



RSUD Dr Achmad
Mochtar Bukittinggi

KEMOTERAPITUMOR TROFOBLAS GESTATIONAL

NO. DOKUMEN

445/024/RSAM/2022

NO. REVISI

0

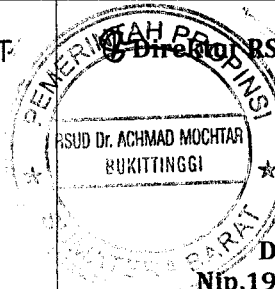
HALAMAN

1/4

PROSEDUR
TINDAKAN

TANGGAL TERBIT

7-7-2022



Ditetapkan

Dr. Achmad Mochtar
Bukittinggi

Drg. Busril, MPH

Nip.19740227 200212 1 004

PENGERTIAN

Sekumpulan proses neoplastik yang berasal dari sel-sel trofoblas yang

berperan dalam perkembangan plasenta pada masa kehamilan.

World Health Organization (WHO) telah mengklasifikasikan PTG menjadi dua kondisi pra-ganas (mola hidatidosa komplis (MHK) dan mola hidatidosa parsial (MHP), dan tiga kondisi ganas dikenal dengan tumor trofoblas gestasional (TTG) meliputi :

1. Mola Invasif
2. Koriokarsinoma
3. Placental Site Trophoblastic Tumor (PSTT)/Epitheloid Trophoblastic Tumor (ETT)

Pada kondisi pra ganas mola dikenal istilah mola risiko tinggi dengan kriteria skor WHO ≥ 7 antara lain:

- B-hCG > 100.000 mIU/mL,
- Pembesaran uterus yang cepat
- Kista lutein lebih dari 6 cm

TTG dapat terjadi pada mola bila ditemukan :

- B-hCG menetap dalam 3 minggu pemeriksaan berturut-turut
- Peningkatan 10% atau lebih kadar B-hCG dalam 2 kali pemeriksaan
- B-hCG menetap 6 bulan pasca evakuasi mola
- Adanya bukti histologi koriokarsinoma
- Adanya bukti metastasis
- Kadar B-hCG di atas nilai normal sampai 14 minggu setelah evakuasi
- Perdarahan dari uterus dengan kadar B-hCG $>$ normal

Mola high risk dan TTG ditatalaksana oleh sub bagian ginekologi onkologi

Diagnosis Klinis TTG, kadar beta hCG, USG pelvis, CT-scan abdomen pelvis, foto toraks serta patologi anatomi dan atau IHK (imunohistokimia), pemeriksaan genetik, USG pelvis dopler. Jika ditemukan metastase pada foto toraks, maka harus dilakukan pemeriksaan CT-scan pada toraks serta MRI pada otak dan atau PET Scan.

Skor WHO	Nilai			
Faktor Prognostik	0	1	2	4
Usia	<40	> 40	-	-
Kehamilan sebelumnya	Mola	Abortus	Term	-
Interval waktu (dalam bulan) dari <i>index pregnancy</i>	<4	4-6	7-12	>12
Kadar serum beta hCG (IU/l) sebelum terapi	<1000	1000-10.000	10.000-100.000	>100.000
Ukuran tumor terbesar (termasuk uterus)		3-4 cm	≥ 5 cm	-
Tempat metastasis termasuk uterus	Paru	Limpa, ginjal	Saluran cerna	Otak, hati
Jumlah metastasis yang teridentifikasi	-	1-4	5-8	> 8
Kegagalan kemoterapi sebelumnya	-	-	Obat tunggal	Kombinasi

Klasifikasi Stadium Anatomis (*Anatomical Staging*) FIGO (2009) untuk TTG

Stadium I	TTG terbatas di uterus
Stadium II	TTG meluas keluar dari uterus, namun tetap terbatas pada struktur genitalia
Stadium III	TTG meluas ke paru-paru dengan/tanpa keterlibatan traktus genitalia
Stadium IV	Metastasis ke lokasi lainnya

INDIKASI

Jika ditemukan salah satu kriteria TTG (Tumor Trofoblas Gestasional) :

- B-hCG menetap dalam 3 minggu pemeriksaan berturut-turut
- Peningkatan 10% atau lebih kadar B-hCG dalam 2 kali pemeriksaan
- B-hCG menetap 6 bulan pasca evakuasi mola
- Adanya bukti histologi koriokarsinoma
- Adanya bukti metastasis
- Kadar B-hCG di atas nilai normal sampai 14 minggu setelah evakuasi
- Perdarahan dari uterus dengan kadar B-hCG > normal

KONTRA INDIKASI

Kondisi hipersensitif kemoterapi

PERSIAPAN

Cek lab rutin, dan laboratorium penunjang lain (kimia klinik)
Pemeriksaan b-HCG setiap siklus kemoterapi

PROSEDUR TINDAKAN

Kemoterapi Choriocarcinoma

- Pasien dengan FIGO score sebesar 0-6 dapat diterapi dengan obat tunggal yaitu methotrexate (dengan/tanpa folinic acid) atau actinomycin D. Setelah kadar beta hCG kembali normal, kemoterapi pada pasien risiko rendah tetap dilanjutkan yaitu sebanyak 2-3 siklus sebagai terapi konsolidasi (Rekomendasi C).

	• Pasien TTG dengan FIGO score ≥ 7 harus diterapi menggunakan kemoterapi multi-agen antara lain : • Regimen ME (methotrexate & etoposide), • MAC(methotrexade,actinomycin D& cyclophosphamide), • EMA/CO (Etoposide, methotrexate, actinomycin D dengan cyclophosphamide dan vincristine), EMA-EP (Etoposide, methotrexate, actinomycin D – etoposide, cisplatin), BOMP (Bleomycin, vincristine, mitomycin, cisplatin), karena memiliki efektivitas yang tinggi, sederhana untuk diberikan, dan relatif tidak toksik
KOMPLIKASI MORBIDITAS MORTALITAS	Gangguan Hematologi Gangguan sistem gastrointestinal (mual dan muntah)
PASKA PROSEDUR TINDAKAN	Pemeriksaan Klinis dan Lab Hematologi dan Kimia Klinik
LAMA PERAWATAN	Kemoterapi TTG Lowrisk (Single Drug) : 6 Hari Kemoterapi TTG Highrisk (Multiple Agent) : 11 Hari
KEPUSTAKAAN	1. BROUWERS, M.C., KHO, M.E., BROWMAN, G.P., BURGERS, J.S., CLUZEAU, F., FEDER, G., FEVERS, B., et al. for the AGREE Next Steps Consortium. (2010). AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. <i>Can Med Assoc J.</i> 2010; 13: E839–E842. 2. GOLDSTEIN, DP., HOROWITZ DP., BERKOWITZ, RS. 2014. Gestational trophoblastic disease: Epidemiology, clinical manifestations and diagnosis In: UpToDate, Post TW(Ed) UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on October 01, 2014) 3. DEPARTMENT of HEALTH and CHILDREN (DoHC). (2006). A Strategy for Cancer Control in Ireland. Available from: http://www.dohc.ie/publications/cancer_control_2006.html 4. KUMAR, G. & KUMAR, B. (2011). Early Pregnancy Issues for the MRCOG and Beyond. Cambridge University Press: UK 5. ALAZZAM, M., YOUNG, T., COLEMAN, R., HANCOCK, B., DREW, D., WILSON, P. & TIDY, J. 2011. Predicting gestational trophoblastic neoplasia (GTN): is urine beta hCG the answer? <i>Gynecol Oncol</i>, 122, 595-9 6. ALIFRANGIS, C., AGARWAL, R., SHORT, D., FISHER, RA., SEBIRE, NJ., HARVEY R., SAVAGE, PM., SECKL MJ., 2012 EMA/CO for High-Risk Gestational Trophoblastic Neoplasia: Good Outcomes With Induction Low- Dose Etoposide-Cisplatin and Genetic Analysis. <i>J Clin Oncol</i> 31, 280-286 7. BAGSHAW, K., DENT, J. & WEBB, J. 1986. Hydatidiform mole in England and Wales 1973–1983. <i>Lancet</i>. 8. BARBER, EL., SCHINK, EL., LURAIN, JR., (2013) Hepatic metastasis in gestational trophoblastic neoplasia: patient characteristics, prognostic factors, and outcomes. <i>J Reprod Medicine</i>, 59, 199-203. 9. COVENS, A., FILIACI, V. L., BURGER, R. A., OSBORNE, R. & CHEN, M. D. 2006. Phase II trial of pulse dactinomycin as salvage therapy for failed low-risk gestational trophoblastic neoplasia: a Gynecologic Oncology Group study. <i>Cancer</i>, 107, 1280-6. 10. DARBY, S., JOLLEY, I., PENNINGTON, S. & HANCOCK, B. W. 2009. Does chest CT matter in the staging of GTN? <i>Gynecol Oncol</i>, 112, 155-60. 11. DENG, L., ZHANG, J., WU, T. & LAWRIE, T. A. 2013. Combination chemotherapy for primary treatment of high- risk gestational trophoblastic tumour. <i>Cochrane Database Syst Rev</i>, 1, Cd005196. 12. EL-HELW, L. M., SECKL, M. J., HAYNES, R., EVANS, L. S., LORIGAN, P. C., LONG, J., KANFER, E. J., NEWLANDS, E. S. & HANCOCK, B. W. 2005. High dose chemotherapy and peripheral

neoplasia. British journal of cancer, 93, 620-621

13. LURAIN, J. R. 2010. Gestational trophoblastic disease I: epidemiology, pathology, clinical presentation and diagnosis of gestational trophoblastic disease, and management of hydatidiform mole. Am J Obstet Gynecol, 203, 531-9
 14. LURAIN, J. R. & NEJAD, B. 2005. Secondary chemotherapy for high-risk gestational trophoblastic neoplasia. Gynecol Oncol, 97, 618-23.
 15. LYBOL, C., SWEEP, F., HARVEY, R., MITCHELL, H., SHORT, D., THOMAS, C. M. G., OTTEVANGER, P. B., SAVAGE, P. M., MASSUGER, L. & SECKL, M. J. 2012. Relapse rates after two versus three consolidation courses of methotrexate in the treatment of low-risk gestational trophoblastic neoplasia. Gynecologic oncology, 125, 576-579.
 16. MANGILI, G., LORUSSO, D., BROWN, J., PFISTERER, J., MASSUGER, L., VAUGHAN, M., NGAN, H. Y., GOLFIER, F., SEKHARAN, P. K., CHARRY, R. C., POVEDA, A., KIM, J. W., XIANG, Y., BERKOWTIZ, R. & SECKL, M. J. 2014. Trophoblastic disease review for diagnosis and management: a joint report from the International Society for the Study of Trophoblastic Disease, European Organisation for the Treatment of Trophoblastic Disease, and the Gynecologic Cancer InterGroup. Int J Gynecol Cancer, 24, S109-16.
 17. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran PTG HOGI 2018
 18. SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINE NETWORK (2011): SIGN 50: A guideline developers' handbook. Available: www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/index.html
 19. SITA-LUMSDEN, A., SHORT, D., LINDSAY, I., SEBIRE, N. J., ADJOGATSE, D., SECKL, M. J. & SAVAGE, P. M. 2012. Treatment outcomes for 618 women with gestational trophoblastic tumours following a molar pregnancy at the Charing Cross Hospital, 2000-2009. Br J Cancer, 107, 1810-4.
 20. SOPER, JT (2006), Gestational Trophoblastic Disease. Obstetrics & Gynecology, 108; 176-187.
- Pedoman Nasional Praktek Klinis (PNPK) Ginekologi Onkologi, Penyakit Trofoblas Gestasional. 2018.