



Himpunan Onkologi Ginekologi Indonesia

Pedoman Pelayanan Medik Kanker Ginekologi

Edisi ke-2



Penyakit Trofoblas Ganas

I. Pendahuluan

Penyakit keganasan yang berasal dari sel-sel trofoblas gestasional. Adapun yang non-gestasional tidak dibahas pada bab ini.

Epidemiologi

Keganasan ini dapat berasal dari mola hidatidosa dan non mola hidatidosa.

Sebanyak 23% mola hidatidosa dapat bertransformasi menjadi keganasan.

Insiden mola hidatidosa diperkirakan antara 0,26 - 2,1 setiap 1000 kehamilan.

Pada saat ini hampir seluruh kasus penyakit trofoblas ganas dapat diobati tanpa harus kehilangan fungsi reproduksinya. Hal ini dikarenakan kemajuan dari deteksi dini, pemeriksaan petanda tumor β -hCG yang sensitif dan tersedianya kemoterapi yang sensitif.

Penyakit trofoblas ganas (*Gestational Trophoblastic Neoplasia/ GTN*), menggantikan istilah mola invasif, koriokarsinoma, dan *Placental site of trophoblastic tumor* yang merupakan diagnosis secara histopatologis yang secara klinis pada saat ini verifikasi pemeriksaan tersebut tidak diperlukan lagi.

Mola hidatidosa merupakan sebagian dari Penyakit trofoblas gestasional (PTG = *Gestational Trophoblastic Diseases /GTD*). Sebanyak 9–20% mola hidatidosa komplik akan mengalami transformasi menjadi keganasan GTN. Apabila proses terbatas pada uterus maka disebut sebagai PTG non metastasis sedangkan apabila telah bermetastasis pada paru, vagina, otak, hepar, ginjal atau di manapun

tempat metastasis maka disebut sebagai PTG metastasis.

II. Skrining

Pemeriksaan β -hCG merupakan salah satu tumor marker yang cukup sensitif untuk menegakkan diagnosis PTG secara dini.

Kewaspadaan yang tinggi terhadap keluhan perdarahan, sub involusi dari uterus pasca mola hidatidosa, abortus atau pasca kehamilan yang lain dengan ditunjang pemeriksaan β -hCG dapat menegakkan diagnosis dini dari PTG.

III. Manifestasi Klinis

Perdarahan pervaginam, pembesaran rahim setelah kehamilan dan adanya gejala klinis dari metastasis atau komplikasi.

IV. Kriteria Diagnosis

Diagnosis PTG berdasarkan data klinis dengan atau tanpa histologi.

Adapun beberapa kriteria diagnosis:

- Setidaknya terdapat peningkatan kadar hCG secara berurutan pada hari ke-1,7,14,21
- Peningkatan kadar hCG tanpa berurutan dengan interval pemeriksaan 2 minggu pada hari ke-1, 7 dan 14.
- Kadar hCG menetap 3 minggu atau lebih
- Kadar hCG di atas nilai normal sampai 14 minggu setelah evaluasi
- Uterus lebih besar dari normal dengan kadar hCG > normal
- Perdarahan dari uterus dengan kadar hCG > normal
- Dijumpai lesi metastasis dengan kadar hCG > normal

Metastasis paru didiagnosis dengan foto rontgen toraks.

Stadium PTG (FIGO 2000)

Stadium I	:	Tumor terbatas pada uterus
Stadium II	:	Tumor meluas ke organ genitalia lainnya
Stadium III	:	Tumor metastasis ke paru.
Stadium IV	:	Metastasis jauh dengan atau tanpa metastasis paru

WHO Scoring System

WHO menetapkan sistem skoring dengan beberapa parameter antara lain parameter umur, kehamilan sebelumnya, interval kadar hCG sebelum terapi, ukuran tumor terbesar, tempat metastasis, jumlah metastasis dan kegagalan kemoterapi sebelumnya. Skor diberikan antara 0-4. Risiko rendah bila skor 6 atau kurang dan risiko tinggi bila skor 7 atau lebih.

FIGO (WHO) Risk Factor Scoring with FIGO Staging	0	1	2	4
Age	< 40	\geq 40		
Antecedent Pregnancy	Hydatidiform Mole	Abortion	Term	
Interval Months From Index Pregnancy	< 4	4 - 6	7 - 12	> 12
Pretreatment hCG Milli IU/MI	<10 ³	10 ³ - 10 ⁴	>10 ⁴ - 10 ⁵	> 10 ⁵
Largest Tumor Size including Uterus		3 - 4 cm	\geq 5 cm	
Site of Metastases Including uterus		spleen kidney	gastrointestinal tract	brain liver
Number of Metastases Identified		1 - 4	5 - 8	> 8
Previous Failed Chemotherapy			Single Drug	Two Or More Drugs

V. Diagnosis Banding

Kanker endometrium, hiperplasia endometrium, abortus.

VI. Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan hCG serum secara serial
2. Pemeriksaan darah lengkap termasuk hitung darah tepi, *platelets*, PT, PTT, fibrinogen, BUN, kreatinin, dan tes fungsi hati.
3. Foto rontgen toraks
4. MRI atau CT scan otak apabila ada kecurigaan metastasis di otak
5. CT scan hepar jika ada indikasi. *Whole body CT scan* pada pasien yang ditemukan adanya metastasis di paru.
6. Kuretase harus dilakukan jika ada perdarahan yang berasal dari uterus. Biopsi pada tempat metastasis sangat berbahaya karena timbulnya perdarahan banyak pada tempat biopsi.
7. MRI dilakukan atas indikasi
8. T4 dan test fungsi tiroid lainnya atas indikasi.

VII. Konsultasi

Konsultan Onkologi Ginekologi

VIII. Terapi

1. PTG risiko rendah, skor WHO kurang dari 6, FIGO Stadium I, II, dan III :
 - a. Metotreksat 0,4 mg/KgBB IM tiap hari selama 5 hari, diulang tiap 2 minggu

- b. Metotreksat 1,0 mg/KgBB selang satu hari sampai 4 dosis dengan ditambahkan Leukovorin 0,1 mg/KgBB 24 jam setelah MTX, diulang tiap 2 minggu.
- c. Metotreksat 50 mg/m² diberikan secara mingguan.
- d. Actinomycin-D 1,25 mg/m² diberikan tiap 2 minggu
- e. Actinomycin-D 12 ug/KgBB IV tiap hari selama 5 hari diulang tiap 2 minggu. Protokol ini digunakan pada pasien dengan gangguan fungsi hati.
- f. Metotreksat 250 mg infus selama 12 jam, diulang tiap 2 minggu
- g. Kemoterapi dilanjutkan 1 atau 2 kali setelah kadar hCG normal.

2. PTG risiko tinggi, FIGO stadium I, II, III dengan skor WHO lebih dari atau sama dengan 7 atau stadium IV.

Terapi primer adalah EMA-CO

(Etoposide, MTX, Actinomycin, Cyclophosphamid dan Oncovin (Vincristine).

Jika respon kurang baik atau resisten alternatif lain adalah :

- MA – PA (Etoposide, MTX, Actinomycin – Cisplatin dan Adriamycin)
- EMA – EP (Etoposide, MTX, Actinomycin – Etoposide Platinum).

Jika EMA-EP resisten dapat diberikan alternatif :

- Paclitaxel – Cisplatin
- Paclitaxel – Etoposide¹³
- Paclitaxel – 5 FU
- ICE (Iphosphamid , Cisplatin, dan Etoposide)

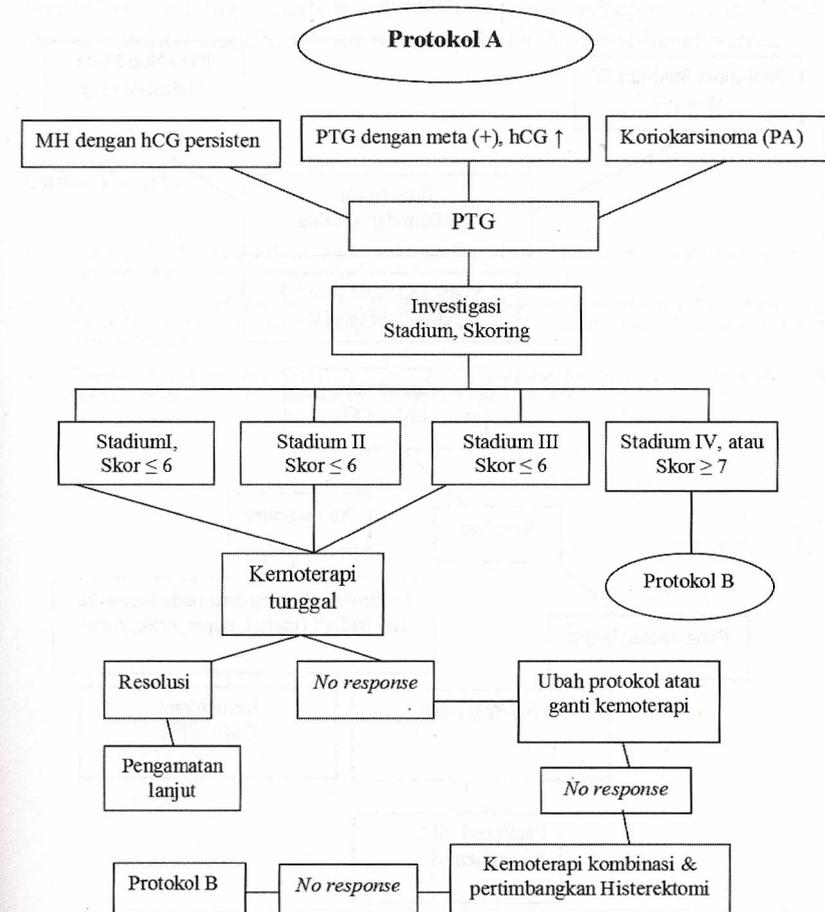
- Regimen BEP (Bleomycin, Etoposide, Cisplatin)

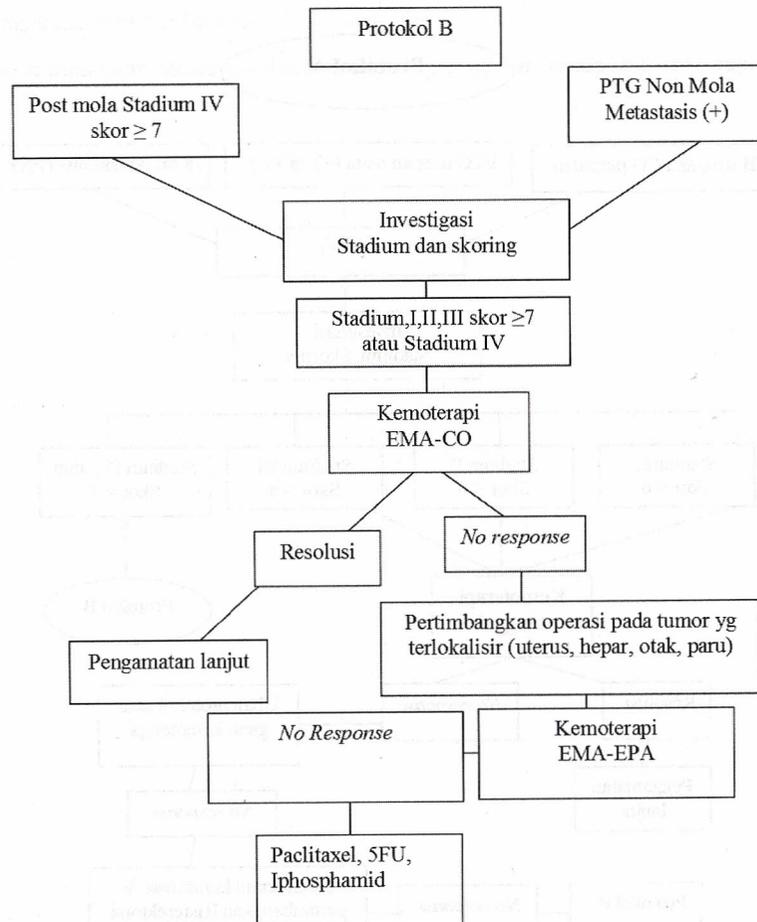
3. *Plasental site trophoblastic tumor* (PSTT)

Pengelolaannya terpisah dari PTG yang lain.

Terapi dilakukan secara kombinasi baik dengan operasi maupun kemoterapi.

IX. Bagan-bagan Penanganan Penyakit Trofoblas Ganas





X. Penanganan Lanjutan

Pengamatan lanjutan untuk penderita PTG dilakukan dengan pemeriksaan klinis dan pemeriksaan hCG tiap minggu hingga kadarnya mencapai normal. Setelah itu dilakukan setiap bulan selama 6 bulan selanjutnya tiap 2 bulan sampai 6 bulan berikutnya untuk menyakinkan hCG benar-benar normal.

Daftar Pustaka

1. Berkowitz RS, Goldstein DP. In: Berek JS, Hacker NF, editors. Practical gynecologic oncology. 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 2002. p.457-80.
2. Benedet JL, Nga HYS, Hacker NF. Staging classifications and clinical practice guidelines of gynecologic cancer. FIGO committee on Gynecologic Oncology and IGCS Guidelines Committee. 2nd Ed. Elsevier; 2003. p. 124-42.
3. Crowder S, Coleman RL, Santoso JT. Gestational trophoblastic disease. In: Santoso JT, Coleman RL, editors. Handbook of Gyn Oncology. New York: Mc Graw-Hill; 2000. p.62-72.

Konseling jika ditemukan lesi serviks yang akan dilakukan krioterapi.

Konseling yang memadai pada klien yang ditemukan kanker serviks.

XI. Training

Agar seseorang mampu melakukan pemeriksaan IVA, perlu mengikuti training yang terakreditasi.

Lama training adalah 5 hari (2 hari teori dan 3 hari training di klinik/lapangan), serta dilanjutkan dengan supervisi ketat hingga mencapai tahap kompeten.

Daftar Pustaka

1. Belinson JL, Pretorius RG, Zhang WH. Cervical cancers screening by simple visual inspection after acetic acid. *Obstet Gynecol* 2001; 98(3): 441-4.
2. University of Zimbabwe/JHPIEGO Cervical Cancer Project. Visual inspection with acetic acid for cervical cancer screening: test qualities in a primary-care setting. *Lancet* 1999; 353(9156): 869-87.
3. Sankaranarayanan R., Shyamalakumary B, Wesley R. Visual inspection with acetic acid in the early detection of cervical cancer and precursors [letter to the editor]. *Int J Cancer* 1999; 80 (1): 161-3.
4. Megevand E, Denny L, Dehaeck K. Acetic acid visualization of the cervix: an alternative to cytologic screening. *Obstet Gynecol* 1996; 88(3):383- 6.
5. Nuranna L. Penanggulangan kanker serviks dengan model proaktif-VO (proaktif-koordinatif dengan IVA dan krioterapi). Jakarta: Disertasi FKUI; 2005.

Vaksinasi HPV



I. Batasan dan Uraian Umum

Vaksinasi HPV adalah upaya pencegahan kanker serviks dengan menyuntikkan vaksin HPV.

II. Pedoman Aplikasi Vaksinasi HPV

1. Diperlukan informasi dan persetujuan yang bersangkutan.
2. Vaksin diberikan pada kelompok umur 10-55 tahun dan dapat dikelompokkan menjadi :
 - a) Kelompok 10-12 tahun (Sekolah Dasar)
 - b) 13 –15 tahun (SMP)
 - c) 16 – 25 tahun (SMA atau Pendidikan Tinggi)
 - d) 26 – 55 tahun.
3. Pada usia 26 – 55 tahun atau pada klien yang sudah melakukan aktivitas seksual, vaksinasi dapat diberikan setelah hasil tes Pap (-) atau IVA (-)
4. Di luar kelompok yang dinyatakan pada no.2, pemberian vaksinasi dapat disaring dari klien perempuan yang datang ke fasilitas kesehatan anak atau fasilitas kesehatan obstetri dan ginekologi serta fasilitas kesehatan umum.
5. Vaksinasi pria perlu kajian *cost effective*

LAMPIRAN