adanya lakuna merupakan penyumbang nilai yang cukup

tinggi sebagai prediksi terjadinya plasenta adhesiva dibandingkan dengan tipis atau hilangnya miometrium. Namun pada dua kasus ini, dari pemeriksaan USG, pada kasus pertama tidak tampak lakuna intraplasenta sedangkan pada kasus kedua tampak lakuna yang kecil, tidak *bizarre*. Penemuan yang menonjol pada kedua kasus ini adalah miometrium yang tipis (miometrium pada dinding anterior SBU sampai batas dengan vesika dan miometrium dinding lateral) disertai hilangnya *clear zone*. Temuan lainnya adalah penonjolan plasenta (*protruding*) ke daerah vesika urinaria. Hal ini dibuktikan dengan kejadian ruptur spontan pada daerah SBU dengan miometrium sangat tipis (tidak jelas) dan *clear zone* yang menghilang. Intraoperatif secara makroskopik didapatkan invasi plasenta sampai lapisan serosa dengan adanya penonjolan plasenta, yang merupakan penanda dari plasenta perkreta. Temuan ini juga diperkuat oleh hasil pemeriksaan patologi anatomi pada sediaan uterus dan plasenta yang menyebutkan bahwa miometrium telah diinfiltrasi oleh vili korialis hingga menembus lapisan serosa, serta jaringan plasenta yang telah menginvasi sampai menembus dinding uterus dan vili korialis yang melekat ke dinding uterus tanpa jaringan desidua gravidarum, sesuai dengan gambaran plasenta perkreta.

Kesimpulan

Diagnosis dini dan tepat pada kasus plasenta perkreta dapat mengurangi risiko

perdarahan masif, morbiditas dan mortalitas pasien. Laporan 2 kasus ini menunjukkan bahwa lapisan miometrium retroplasenta yang tipis disertai *clear zone* yang menghilang, walau tidak ditemukan lakuna, harus diwaspadai sebagai plasenta perkreta. Risiko ruptur spontan dapat dihindari dengan tidak menunda pengakhiran kehamilan sampai aterm.

Daftar Pustaka

1. Hughes EC. Obstetric-gynecologic terminology: With section on neonatology and glossary of congenital anomalies. FA Davis Company; 1972.
2. Tan CH, Tay KH, Sheah K, Kwek K, Wong K, Tan HK, Tan BS. Perioperative endovascular internal iliac artery occlusion balloon placement in management of placenta accreta. American Journal of Roentgenology. 2007 Nov;189(5):1158-63.
3. Usta IM, Hobeika EM, Musa AA, Gabriel GE, Nassar AH. Placenta previa-accreta: risk factors and complications. American journal of obstetrics and gynecology. 2005 Sep 1;193(3):1045-9.
4. Martin JA, Hamilton BE, Ventura SJ, Osterman MJ, Sutton PF, Menacker F, et al. Births: preliminary data for 2004. National vital statistics reports: from the Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System. 2005 Nov;54(8):1-17
5. Rac MW, Dashe JS, Wells CE, Moschos E, McIntire DD, Twickler DM. Ultrasound predictors of placental invasion: the Placenta Accreta Index. American journal of obstetrics and gynecology. 2015 Mar 1;212(3):343.e1.

