

MOLA HIDATIDOSA INVASIF PADA SEORANG WANITA PERIMENOPAUSE: STUDI KASUS

Invasive Hydatidiform Mole in a Perimenopausal Woman: Case Study

Karnel Singh*

Departemen Obstetri dan Ginekologi RSUP Sitanala, Tangerang - Indonesia

Email: singh.karnel88@gmail.com

ABSTRACT

Invasive hydatidiform mole is the most common form of Gestational Trophoblastic Neoplasia (GTN), which is histologically characterized by myometrial and/or lymphovascular invasion by trophoblast cells involving molar villi or by the presence of metastases containing molar villi. To discuss a case of invasive hydatidiform mole in a perimenopausal woman. We report a 48-year-old woman P2A1 came with a history of spotting bleeding from the birth canal since 2 weeks SMRS which was later diagnosed as invasive hydatidiform mole. A 48-year-old woman P2A1 came with a history of spotting bleeding from the birth canal since 2 weeks SMRS. The patient had a history of curettage with the result of hydatidiform mole. Total abdominal hysterectomy and bilateral salpingectomy were performed. The results showed that Transabdominal Ultrasound showed uterine enlargement with increased vascularization. PA results showed invasive hydatidiform mole. Postoperative chemotherapy was performed. It is important to consider invasive hydatidiform mole in cases of abnormal uterine bleeding in perimenopausal women. Chemotherapy is the primary treatment of choice for invasive mole. In addition, education on contraceptive use should also be considered, especially in patients with a history of previous mole. It can be concluded that it is important to consider GTN in cases of abnormal uterine bleeding in perimenopausal women. In addition, adequate contraceptive promotion is very important in this reproductive phase.

Keywords : Mola Hidatidosa, Invasif, Perimenopause

ABSTRAK

Mola hidatidosa invasif merupakan bentuk Neoplasia Trofoblastik Gestasional (GTN) yang paling sering terjadi, yang secara histologis ditandai oleh invasi miometrium dan/atau limfovaskular oleh sel-sel trofoblas yang meliputi vili molar atau oleh adanya metastasis yang mengandung vili molar. Untuk membahas sebuah kasus mola hidatidosa invasif pada seorang wanita perimenopause. Kami melaporkan seorang wanita 48 tahun P2A1 datang dengan riwayat bercak perdarahan dari jalan lahir sejak 2 minggu SMRS yang kemudian didiagnosis sebagai mola hidatidosa invasif. Wanita 48 tahun P2A1 datang dengan riwayat bercak perdarahan dari jalan lahir sejak 2 minggu SMRS. Pasien memiliki riwayat kuret dengan hasil mola hidatidosa. Dilakukan histerektomi abdominal total dan salpingektomi bilateral. Hasil penelitian menunjukkan bahwa *Transabdominal Ultrasound* menunjukkan pembesaran uterus dengan peningkatan vaskularisasi. Hasil PA menunjukkan mola hidatidosa invasif. Dilakukan tindakan kemoterapi paska operasi. Penting untuk mempertimbangkan mola hidatidosa invasif pada kasus perdarahan uterus abnormal pada wanita perimenopause. Kemoterapi merupakan pengobatan utama pilihan untuk mola invasif. Selain itu, edukasi penggunaan kontrasepsi juga perlu dipertimbangkan, khususnya pada pasien dengan Riwayat mola sebelumnya. Dapat disimpulkan bahwa pentingnya mempertimbangkan GTN dalam kasus perdarahan uterus abnormal pada wanita perimenopause. Selain itu, promosi kontrasepsi yang memadai sangat penting pada fase reproduksi ini.

Kata kunci : Mola Hidatidosa, Invasif, Perimenopause



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

PENDAHULUAN

Neoplasia trofoblastik gestasional (GTN) mencakup sekelompok patologi ganas heterogen dengan patogenesis, karakteristik morfologi, dan presentasi klinis yang berbeda yang dapat muncul setelah

kehamilan apapun. Mola hidatidosa invasif merupakan bentuk GTN yang paling sering terjadi, yang secara histologis ditandai oleh invasi miometrium dan/atau limfovaskular oleh sel-sel trofoblas yang meliputi vili molar atau oleh adanya metastasis yang mengandung vili molar (Ngan et al., 2021). Bentuk lain yang lebih jarang meliputi koriokarsinoma, tumor trofoblastik pada lokasi plasenta, dan tumor trofoblastik epiteloid (Tomé et al., 2023). Prevalensi mola hidatidosa lebih tinggi di Asia, Afrika, dan Amerika Latin dibandingkan dengan negara-negara Barat (Purba et al., 2019). Prevalensi mola hidatidosa cukup tinggi di Indonesia yaitu sekitar 10-20% dapat berkembang menjadi tumor trofoblas gestasional. Biasanya dijumpai lebih sering pada usia reproduktif (15-45 tahun); dan pada multipara. Peningkatan prevalensi mola hidatidosa dapat dipengaruhi oleh adanya beberapa faktor risiko seperti, malnutrisi, riwayat obstetri, etnis dan genetik. Klasifikasi mola hidatidosa menurut *Federation International of Gynecology and Obstetrics* (FIGO) terbagi menjadi mola hidatidosa komplis, parsial, dan invasif (Paputungan et al., 2016).

Penelitian sebelumnya dilakukan oleh Ratna et al., (2019), menyatakan bahwa terdapat hubungan antara riwayat abortus dengan kejadian mola hidatidosa pada wanita usia reproduktif. Pada penelitian Nasution et al., (Nasution et al., 2024), faktor risiko terjadinya mola hidatidosa adalah usia pasien.

Pada kasus ini, dilaporkan seorang wanita 48 tahun P2A1 datang dengan riwayat bercak perdarahan dari jalan lahir sejak 2 minggu SMRS yang kemudian didiagnosis sebagai mola hidatidosa invasif. Wanita 48 tahun P2A1 datang dengan riwayat bercak perdarahan dari jalan lahir sejak 2 minggu SMRS. Pasien memiliki riwayat kuret dengan hasil mola hidatidosa. Penelitian ini bertujuan untuk membahas sebuah kasus mola hidatidosa invasif pada seorang wanita perimenopause.

METODE

Desain, Tempat, dan Waktu

Laporan ini merupakan laporan kasus yang dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Pusat Sitanala pada 2024.

Jumlah dan Cara Pengambilan Subjek

Kasus ini melibatkan satu orang pasien wanita berusia 48 tahun P2A1. Pasien datang dengan keluhan bercak perdarahan dari jalan lahir sejak dua minggu sebelum masuk rumah sakit. Riwayat menunjukkan bahwa pasien pernah menjalani prosedur kuretase dengan hasil histopatologi yang mengonfirmasi mola hidatidosa.

Jenis dan Cara Pengumpulan Data

Data yang dikumpulkan meliputi data klinis (riwayat pasien, gejala, dan pemeriksaan fisik), data diagnostik (hasil ultrasonografi dan analisis histopatologi pasca-kuretase), serta data tindakan (laporan prosedur histerektomi abdominal total dan salpingektomi bilateral). Semua data diperoleh melalui tinjauan rekam medis pasien secara sistematis.

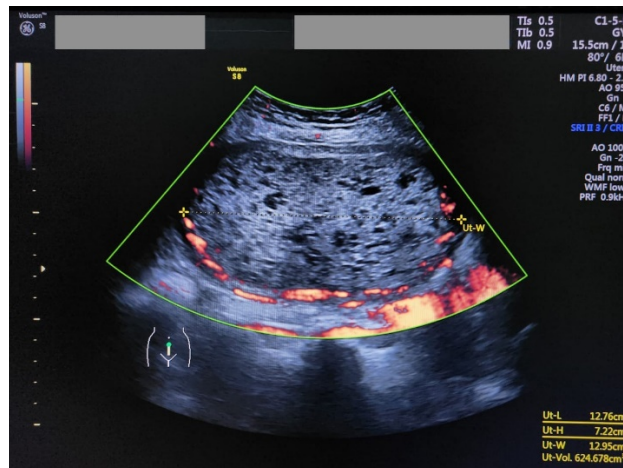
Pengolahan dan Analisis Data

Data yang terkumpul diolah secara kronologis untuk menggambarkan perjalanan penyakit mulai dari diagnosis hingga tindakan operatif. Hasil histopatologi digunakan untuk mengonfirmasi diagnosis mola hidatidosa invasif. Data dianalisis secara deskriptif untuk mengevaluasi efektivitas intervensi, yaitu histerektomi abdominal total dan salpingektomi bilateral, sebagai upaya penanganan definitif pada pasien dengan mola hidatidosa invasif.

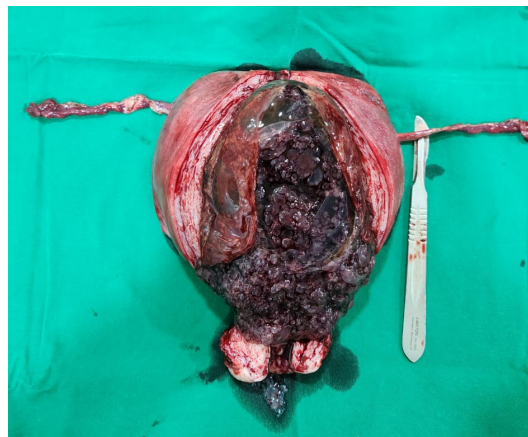
HASIL

Case

Seorang wanita berusia 48 tahun P2A1 datang dengan riwayat bercak perdarahan yang keluar dari jalan lahir sejak 2 minggu SMRS. Pasien memiliki riwayat kuret tahun 2010 dengan hasil mola hidatidosa. Dilakukan histerektomi abdominal total dan salpingektomi bilateral. Hasil Transabdominal Ultrasound (TAUS) berupa pembesaran uterus berukuran 12,8 x 7,3 x 13 cm volume 625 cc dengan peningkatan vaskularisasi pada pemeriksaan Doppler. Hasil PA menunjukkan mola hidatidosa invasif yang menginfiltrasi hingga separuh ketebalan endometrium. Dilakukan tindakan kemoterapi paska operasi.



Gambar 1. *Transabdominal Ultrasound* menunjukkan pembesaran uterus berukuran 12,8 x 7,3 x 13 cm volume 625 cc dengan peningkatan vaskularisasi pada pemeriksaan Doppler



Gambar 2. Spesimen paska histerektomi abdominal total dan salfingektomi bilateral

PEMBAHASAN

Penyakit trofoblas gestasional bisa jinak atau ganas. Penyakit trofoblas gestasional jinak umumnya terjadi pada wanita usia reproduksi dan sangat jarang terjadi pada wanita pascamenopause. Sebaliknya, umumnya ganas pada wanita pascamenopause. Kehamilan molar dapat terjadi pada 1/700 hingga 1/2000 kehamilan. Mola komplit lebih umum terjadi daripada mola parsial dengan rasio dari 3:1 hingga 1:1. Tumor trofoblas gestasional biasanya menghasilkan β -hCG dalam jumlah besar, dan ditemukan bahwa kadar serum sebanding dengan volume tumor. Sehingga umumnya mudah didiagnosis, tetapi hal ini dapat terlewatkan atau tidak terdiagnosis karena jarang terjadi pada pasien usia tua (El-Agwany et al., 2017).

Pada pasien dengan mola komplit, degenerasi hidropik umum dari vili korionik dengan proliferasi sel trofoblas akan terdeteksi dan tidak terlihat janin di dalam rahim. Baik mola komplit maupun parsial dapat bersifat invasif dan menginvasi miometrium, pembuluh darah, atau keduanya. Koriokarsinoma adalah bentuk ganas dari tumor trofoblas gestasional. Keberadaan vili korionik merupakan pembeda sub tipe jinak dengan ganas. Vili korionik biasanya ada pada kehamilan mola dan tidak dijumpai pada koriokarsinoma (El-Agwany et al., 2017). Hasil PA pada kasus menunjukkan mola hidatidosa invasif yang menginfiltrasi hingga separuh ketebalan endometrium.

Insiden mola hidatidosa adalah 1 dari 591 kehamilan dan 1 dari 714 kelahiran hidup di negara maju. Secara makroskopik ditandai dengan invasi trofoblastik miometrium dengan struktur vili. Secara mikroskopis ditandai dengan hiperplasia sitotrofoblastik, elemen sinsital, dan persistensi struktur vili. Mola invasif dapat dibedakan dari koriokarsinoma dengan adanya vili. Mola invasif muncul pada sekitar 10-20% pasien setelah evakuasi mola dan jarang terjadi setelah gestasi lainnya (Ionescu et al., 2016). Neoplasia trofoblas gestasional menunjukkan vili korialis disertai pertumbuhan berlebihan dan invasi sel-sel trofoblas. Jaringan mola invasif penetrasi jauh ke dalam miometrium, terkadang melibatkan peritoneum,

parametrium di sekitarnya atau dinding vagina (Papatungan et al., 2016).

GTN merupakan tumor dengan vaskularisasi tinggi akibat proliferasi jaringan trofoblas dan invasi miometrium dan struktur di sekitarnya yang menyebabkan pembuluh darah rapuh (Leocadio et al., 2019) Diagnosis awal didasarkan pada pendekatan multimodalitas mencakup fitur klinis; titer beta HCG serial dan pencitraan seperti ultrasonografi dan MRI panggul. Alasan paling mungkin keterlambatan diagnosis GTD pada kelompok usia perimenopause adalah rendahnya kecurigaan kehamilan pada pasien ini. Bukti menunjukkan bahwa insidensi koriokarsinoma berkurang karena tindak lanjut yang ketat pada pasien dengan kehamilan mola (Kyejo et al., 2022). Pada kasus jarang, diagnosis ditegakkan setelah abortus spontan, kehamilan ektopik, atau kehamilan aterm. Gejala yang paling umum adalah pendarahan vagina abnormal, pembesaran uterus, dan nyeri abdomen (Tomé et al., 2023). Mola invasif dapat menimbulkan komplikasi yang mengancam jiwa, termasuk pendarahan hebat, perforasi uterus, hemoperitoneum, dan nyeri abdomen akut (Akyol et al., 2016).

Presentasi mola invasif spontan sangat jarang terjadi. Pada sekitar 95% kasus, mola hidatidosa didahului oleh mola hidatidosa dengan interval kurang dari 6 bulan antara presentasi kasus dan diagnosis mola invasif. Dua faktor risiko terpenting untuk terjadinya kehamilan molar adalah usia dan riwayat kehamilan sebelumnya. Usia ibu yang sangat tua secara signifikan meningkatkan risiko terjadinya kehamilan molar, terutama mola komplisit. Risiko juga meningkat pada wanita berusia di atas 40 tahun, menjadi 7-8 kali lebih tinggi daripada wanita berusia antara 20 dan 35 tahun. Risiko terjadinya kehamilan molar baru meningkat dari 1–2% pada pasien dengan riwayat mola satu kali sebelumnya, menjadi 15–20% pada pasien dengan dua kehamilan mola sebelumnya (Leocadio et al., 2019). Mola invasif biasanya terjadi pada wanita usia reproduksi dan sangat jarang terjadi pada wanita perimenopause. Ada sekitar 14 kasus dalam literatur global mengenai koriokarsinoma pada periode pascamenopause. Pada kasus-kasus ini, gejala koriokarsinoma yang paling umum pada wanita pascamenopause adalah pendarahan vagina (sekitar 80%), pembesaran uterus (100%), nyeri abdomen (42%), dan mual muntah (25%), serta kadar β -HCG serum yang sangat tinggi (Kyejo et al., 2022). Pasien pada kasus ini adalah wanita berusia 48 tahun P2A1 datang dengan riwayat bercak perdarahan yang keluar dari jalan lahir sejak 2 minggu SMRS. Pasien memiliki riwayat kuret tahun 2010 dengan hasil mola hidatidosa. Dilakukan histerektomi abdominal total dan salpingektomi bilateral.

Patogenesis mola invasif pada wanita perimenopause belum diketahui dengan jelas, tetapi diyakini mungkin disebabkan oleh ovulasi spontan oosit yang belum matur yang menyebabkan penurunan fertilitas pada pasien perimenopause dan akhirnya pada pasien pascamenopause. Lokasi metastasis mola invasif yang paling umum adalah vagina, paru, dan otak, karena invasi jaringan molar ke dalam sistem vena. Lokasi metastasis lainnya, termasuk ruang epidural dan kandung kemih, jarang dilaporkan. (Yao et al., 2015)

Diagnosis mola invasif didasarkan pada adanya mola hidatidosa dengan invasi miometrium, darah, atau limfatik atau adanya metastasis jauh dan regresi β -hCG yang abnormal. Perkembangan mola hidatidosa menjadi mola invasif adalah sekitar 10–17%, lebih sering terjadi pada kasus mola komplisit (Leocadio et al., 2019).

Presentasi klinis mola invasif yang paling sering terjadi meliputi perdarahan vagina yang terus-menerus atau berat setelah evakuasi kehamilan mola. Jika mola invasif dicurigai atau dikonfirmasi secara histopatologis, maka pemeriksaan CT torakoabdominopelvik dan MRI serebral wajib dilakukan. Dalam kasus yang jarang terjadi, metastasis paling sering terjadi di lokasi berikut: paru (80%) diikuti oleh vagina (30%), hati (10%), dan otak (10%) (Leocadio et al., 2019).

Kemajuan dalam sonografi transvaginal dua dimensi (2DTVS) resolusi tinggi dan sonografi transvaginal tiga dimensi (3DTVS) memungkinkan visualisasi tingkat invasi trofoblastik aktual ke dinding rahim. Standar terapi pasien saat ini mengharuskan hCG diambil untuk tindak lanjut diagnostik setelah kehamilan molar lengkap, diagnosis dibuat secara histologis untuk mengidentifikasi penurunan alaminya. Namun, jika kadar hCG mencapai plateau atau meningkat, kehamilan molar invasif diindikasikan. Kehamilan molar komplisit dikaitkan dengan perubahan kistik dan pembentukan massa dan didiagnosis secara sonografi, sering kali dengan sonografi 2D. Kehamilan molar parsial muncul dengan perubahan kistik minor pada plasenta dan sering kali tidak terdiagnosis secara sonografi. Pencitraan tersebut dapat membantu pengambilan keputusan klinis terkait apakah perawatan medis yang lebih ekstensif tepat atau intervensi bedah diindikasikan (misalnya, histerektomi). Sebuah laporan kasus serupa menunjukkan uterus dengan sonografi transvaginal potongan sagittal dan angiografi Doppler menunjukkan peningkatan vaskularitas, proliferasi trofoblas. Ditemukan pula invasi miometrium yang dalam hingga 1,8 mm dari serosa uterus posterior, yang menunjukkan adanya kehamilan molar invasif (Levine et al., 2020). Pada kasus ini juga didapati pembesaran uterus berukuran 12,8 x 7,3 x 13 cm volume 625 cc dengan peningkatan vaskularisasi pada pemeriksaan Doppler pada *Transabdominal Ultrasound*.

Jika dicurigai adanya invasi miometrium, kuretase uterus dan biopsi endometrium dikontraindikasikan karena risiko perforasi uterus. Reseksi bedah metastasis pada pasien berisiko tinggi tidak direkomendasikan (Ngan et al., 2021). Kemoterapi merupakan pengobatan utama pilihan untuk mola invasif. Sistem penilaian prognostik FIGO menentukan risiko resistensi terhadap metotreksat. Regimen untuk pasien berisiko rendah (skor FIGO < 7) adalah metotreksat 50 mg IM yang diselingi dengan folat 15 mg PO. Pada pasien dengan respons buruk terhadap metotreksat, aktinomisin D harus ditambahkan atau terapi multiobat, yang memiliki tingkat remisi lengkap mendekati 100%. Pada pasien berisiko tinggi (skor FIGO \geq 7), rejimen EMA-CO (Etoposide+Metotreksat+Aktinomisin D yang diselingi dengan Siklofosamid+Vinkristin) lebih dipilih (Leocadio et al., 2019).

Tabel 1. Stadium dan klasifikasi FIGO untuk neoplasia trofoblastik gestasional.(Leocadio et al., 2019)

Tahap FIGO	Keterangan
I	GTD hanya terbatas pada korpus uterus
II	GTD meluas ke adneksa atau ke vagina, namun terbatas pada struktur genital
III	GTD meluas ke paru, dengan atau tanpa keterlibatan saluran genital
IV	Semua situs metastasis lainnya

Histerektomi mungkin diperlukan dalam kasus perdarahan vagina atau intra-abdomen yang tidak terkontrol (pilihan lainnya adalah embolisasi pembuluh darah uterus, yang hanya dipertimbangkan jika pasien stabil secara hemodinamik), resistensi terhadap kemoterapi atau penyakit gestasional neoplastik. Pilihan pembedahan dapat menjadi terapi lini pertama yang valid terutama pada pasien yang tidak ingin mempertahankan fertilitas, tetapi tidak mencegah munculnya metastasis. Pada pasien dengan tumor uterus meluas, histerektomi dapat mengurangi beban tumor trofoblastik dan jumlah siklus kemoterapi secara nyata, sehingga mengurangi toksisitasnya (Ngan et al., 2018). Pada kasus ini, dilakukan histerektomi abdominal total dan salpingektomi bilateral. Dilakukan tindakan kemoterapi paska operasi.

Kasus ini menunjukkan pentingnya mempertimbangkan GTN dalam kasus perdarahan uterus abnormal pada wanita perimenopause. Selain itu, promosi kontrasepsi yang memadai sangat penting pada fase reproduksi ini (von Welser et al., 2015). Risiko rekurensi penyakit trofoblas yang diobati dengan kemoterapi adalah 3%. Oleh karena itu, direkomendasikan tindak lanjut minimal 12 bulan dengan pemeriksaan bHCG bulanan, dimulai dari dua minggu pertama bHCG negatif berturut-turut. Kontrasepsi hormonal diindikasikan selama periode ini (Niemann et al., 2015; Seckl et al., 2013). Penelitian selanjutnya diharapkan dapat meneliti pertimbangan lain selain GTN dalam kasus perdarahan uterus abnormal pada wanita perimenopause.

KESIMPULAN

Adanya keterlambatan diagnosis GTD pada kelompok usia perimenopause adalah rendahnya kecurigaan kehamilan. Penting untuk mempertimbangkan mola hidatidosa invasif pada kasus perdarahan uterus abnormal pada wanita perimenopause. Kemoterapi merupakan pengobatan utama pilihan untuk mola invasif. Selain itu, promosi kontrasepsi yang memadai sangat penting pada fase reproduksi ini. Direkomendasikan tindak lanjut minimal 12 bulan dengan pemeriksaan bHCG bulanan.

DAFTAR PUSTAKA

- Akyol, A., Şimşek, M., & Üçer, Ö. (2016). Giant invasive mole presenting as a cause of abdominopelvic mass in a perimenopausal woman: An unusual presentation of a rare pathology. *Obstetrics & Gynecology Science*, 59(6), 548. <https://doi.org/10.5468/ogs.2016.59.6.548>
- El-Agwany, A. S., Rady, H. A., & Hegab, H. M. (2017). Complete Molar Pregnancy in Postmenopausal Woman. *Indian Journal of Surgical Oncology*, 8(2), 185–187. <https://doi.org/10.1007/s13193-016-0603-4>
- Ionescu, C., Bragaru, M., Dimitriu, M., Tarcomnicu, I. M., Vladescu, C., & Banacu, M. (2016). Invasive molar pregnancy in a woman aged 54 years. A case report. *Gineco.Eu*, 12(3), 112–114. <https://doi.org/10.18643/gieu.2016.112>
- Kyejo, W., Rubagumya, D., Ntiyakuze, G., Matillya, N., Kaguta, M., Mgonja, M., & Moshi, L. (2022). Diagnostic challenge of perimenopause molar pregnancy in a 52-year-old lady: Case report. *International Journal of Surgery Case Reports*, 99, 107648. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2022.107648>
- Leocadio, C. M., Villayán, J. G., López, J. G., Idrovo, F., Arranz, J. P., & González, M. A. (2019). Invasive mole in a perimenopausal woman with lung and vaginal metastases: A case report. *Clinical Case*



- Reports*, 7(12), 2300–2305. <https://doi.org/10.1002/ccr3.2386>
- Levine, E. M., Fernandez, C. M., & McElwee, A. (2020). An Invasive Molar Pregnancy: A Case Report With Associated Imaging. *Journal of Diagnostic Medical Sonography*, 36(5), 498–500. <https://doi.org/10.1177/8756479320936229>
- Nasution, R. A., Algifari, M. Z., & Zufadli, Z. (2024). Laporan Kasus: Usia Lebih dari 40 Tahun sebagai Faktor Risiko Mola Hidatidosa. *Medical Profession Journal of Lampung*, 14(6), 1185–1189. <https://doi.org/10.53089/medula.v14i6.1150>
- Ngan, H. Y. S., Seckl, M. J., Berkowitz, R. S., Xiang, Y., Golfier, F., Sekharan, P. K., Lurain, J. R., & Massuger, L. (2018). Update on the diagnosis and management of gestational trophoblastic disease. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 143(S2), 79–85. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12615>
- Ngan, H. Y. S., Seckl, M. J., Berkowitz, R. S., Xiang, Y., Golfier, F., Sekharan, P. K., Lurain, J. R., & Massuger, L. (2021). Diagnosis and management of gestational trophoblastic disease: 2021 update. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 155(S1), 86–93. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13877>
- Niemann, I., Vejerslev, L. O., Frøding, L., Blaakær, J., Maroun, L. L., Hansen, E. S., Grove, A., Lund, H., Havsteen, H., & Sunde, L. (2015). Gestational trophoblastic diseases-clinical guidelines for diagnosis, treatment, follow-up, and counselling. *Danish Medical Journal*, 62(11), C5082.
- Paputungan, T. V., Wagey, F. W., & Lengkong, R. A. (2016). Profil Penderita Mola Hidatidosa DI RSUP Prof.dr.R.D. Kandou Manado. *E-CliniC*, 4(1). <https://doi.org/10.35790/ecl.4.1.2016.10958>
- Purba, Y. S., Munir, M. A., & Saranga, D. (2019). Mola Hidatidosa. *Jurnal Medical Profession (Medpro)*, 1(1), 79–86.
- Ratna, D. P. S., Intanri, K., Nurul, U., Arif, Y. P., & Risti, G. (2019). Hubungan Riwayat Abortus dengan Kejadian Mola Hidatidosa pada Wanita Usia Reproduksi di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Bandar Lampung. *JK Unila JURNAL KEDOKTERAN UNIVERSITAS LAMPUNG*, 3(1). <http://repository.lppm.unila.ac.id/20933/>
- Seckl, M. J., Sebire, N. J., Fisher, R. A., Golfier, F., Massuger, L., & Sessa, C. (2013). Gestational trophoblastic disease: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 24, vi39–vi50. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdt345>
- Tomé, A. I., Palma, R., Antunes, S. C., Tavares, M. A., & Pereira, E. (2023). A Metastatic Invasive Mole in a Perimenopausal Woman: A Rare Case. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.40121>
- von Welsler, S. F., Grube, M., & Ortmann, O. (2015). Invasive mole in a perimenopausal woman: a case report and systematic review. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 292(6), 1193–1199. <https://doi.org/10.1007/s00404-015-3777-z>
- Yao, K., Gan, Y., Tang, Y., Tang, J., He, L., & Dai, Y. (2015). An invasive mole with bilateral kidney metastases: A case report. *Oncology Letters*, 10(6), 3407–3410. <https://doi.org/10.3892/ol.2015.3768>