

[Case Report]

KISTADENOMA OVARIUM SEROSUM PADA KEHAMILAN : TEMUAN PADA WANITA 31 TAHUN G2P1A0, HAMIL 36 MINGGU

Serosum Ovarial Cistadenoma In Pregnancy: Findings In A 31 Year Woman G2P1A0, 36 Weeks Pregnant

Ady Siswanto¹, Heryu Ristiano²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Surakarta

²Bagian Ilmu Obsgyn, RSUD kab. Karanganyar

Korespondensi: Ady Siswanto. Alamat email: J510215162@student.ums.ac.id

ABSTRAK

Latar Belakang : Massa adneksa ditemukan pada 0,2-2% kehamilan, mayoritas berasal dari ovarium, dan tumor epitelial merupakan neoplasia terbanyak. Sebagian besar pasien tidak menunjukkan gejala kecuali pada kista berukuran besar. Keluhan yang tidak spesifik dapat menyebabkan keterlambatan diagnosis, dan meningkatkan risiko komplikasi pada ibu maupun janin. Komplikasi tersering kista ovarium adalah torsio, di mana risikonya meningkat hingga 5 kali lipat pada kehamilan. **Laporan Kasus :** Wanita usia 31 tahun G2P1A0, hamil 36 minggu dirujuk dari puskesmas akibat benjolan pada perut kanan bawah yang ditemukan sejak trimester kedua. Hasil ultrasonografi pada trimester kedua menunjukkan gambaran kista ovarium dekstra. Pada pemeriksaan luar didapatkan TFU 30cm, posisi janin membujur, presentasi kepala belum masuk pintu atas panggul, punggung kanan teraba massa kistik di perut bawah kanan sebesar kepalan tangan orang dewasa. Pemeriksaan ultrasonografi menunjukkan massa kistik unilokuler ovarium kanan diameter 10,89cm, dengan isi homogen dan dinding yang berbatas tegas. Pemeriksaan laboratorium menunjukkan kadar CA-125 42U/mL dan anemia ringan normositik hipokromik. Pada eksplorasi intraoperatif tidak terdapat adhesi kista dengan organ sekitar, tidak ada cairan bebas dan kista berhasil diangkat tanpa terjadi ruptur, berukuran 12x10x9cm. Pemeriksaan histopatologi kista menunjukkan gambaran kistadenoma ovarium serosum yang terdiferensiasi baik. **Simpulan :** Penegakan diagnosis massa adneksa pada kehamilan harus dilakukan secara tepat sejak dini untuk mencegah kemungkinan terjadinya komplikasi pada ibu maupun janin.

Kata kunci: Kistadenoma Ovarium, Kehamilan, Ovarium.

ABSTRACT

Background : Adnexal masses are found in 0.2-2% of pregnancies, the majority originate from the ovaries, and epithelial tumors are the most common neoplasia. Most patients are asymptomatic except for large cysts. Complaints that are not specific can cause delays in diagnosis, and increase the risk of complications in the mother and fetus. The most common complication of ovarian cysts is torsion, where the risk increases up to 5 times during pregnancy. **Case Report:** Woman aged 31 years G2P1A0, 36 weeks pregnant was referred from the puskesmas due to a lump in the lower right abdomen found since the second trimester. Ultrasound results in the second trimester showed a picture of the right ovarian cyst. On external examination, a 30cm TFU was found, the fetal position was longitudinal, the presentation of the head had not yet entered the pelvic inlet, right back. There is a palpable cystic mass in the right lower abdomen the size of an adult's fist. Ultrasound examination revealed a unilocular cystic mass on the right ovary, 10.89cm in diameter, with homogeneous contents and well-defined walls. Laboratory examination showed a CA-125 level of 42U/mL and mild normocytic hypochromic anemia. On intraoperative exploration there was no cyst adhesion to surrounding organs, no free fluid and the cyst was successfully removed without rupture, measuring 12x10x9cm. Histopathological examination of the cyst showed a well-differentiated serous ovarian cystadenoma. **Conclusion:** Diagnosis of adnexal

masses in pregnancy must be done correctly from an early age to prevent possible complications for the mother and fetus.

Keywords: Ovarian Cystadenoma, Pregnancy, Ovary.

PENDAHULUAN

Massa adneksa dapat ditemukan pada 0,2-2% kehamilan dan sebagian besar berasal dari ovarium. Hal ini umumnya ditemukan secara tidak sengaja pada ultrasonografi rutin ataupun saat pembedahan sectio caesarea (Schwartz et al, 2009). Owens et al. menyatakan bahwa dari keseluruhan massa adneksa yang ditemukan pada kehamilan, 33% di antaranya adalah massa non-neoplastik (kista lutein), 63% berupa neoplasia jinak (kista dermoid 36%, kistadenoma serosum 17%, kistadenoma musinosum 8%, neoplasia jinak lainnya 2%), dan 3% berupa neoplasia ganas.

Tumor ovarium secara umum diklasifikasikan sebagai tumor sel germinal, tumor stromal-korda seks dan tumor epitelial (anwar et al, 2014). Tumor epitelial merupakan jenis neoplasia ovarium terbanyak (60-80%). Jenis tumor ini terbagi lagi menjadi tumor kistik dan tumor padat.

Tumor kistik ovarium di antaranya adalah kistadenoma ovarium, dan kista dermoid (anwar et al, 2014).

Kistadenoma ovarium merupakan tumor epitelial ovarium jinak yang umumnya memiliki prognosis baik. Beberapa jenis kistadenoma ovarium di antaranya adalah kistadenoma ovarii serosum, kistadenoma ovarii musinosum, kistadenoma endometrioid, kistadenoma *clear cell* dan kistadenoma seromusinosum (Limaïem et al, 2021).

Faktor risiko yang diduga mendasari terjadinya kista ovarium di antaranya adalah riwayat keluarga, paparan radikal bebas, nulliparitas, pengobatan infertilitas dengan obat penginduksi ovulasi, konsumsi obat tamoxifen, kehamilan, hipotiroidisme, kebiasaan merokok, dan riwayat ligasi tuba uterine (Stany et al, 2018).

Sebagian besar massa ovarium berukuran kecil yang ditemukan pada awal kehamilan akan mengecil atau hilang

dengan sendirinya setelah memasuki trimester kedua. Hal ini karena sebagian besar di antaranya merupakan kista fungsional (Agah et al, 2018). Kista dengan ukuran di atas 5 cm, terutama yang disertai dengan komponen padat umumnya bersifat non-fungsional dan neoplastik, sehingga tidak mengecil seiring bertambahnya usia kehamilan. Kista non-fungsional ini dapat memiliki ukuran yang tetap selama masa kehamilan atau justru membesar dan menimbulkan gejala (Agah et al, 2015).

Kista ovarium dengan ukuran 1-3 cm umumnya tidak menimbulkan gejala dan ditemukan secara tidak sengaja pada pemeriksaan ultrasonografi (Leiserowitz et al, 2016). Kista dengan ukuran yang lebih besar dapat menimbulkan gejala yang kurang spesifik seperti nyeri pelvis, perut terasa penuh atau kembung, rasa tidak nyaman atau pegal di punggung dan perut bagian bawah, serta rasa tidak nyaman saat berhubungan seksual (Limaiem et al, 2021). Pada pasien yang hamil, keluhan ini seringkali ditafsirkan sebagai gejala umum

yang menyertai kehamilan sehingga terjadi keterlambatan diagnosis dan meningkatnya risiko komplikasi (Kamalimanesh et al, 2016).

Komplikasi yang dapat terjadi akibat kista ovarium berukuran besar pada kehamilan adalah torsio / puntiran adneksa, impaksi kista pada rongga pelvis, malpresentasi janin, pertumbuhan janin terhambat dan persalinan preterm (Kamalimanesh et al, 2016). Torsio adneksa merupakan komplikasi tersering kista ovarium, dan risikonya meningkat lima kali lipat pada kehamilan (Ventolini et al, 2015). Insidensi torsio adneksa akibat kista ovarium pada kehamilan mencapai 5 kasus per 10.000 kehamilan (Ventolini et al, 2015). Hal tersebut mendasari perlunya diagnosis dan tatalaksana kista ovarium dalam kehamilan secara dini dan berbasis multidisiplin.

Laporan kasus ini bertujuan untuk mempresentasikan gejala, tanda, hasil laboratorium, gambaran radiologis ultrasonografi, serta temuan intraoperatif

dari kasus kistadenoma ovarium dekstra pada wanita G2P1A0 usia 31 tahun Hamil 36 minggu.

LAPORAN KASUS

Pasien dengan inisial Ny. DY, merupakan seorang ibu rumah tangga berusia 31 tahun. Pasien menikah satu kali selama 6 tahun, dan saat ini tengah hamil anak kedua, tanpa pernah mengalami abortus. Anak pertama pasien yang berjenis kelamin perempuan, saat ini berusia 4,5 tahun dan lahir melalui persalinan spontan di klinik bersalin dengan berat badan lahir 3200 gram. Kehamilan pertama pasien berlangsung cukup bulan (pasien melahirkan 2 minggu lebih awal dari perhitungan hari perkiraan lahir) dengan asuhan antenatal dilakukan di puskesmas dan dokter spesialis kandungan. Pasien mengatakan bahwa pada ultrasonografi di trimester ketiga kehamilan pertama tidak ditemukan kelainan pada kehamilannya serta tidak ditemukan kista pada indung telurnya. Pasien tidak menggunakan kontrasepsi hormonal ataupun alat

kontrasepsi dalam rahim setelah kelahiran anak pertama.

Pada kehamilan ini, pasien rutin menjalani pemeriksaan antenatal di puskesmas. Pada pemeriksaan antenatal trimester kedua, pasien dikatakan memiliki benjolan pada perut bawah sisi kanannya sehingga pasien dianjurkan memeriksakan diri ke dokter spesialis kandungan untuk ultrasonografi. Hasil ultrasonografi tersebut menemukan adanya kista indung telur kanan. Pasien kemudian diedukasi untuk memeriksakan diri ke rumah sakit pada trimester ketiga serta melakukan persalinan di rumah sakit.

Pasien kemudian datang ke poli kebidanan dan kandungan RSUD Karanganyar pada tanggal 22 April 2022 untuk memeriksakan kondisi kehamilannya dan menjalani pemeriksaan ultrasonografi. Usia kehamilan pasien berdasarkan perhitungan Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) 36 minggu. Pasien mengeluhkan kadang perut terasa kencang, namun tidak lama kemudian hilang. Keluhan tidak

disertai dengan keluarnya lendir darah dari jalan lahir dan gerakan bayi masih dirasakan aktif. Pasien mengaku baru mengetahui dirinya menderita kista indung telur pada kehamilan ini.

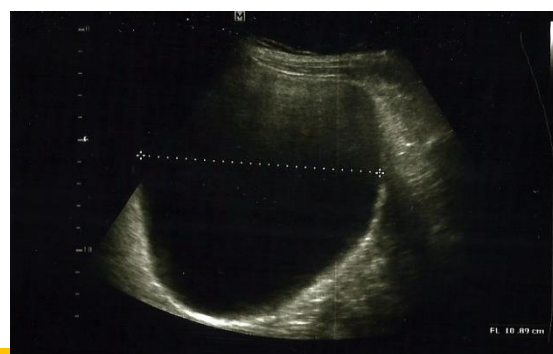
Sebelum kehamilan ini, pasien mengaku tidak terasa ada benjolan pada perut bagian bawah. Haid pasien sebelum kehamilan dikatakan teratur dengan siklus kurang lebih dua puluh empat hari hingga satu bulan dan lama lima hingga tujuh hari. Keluhan haid memanjang atau jumlah darah haid yang berlebihan disangkal. Pasien tidak menggunakan kontrasepsi hormonal ataupun non-hormonal setelah kehamilan pertama.

Riwayat konsumsi obat untuk merangsang pelepasan sel telur, riwayat sakit hipotiroidisme ataupun riwayat merokok disangkal. Riwayat merokok atau tinggal di daerah industri juga disangkal. Nenek dari ibu pasien pernah terdiagnosis menderita tumor pada organ kandungan, namun tidak menjalani tindakan pembedahan. Saudara perempuan dari ibu

pasien juga dikatakan pernah terdiagnosis kista indung telur.

Pada pemeriksaan obstetri luar didapatkan tinggi fundus uteri 30 cm, posisi janin membujur, punggung kanan, dan bagian terbawah janin berupa kepala, belum masuk pintu atas panggul. Teraba massa pada adneksa kanan kurang lebih seukuran kepalan tangan orang dewasa. Pemeriksaan ultrasonografi menunjukkan adanya massa kistik unilokuler pada ovarium kanan berdiameter 10,89 cm. Isi sonolusen dan homogen dengan dinding yang berbatas tegas (Lihat **Gambar 1**).

Hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan kadar CA-125 42 U/mL dan kesan Anemia Ringan Normositik Hipokromik (Hb 11,0 g/dL; MCV 82,4 fL; MCHC 31,8%). Parameter hematologi dan kimia klinik lain dalam batas normal.



Gambar 1. Gambaran ultrasonografi transabdominal menunjukkan adanya massa kistik unilokuler pada ovarium kanan dengan diameter 10,89 cm.

Dokter penanggung jawab pasien kemudian mengedukasi bahwa kista ovarium pasien sudah tergolong besar. Hal tersebut akan meningkatkan risiko terjadinya torsio / puntiran. Di samping itu, kepala janin belum masuk pintu atas panggul, dan pasien belum masuk dalam persalinan (Lihat **Gambar 2**), sehingga



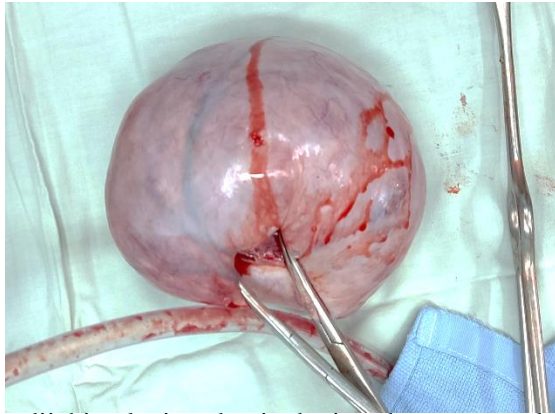
kehamilan mencapai 37 minggu.

Gambar 2. Gambaran ultrasonografi transabdominal menunjukkan posisi kepala janin belum memasuki pintu atas panggul.

Pasien kemudian menjalani operasi sectio caesarea transperitoneal profunda elektif pada tanggal 23 April 2022 (usia kehamilan 37 minggu 1 hari). Operasi diawali dengan insisi *pfannenstiel* pada kulit abdomen dua jari di atas simfisis pubis, diikuti insisi lapis demi lapis, hingga peritoneum parietal. Setelah uterus

tervisualisasi, plik vesikouterina dipisahkan dan dilakukan insisi semilunar pada segmen bawah rahim. Setelah selaput ketuban tampak dilakukan pemecahan selaput ketuban, dan bagian bawah bayi dilukir. Bayi lahir langsung menangis dengan Skor Apgar 8-9-10 dan berat badan lahir 2900 gram. Plasenta kemudian dilahirkan lengkap, dan segmen bawah Rahim dijahit kembali dengan jeluujur terkunci.

Operator kemudian mengeksplorasi adneksa kanan untuk memvisualisasi kista. Tidak terdapat adhesi kista dengan organ sekitar ataupun cairan bebas. Kista dilapisi dengan kain lembab steril untuk mencegah tumpahnya isi kista ke rongga peritoneum



dijahit lapis demi lapis dengan total
Gambar 3. Kista ovarium kanan yang
perdarahan memilik ukuran 80 ml. 10 x 9 cm.

Hasil pemeriksaan histopatologi menunjukkan gambaran epitel kuboid dan kolumnar berlapis dengan silia tanpa adanya atipia sel yang bermakna; menunjukkan kistadenoma ovarium serosum yang terdiferensiasi baik. Pasca operasi, keadaan umum pasien baik, pasien mengeluhkan bahwa luka operasi masih terasa sedikit nyeri, namun tidak ada cairan yang merembes keluar. Pasien juga tidak mengeluhkan adanya demam. Pasien kemudian dipulangkan pada tanggal 27 April 2022, dengan edukasi untuk menjaga kebersihan luka operasi, mengonsumsi makanan yang tinggi protein, dan memeriksakan diri satu minggu pasca operasi.

DISKUSI

Kistadenoma serosum berkembang dari ekspansi hiperplastik inklusi epitel ovarium (Limaem et al, 2021). Beberapa kondisi diketahui meningkatkan risiko terjadinya kistadenoma ovarium, salah satunya adalah riwayat keluarga. Analisis genetik menunjukkan bahwa sebagian besar kistadenoma serosum bersifat poliklonal, tanpa disertai mutasi gen KRAS dan BRAF (anwar et al, 2014). Pada pasien ini, terdapat riwayat keluarga dengan neoplasia organ kandungan, yaitu nenek dari ibu pasien (pasien tidak mengetahui jenis tumornya) dan saudara kandung dari ibu pasien (kista ovarium).

Diagnosis kista ovarium pada pasien ini dicurigai saat pasien menjalani pemeriksaan antenatal di puskesmas, dan teraba massa pada perut kanan bawah. Temuan ini dikonfirmasi dengan pemeriksaan ultrasonografi. Penemuan kista pada kehamilan memang sebagian besar terjadi secara tidak sengaja; baik pada pemeriksaan ultrasonografi kehamilan ataupun saat pembedahan (Schwartz et al, 2009). Hal tersebut karena gejala yang timbul akibat kista seringkali tidak spesifik dan diinterpretasikan oleh pasien sebagai keluhan wajar yang menyertai kehamilan (Jeong et al, 2010).

Pemeriksaan ultrasonografi pada pasien menunjukkan adanya massa kistik unilokuler pada ovarium kanan berdiameter 10,89 cm, dengan isi sonolusen dan homogen, serta dinding yang berbatas tegas. Gambaran tersebut menunjukkan kesan massa ovarium yang jinak (Stany et al, 2018).

Intervensi pembedahan pada kista berukuran besar, direkomendasikan pada

trimester kedua, karena insidensi torsio paling banyak terjadi di trimester pertama dan kedua kehamilan (Owens et al, 2016). Hal ini terjadi karena ukuran uterus gravid yang masih berkembang, sehingga masih memungkinkan terjadinya mobilitas kista (Kamalimanesh et al, 2016). Namun demikian, intervensi pembedahan umumnya tidak dilakukan pada trimester pertama untuk menghindari manipulasi uterus yang berisiko menyebabkan abortus (Schmeler et al, 2015). Di samping itu, sebagian kista ovarium dapat mengecil setelah memasuki trimester kedua (Duic Z. Et al, 2012). Pada pasien ini keputusan untuk melakukan tindakan pembedahan baru diambil saat trimester ketiga saat pasien memeriksakan diri ke rumah sakit.

Keputusan untuk melakukan sectio caesarea elektif yang disertai pengangkatan kista didasarkan pada dua pertimbangan. Pertimbangan pertama adalah ukuran kista. Kista ovarium yang ditemukan saat pemeriksaan ultrasonografi berukuran 10,89 cm. Ukuran kista yang lebih dari 5 cm dan

tidak mengecil setelah memasuki trimester kedua menunjukkan bahwa kista tersebut bersifat non-fungsional dan neoplastik, sehingga kemungkinan besar tidak akan hilang dengan sendirinya (Agah et al, 2018).

Pertimbangan kedua adalah risiko terjadinya torsio. Uterus gravid, khususnya pada trimester ketiga, mengurangi mobilitas kista sehingga risiko terjadinya torsio pada trimester tiga cenderung rendah (Owens et al, 2016). Namun demikian, dengan tidak adanya fiksasi dari uterus gravid pasca persalinan, dan ukuran kista yang besar, risiko torsio akan kembali meningkat (Ventolini et al, 2015).

Pada kasus ini, dijumpai juga bahwa bagian terbawah janin (kepala) belum masuk ke pintu atas panggul meskipun usia kehamilan memasuki 36 minggu. Kemungkinan panggul sempit dapat dieksklusi mengingat pasien adalah seorang multigravida dengan riwayat kelahiran anak pertama berlangsung secara spontan. Di samping itu, taksiran berat janin

berdasarkan tinggi fundus uteri adalah 2790 gram. Berat janin ini lebih kecil daripada berat lahir anak sebelumnya. Agah et al. dalam laporan kasusnya, menyatakan bahwa desakan dari kista dapat mempersulit *engagement* bagian terbawah janin atau perubahan presentasi pada kista yang berukuran besar (Agah et al, 2017).

Hasil pemeriksaan histopatologi menunjukkan gambaran kistadenoma ovarium serosum yang terdiferensiasi baik. Hal ini sesuai dengan manifestasi klinis yang ditemukan. Kistadenoma ovarium serosum merupakan massa jinak terbanyak kedua pada ovarium yang bersifat non-fungsional dan neoplastik dengan prognosis yang baik (Owens et al, 2016). Hal ini sesuai dengan temuan klinis dan sonografi di mana kista ovarium yang ditemukan pada pasien tidak mengecil meski sudah memasuki trimester kedua (Agah et al, 2018). Temuan intraoperatif juga menunjukkan tidak adanya adhesi dengan organ sekitarnya serta cairan bebas

intraperitoneum, yang menunjukkan bahwa kista ini bersifat jinak.

SIMPULAN DAN SARAN

Massa adneksa, terutama dengan ukuran besar, merupakan kondisi yang relatif jarang ditemui pada kehamilan. Tumor epitel ovarium merupakan penyumbang angka kasus terbanyak, salah satunya kistadenoma ovarium. Kista ovarium dalam kehamilan merupakan kondisi yang memerlukan tatalaksana komprehensif berbasis multidisiplin. Penegakan diagnosis secara dini pada trimester pertama dan kedua serta penentuan tatalaksana yang tepat dapat mengurangi risiko komplikasi pada ibu maupun janin.

DAFTAR PUSTAKA

- Agah, J., Davari Sani, S., Salmani, K. A Giant Ovarian Serous Cystadenoma in Pregnancy: A Case Report. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 2018; 6(4): 1486-1490. doi: 10.22038/jmrh.2018.27878.1302.
- Agah J, Karimzadeh S, Moharrer Ahmadi F. Misdiagnosis of a Giant Uterine Leiomyosarcoma: Clinic and Image Challenges. *Case reports in oncological medicine*. 2017;2017.
- Agah J, Jafarzadeh Esfehiani R, Kamalimanesh B, Fattahi Abdizadeh M, Jalilian AR. Mismanagement of a huge ovarian serous cystadenoma in a young girl; a case report. *Journal of midwifery and reproductive health*. 2015;3(1):315-7.
- Anwar, Mochamad; Baziad, Ali; Prabowo, Prajitno. *Ilmu Kandungan Edisi 3*, 451-456. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, 2014
- Duic Z, Kukura V, Ciglar S, et al. Adnexal masses in pregnancy: a review of eight cases undergoing surgical management. 2012;23:133-134.
- Jeong YY, Outwater EK, Kang HK. Imaging evaluation of ovarian masses. *Radiographics*. 2010 Sep-Oct;20(5):1445-70.
- Kamalimanesh B, Esfehiani RJ, Agah J. Papillary serous cystadenoma of ovary: A huge ovarian cyst complicating the pregnancy. *Cases Obstet Gynecol*. 2016;3(4):121-4.
- Leiserowitz GS, Xing G, Cress R, Brahmhatt B, Dalrymple JL, Smith LH. Adnexal masses in pregnancy: how often are they malignant? *Gynecologic oncology*. 2016;101(2):315-21.
- Limaie F, Lekkala MR, Mlika M. Ovarian Cystadenoma. 2021 Jul 20. In: *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. PMID: 30725635
- Owens GL, Kitchener HC. Premalignant disease in the genital tract in pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2016;33:33-43
- Schmeler KM, Mayo-Smith WW, Peipert JF, Weitzen S, Manuel MD, Gordinier ME. Adnexal masses in pregnancy: surgery compared with

observation. *Obstet Gynecol.* 2015
May. 105(5 Pt 1):1098-103.
[Medline].

Schwartz N, Timor-tritsch IE, Wang E.
Adnexal masses in pregnancy.
Clinical obstetrics and gynecology.
2009;52(4):570-85.

Stany MP, Hamilton CA. Benign disorders
of the ovary. *Obstet Gynecol Clin
North Am.* 2018 Jun. 35(2):271-84,
ix. [Medline].

Ventolini G, Hunter L, Drollinger D, Hurd
W. Ovarian torsion during
pregnancy. *Resident and Staff
Physician.* 2015;51(9):26.