



INTISARI SAINS MEDIS

Published by Intisari Sains Medis

## Sifilis pada spektrum *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) yang melibatkan roseola sifilitika, kondiloma akuminata, dan kondiloma lata: sebuah laporan kasus langka



CrossMark

Ni Kadek Setyawati<sup>1\*</sup>, Prima Sanjiwani Sarasawati Sudarsa<sup>1</sup>, Indry Salonika Sutiawan<sup>1</sup>,  
Adelia Martalova A.J.<sup>1</sup>, Alfred Setyono<sup>1</sup>, Putu Akopita Devi<sup>1</sup>, Putu Dewita Ganeswari<sup>1</sup>

### ABSTRACT

**Introduction:** *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) infection often coincides with syphilis, thereby increasing the risk of HIV transmission 3-5 times higher than in patients without syphilis. HIV infection, syphilis, and condyloma acuminata have overlapping risk factors, and the co-occurrence of these three diseases can cause difficulties in diagnosis and management. This case report reports a case of secondary syphilis with typical characteristics of syphilis roseola and condyloma lata accompanied by perianal condyloma acuminata in a male patient who has sex with men (LSL) with stage I HIV infection who experienced significant improvement after therapy.

**Case report:** The patient, a 24-year-old man, complained of reddish spots appearing on the palms of the hands and feet, stomach, thighs, calves, feet, and warts appearing around the anus. The patient

was diagnosed with HIV infection one month before the examination. Complaints of lumps on the buttocks were still there but had reduced and become smaller on the second observation. The patient was diagnosed on follow-up with condyloma acuminata (improved) with secondary syphilis and stage I HIV infection on HAART. Monitoring the success of syphilis therapy will be carried out with a quantitative VDRL examination plan 1 month after the last injection, then carried out periodically during the 3rd, 6th, 9th, and 12th months.

**Conclusion:** Clinical outcomes should remain suspicious of the occurrence of other sexually transmitted diseases in LSL patients and can differentiate clinically between secondary syphilis and condyloma lata in patients with HIV. So, we can provide earlier treatment to reduce morbidity rates in LSL patients.

**Keywords:** *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), sex with men (LSL), syphilis.

**Cite This Article:** Setyawati, N.K., Sudarsa, P.S.S., Sutiawan, I.S., Martalova, A.J.A., Setyono, A., Devi, P.A., Ganeswari, P.D. 2024. Sifilis pada spektrum *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) yang melibatkan roseola sifilitika, kondiloma akuminata, dan kondiloma lata: sebuah laporan kasus langka. *Intisari Sains Medis* 15(1): 378-386. DOI: 10.15562/ism.v15i1.1984

### ABSTRAK

**Pendahuluan:** Infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) seringkali beriringan dengan sifilis yang meningkatkan risiko penularan HIV 3-5 kali lebih tinggi dibandingkan dengan pasien tanpa sifilis. Infeksi HIV, sifilis, dan kondiloma akuminata memiliki faktor risiko yang tumpang tindih dan koinsiden dari ketiga penyakit ini dapat menyebabkan kesulitan untuk mendiagnosis dan tatalaksana. Laporan kasus ini melaporkan kasus sifilis sekunder dengan gambaran tipikal roseola sifilitika dan kondiloma lata disertai kondiloma akuminata perianal pada pasien lelaki seks dengan lelaki (LSL) dengan infeksi HIV stadium I yang mengalami perbaikan signifikan setelah terapi.

**Laporan kasus:** Pasien merupakan seorang laki-laki usia 24 tahun mengeluhkan muncul bercak

kemerahan pada telapak tangan dan kaki, perut, paha, betis dan kaki serta muncul kutil pada sekitar anus. Pasien terdiagnosis infeksi HIV satu bulan sebelum pemeriksaan. Keluhan benjolan pada pantat masih ada namun sudah berkurang dan mengecil pada pengamatan ke dua. Pasien didiagnosis dengan follow up kondiloma akuminata (membaik) dengan sifilis sekunder dan infeksi HIV stadium I on HAART. Pemantauan keberhasilan terapi sifilis akan dilakukan dengan rencana pemeriksaan VDRL kuantitatif pada 1 bulan pasca injeksi terakhir, kemudian dilakukan berkala pada bulan ke -3, -6, -9, dan -12

**Simpulan:** Luaran klinis sebaiknya tetap mencurigai adanya koinsiden penyakit menular seksual lain pada pasien LSL dan dapat membedakan klinis sifilis

<sup>1</sup>Departemen Dermatologi dan Venereologi Fakultas Kedokteran Universitas Udayana.

\*Korespondensi:

Ni Kadek Setyawati;  
Departemen Dermatologi dan Venereologi Fakultas  
Kedokteran Universitas Udayana;  
tyawiratha@gmail.com

Diterima: 21-01-2024  
Disetujui: 11-03-2024  
Diterbitkan: 06-04-2024

sekunder dan kondiloma lata pada pasien dengan HIV. agar mengurangi angka morbiditas pada pasien LSL. Sehingga, dapat memberikan tatalaksana lebih awal

**Kata kunci:** *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), lelaki seks dengan lelaki (LSL), sifilis.

**Sitasi Artikel ini:** Setyawati, N.K., Sudarsa, P.S.S., Sutiawan, I.S., Martalova, A.J.A., Setyono, A., Devi, P.A., Ganeswari, P.D. 2024. Sifilis pada spektrum *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) yang melibatkan roseola sifilitika, kondiloma akuminata, dan kondiloma lata: sebuah laporan kasus langka. *Intisari Sains Medis* 15(1): 378-386. DOI: 10.15562/ism.v15i1.1984

## PENDAHULUAN

Infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) merupakan infeksi yang disebabkan oleh virus yang mengenai sistem kekebalan tubuh.<sup>1</sup> Epidemi HIV di Indonesia telah berlangsung selama lebih dari tiga dekade yang hingga saat ini masih terkonsentrasi pada 4 populasi kunci yaitu lelaki seks dengan lelaki (LSL), waria (*transgender*), pekerja seks perempuan (PSP), dan pengguna narkoba suntik.<sup>2</sup> Infeksi HIV menyebabkan penurunan jumlah sel T CD4 menyebabkan melemahnya sistem imun yang memfasilitasi infeksi dari penyakit lain. Beberapa infeksi menular seksual yang lain yang sering terjadi adalah sifilis dan kondiloma akuminata.<sup>3</sup> Peningkatan kejadian HIV pada pasien sifilis maupun sebaliknya disebabkan oleh rusaknya lapisan sawar kulit.<sup>4</sup>

Sifilis merupakan suatu penyakit menular seksual yang disebabkan oleh bakteri *Treponema Pallidum* (*T. Pallidum*).<sup>5</sup> Infeksi sifilis juga dapat meningkatkan risiko penularan HIV 3-5 kali lebih tinggi dibandingkan dengan pasien tanpa sifilis. Berdasarkan *Center for Disease Control* (CDC), terdapat peningkatan kasus sifilis di Amerika Serikat pada tahun 2000-2016 khususnya pada laki-laki yang berhubungan seksual dengan laki-laki (LSL). Dilaporkan 47.0% pasien sifilis dengan infeksi HIV adalah LSL, 10.7% adalah laki-laki yang berhubungan seksual dengan perempuan, dan 4.1% perempuan yang berhubungan seksual dengan perempuan.<sup>6</sup>

Berdasarkan data dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2022, terdapat sekitar 526.841 orang dengan HIV.<sup>2</sup> Sedangkan data di RSUP Prof. Dr. I G.N.G. Ngoerah Denpasar dilaporkan terdapat peningkatan kasus HIV dari tahun 2020 terdapat 5859 kasus, tahun 2021 terdapat 6096 kasus, dan tahun 2022

terdapat 6472 kasus dan ditemukan 66 kasus penularan dari LSL dengan HIV.<sup>7</sup> Sedangkan untuk kasus sifilis pada tahun 2018-2023 di RSUP Prof. Dr. I G.N.G. Ngoerah ditemukan 514 kasus sifilis baru.<sup>8</sup>

Infeksi HIV, sifilis, dan kondiloma akuminata memiliki faktor risiko yang tumpang tindih dan koinsiden dari ketiga penyakit ini dapat menyebabkan kesulitan untuk mendiagnosis dan tatalaksana.<sup>9</sup> Manifestasi klinis sifilis bermacam-macam bergantung stadiumnya, pada sifilis sekunder memiliki beberapa gambaran yang khas namun dapat juga menyerupai penyakit kulit lain sehingga disebut "*the great imitator*." Salah satu lesi tipikal pada sifilis sekunder adalah kondiloma lata yang juga mirip dengan kondiloma akuminata. Namun, kedua kondisi ini juga dapat terjadi bersamaan oleh karena memiliki faktor risiko yang sama.<sup>9</sup> Laki-laki seks dengan lelaki adalah salah satu risiko IMS yang merupakan laki-laki heteroseksual (tertarik pada perempuan) namun juga secara bersamaan tertarik pada laki-laki.<sup>10</sup>

Laporan kasus ini melaporkan kasus sifilis sekunder dengan gambaran tipikal roseola sifilitika dan kondiloma lata disertai kondiloma akuminata perianal pada pasien LSL dengan infeksi HIV stadium I yang mengalami perbaikan signifikan setelah terapi. Infeksi menular seksual sering terjadi bersamaan pada populasi risiko tinggi seperti LSL, sehingga pelaporan kasus ini bertujuan untuk menambah wawasan mengenai pentingnya mengenali gambaran klinis tipikal pada sifilis sekunder maupun melakukan pemeriksaan sifilis pada pasien LSL dengan HIV.

## KASUS

Pasien merupakan seorang laki-laki usia 24 tahun, suku Bali, datang ke Poliklinik VCT RSUP Prof. Dr. I G.N.G. Ngoerah

Denpasar pada tanggal 26 September 2023 dengan membawa hasil pemeriksaan laboratorium anti-HIV yang reaktif dari rumah sakit swasta setelah penegakan diagnosis HIV, pasien kemudian dikonsultasikan ke Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUP Prof. Dr. I G.N.G. Ngoerah Denpasar pada tanggal 17 Oktober 2023 dengan kecurigaan infeksi sifilis.

Berdasarkan anamnesis dengan pasien, pasien mengeluhkan muncul bercak kemerahan pada telapak tangan dan kaki, perut, paha, betis dan kaki sejak kurang lebih sekitar 1 bulan sebelum pemeriksaan. Awalnya bercak pertama kali muncul pada telapak tangan kemudian menyebar ke area lain. Bercak dikatakan tidak gatal, tidak nyeri, dan semakin hari bercak dirasakan bertambah banyak.

Pasien juga mengeluhkan muncul kutil pada sekitar anus yang dirasakan hampir bersamaan dengan munculnya bercak yaitu satu bulan sebelum pemeriksaan. Awalnya kutil dirasakan hanya dua biji kecil, namun lama kelamaan kutil membesar, melebar. Kutil kadang dirasakan gatal, namun gatal tidak mengganggu aktivitas. Pasien lebih merasakan ada yang mengganjal pada anus, nyeri pada kutil dirasakan minimal hanya jika tertekan saat duduk, namun tidak mengganggu aktivitas.

Pasien tidak pernah mengalami keluhan serupa. Riwayat luka pada kelamin sebelumnya tidak diketahui. Riwayat batuk lama, rambut rontok, luka pada rongga mulut mual, muntah, nyeri pada leher, dan sering lupa disangkal oleh pasien. Pasien mengatakan tidak ada penurunan berat badan dalam tiga bulan terakhir dan mengatakan memang memiliki tubuh yang kurus sejak kecil. Riwayat diare selama sekitar 2 minggu dikatakan tidak ada. Pasien terdiagnosis infeksi *Human Immunodeficiency Syndrome* satu bulan sebelum pemeriksaan di Poli VCT RSUP

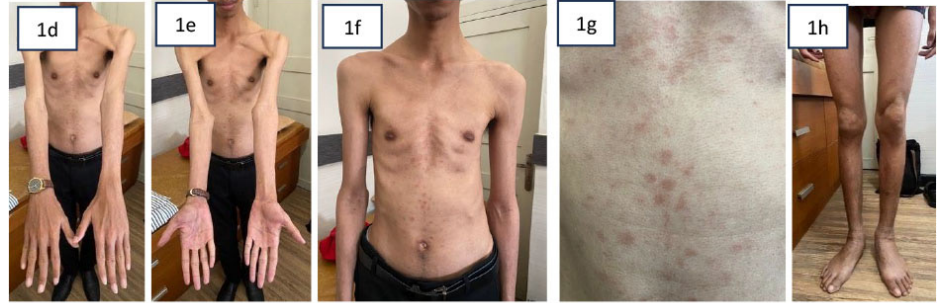
Prof. Dr. I G.N.G. Ngoerah. Riwayat penyakit seperti diabetes, tensi tinggi, keganasan dan penyakit sistemik, serta Riwayat alergi makanan maupun obat-obatan tidak ada.

Riwayat pengobatan, pasien rutin mengonsumsi obat anti retroviral (ARV) dari Poli VCTRSUP Prof. I.G.N.G. Ngoerah Denpasar. Obat ARV pasien adalah TLD yang berisikan Tenofovir, Lamivudin dan Dolutegravir yang diminum satu kali sehari. Riwayat pengobatan untuk bercak pada kulit pasien disangkal. Riwayat pengolesan minyak-minyak tradisional disangkal oleh pasien.

Riwayat penyakit keluarga, tidak ada yang mengalami keluhan serupa pada keluarga pasien. Riwayat penyakit sistemik pada keluarga seperti diabetes melitus, hipertensi, penyakit imunosupresi, keganasan, dan penyakit sistemik lain dikatakan tidak ada. Riwayat alergi pada keluarga juga disangkal.

Riwayat sosial, pasien merupakan anak kedua dari dua bersaudara. Pasien tinggal sendiri, dan saat ini pasien belum menikah. Pasien merupakan seorang pegawai swasta yang bekerja di salah satu apotek. Saat ini pasien masih aktif bekerja. Riwayat penggunaan tato, minum alkohol, penggunaan obat-obatan suntik disangkal. Riwayat seksual, pasien mengatakan saat ini tidak memiliki pacar. Pasien terakhir berhubungan seksual pada bulan Mei 2023 (sekitar 5 bulan sebelum pemeriksaan), pasien tidak pernah memiliki pacar sebelumnya. Pasien berhubungan seksual dengan sesama laki-laki dan memiliki riwayat berganti-ganti pasangan seksual sebanyak delapan orang. Pasien pertama kali berhubungan seksual saat berusia 20 tahun dan selalu berhubungan seksual dengan sesama laki-laki. Pasien memiliki riwayat berhubungan seksual dengan orang yang tidak pasien kenal. Pasien berhubungan seksual secara oro-genital dan ano-genital. Pasien mengatakan berhubungan seksual beberapa kali menggunakan kondom namun juga pernah tidak menggunakan kondom. Pasien tidak mengetahui riwayat seksual maupun penyakit seksual dari pasangannya.

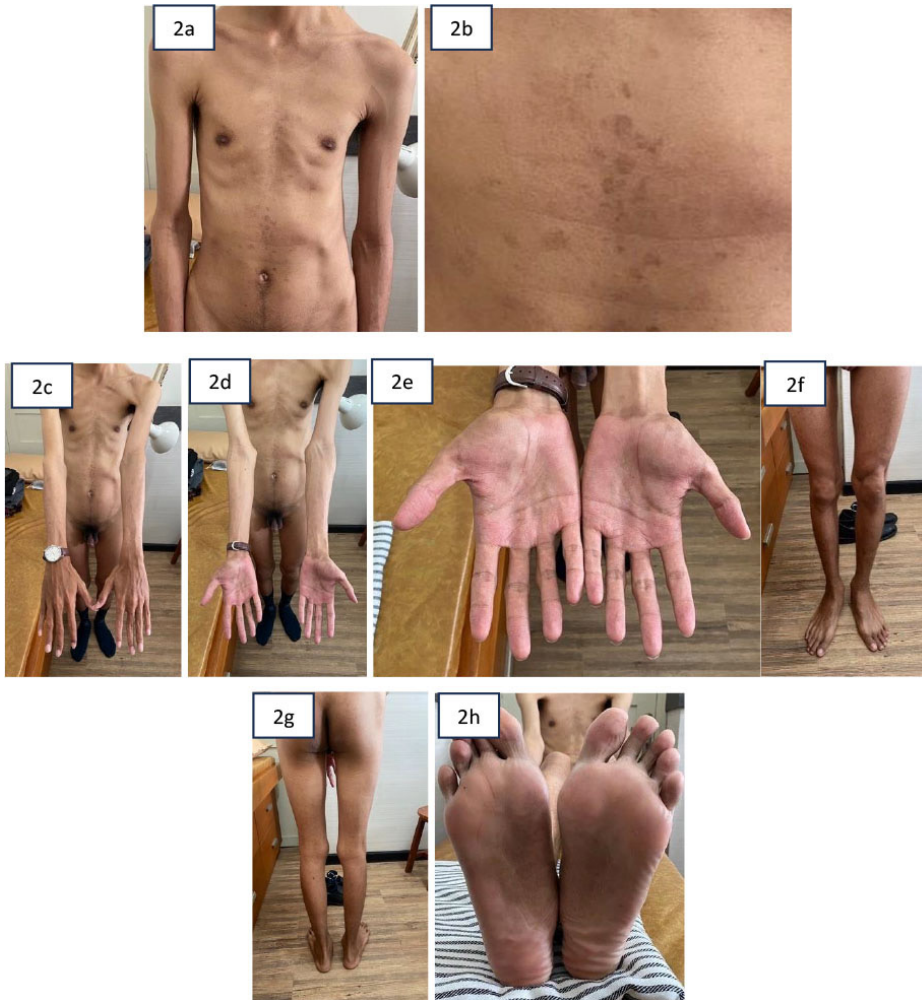
Berdasarkan pemeriksaan fisik ditemukan keadaan umum pasien sakit ringan dengan kesadaran kompos mentis.



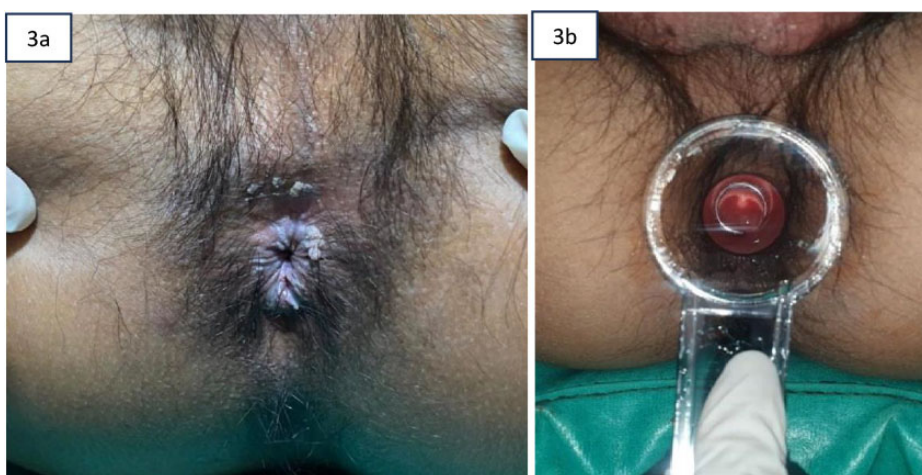
**Gambar 1a-c.** Tidak ditemukan effloresensi pada wajah. **Gambar 1d-1k.** Pada badan, telapak tangan dan telapak kaki tampak gambaran makula eritema berbentuk bulat dengan skuama tipis pada tepi lesi yang sesuai dengan gambaran roseola sifilitika. **Gambar 1l.** Tampak gambaran papul-plak dengan permukaan licin pada regio perianal.

Pada status *present*, tanda vital dalam batas normal yaitu tekanan darah 110/80 mmHg, denyut nadi 86 kali/menit, respirasi 20 kali/menit, dan temperatur aksila 36,6°C. Berat badan 54 kg, tinggi badan 175 cm dengan *Body Mass Index (BMI)*: 17,63 kg/m<sup>2</sup> (*underweight*). Pada status generalis didapatkan kepala normosefali, tidak didapatkan gambaran *moth-eaten alopecia*, maupun rambut yang rontok. Pada pemeriksaan mata ditemukan konjungtiva tenang, tidak ada

hiperemis. Pada pemeriksaan telinga, hidung, dan tenggorokan ditemukan kesan tenang dan tidak ada *plaques fauches en praire* pada mukosa lidah. Pemeriksaan jantung didapatkan S1 S2 tunggal reguler tidak ada murmur, suara napas vesikuler tidak ada rhonki maupun *wheezing*. Pada pemeriksaan abdomen tidak ditemukan adanya pembesaran hati maupun lien. Pada pemeriksaan ekstremitas teraba hangat dan tidak ada edema. Tidak ditemukan kelainan pada kuku, rambut,



**Gambar 2a-h.** Tampak gambaran roseola sifilitika beberapa menjadi hiperpigmentasi dan beberapa menghilang.



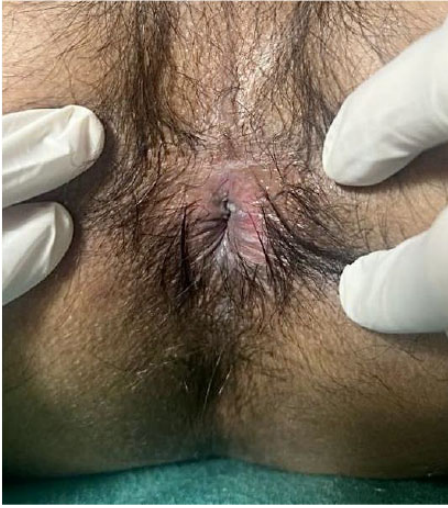
**Gambar 3a.** Pada bagian perianal tampak papul multipel sewarna kulit dengan permukaan verukosa. **Gambar 3b.** Pada pemeriksaan anoskopi tidak ditemukan kelainan.

maupun pembesaran kelenjar getah bening. Pada status dermatologis pada lokasi torakoabdominal anterior, palmar

manus et plantar pedis dekstra et sinistra, extremitas inferior dextra et sinistra ditemukan macula-patch, eritema,

multipel, batas tegas, bentuk bulat hingga geografika, ukuran 0,5x0,9cm – 1x1,1cm beberapa berkonfluens, tersebar diskret, bebera di atasnya terdapat skuama tipis pada tepi lesi. Pada status venereologi lokasi perianal ditemukan plak, eritema hingga sewarna kulit, multipel, batas tegas, bentuk bulat hingga geografika, ukuran 1x1cm – 1x1,5cm beberapa berkonfluens, permukaan licin, tersebar lokalisata. Pada lesi dilakukan pemeriksaan *acetowhite* dengan hasil positif.

Pada pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada tanggal 9 Oktober 2023 didapatkan leukosit  $5.33 \times 10^3/\mu\text{L}$  (4.1-11); neutrofil  $3.14 \times 10^3/\mu\text{L}$  (2.5-7.5); hemoglobin 10.50 g/dL (13.5-17.5); hematokrit 44.70 % (41-53); trombosit  $296.00 \times 10^3/\mu\text{L}$  (150-440). Hasil pemeriksaan penunjang pada 10 Oktober 2023 ditemukan *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) reaktif dengan titer >1:128 dan *Treponema Pallidum Hemagglutination* (TPHA) reaktif >1:2560. Pemeriksaan mikroskop lapangan gelap telah dilakukan pada lesi plak lic disekitar anus dengan hasil tidak ditemukan *T. Pallidum*. Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang, diagnosis kerja dari bagian dermatologi dan venereologi adalah sifilis sekunder dengan roseola sifilitika dan kondiloma lata diagnosis banding dengan kondiloma akuminata disertai dengan infeksi HIV. Pada pasien diberikan tatalaksana benzatin penisilin 2,4 juta IU intramuskular dosis tunggal. Sebelum pasien diberikan injeksi benzatin penisilin, dilakukan *skin test* terlebih dahulu kemudian dilakukan observasi setelah penyuntikan. Pasien diberikan penjelasan mengenai reaksi yang dapat timbul beberapa jam setelah penyuntikan yaitu reaksi *Jarisch-Herxheimer*. Pasien diminta kontrol berkala setelah injeksi yaitu pada bulan ke -3, -6, -9, dan -12. Pasien disarankan untuk abstinensia, setia pada satu pasangan, jika berhubungan seksual selalu menggunakan kondom, tidak menggunakan obat-obatan terlarang maupun jarum suntik. Pasien juga diberi komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) mengenai penyakit yang diderita, penyebab, kemungkinan menularkan ke pasangan seksualnya, obat yang diberikan, manfaat dan efek samping obat.



**Gambar 4.** Terdapat perbaikan setelah terapi TCA 80%, tampak papul verukosa berkurang namun timbul erosi pasca tutul.

Berdasarkan pemeriksaan yang dilakukan oleh TS penyakit dalam divisi infeksi tropik tidak ditemukan penurunan berat badan dalam 3 bulan terakhir, tidak ditemukan diare, demam, maupun batuk lama. Pada pemeriksaan *Provider Initiated Test and Counseling* (PITC) didapatkan hasil Anti-HIV reaktif, penurunan CD4 Absolut #263 (404-1.612), HbsAg non reaktif, anti HCV non reaktif, SGOT 24.00, SGPT 8.00, BUN 8.1, dan SC 0.72. Pasien didiagnosis dengan infeksi HIV stadium I (WHO) on *Highly Active Anti Retroviral Therapy* (HAART) dan *Tenofovir Disoproxil Fumerate*, *Lamivudine*, dan *Dolutegravir Sodium*, yang diminum tiap 24 jam. Pasien di KIE mengenai penyakitnya, hasil pemeriksaan, pengobatan dan risiko penularannya. Pasien disarankan untuk rutin kontrol untuk pengambilan obat ARV setiap bulannya, atau bila ada keluhan.

#### **PENGAMATAN LANJUTAN I (22 November 2023)**

Pasien datang ke Poli Kulit dan Kelamin untuk kontrol satu bulan pasca injeksi benzatin penisilin. Tidak ada reaksi alergi pasca injeksi. Pasien mengeluhkan benjolan pada anus sudah membaik namun terdapat benjolan kecil yang terasa masih ada namun sudah membaik dari sebelumnya. Benjolan yang sebelumnya licin dikatakan sudah menghilang namun ada benjolan dengan permukaan kasar.

Benjolan dikatakan tidak gatal maupun nyeri, pasien hanya merasakan tidak nyaman pada pantat. Keluhan bercak kemerahan yang sebelumnya ada pada telapak tangan dan kaki sudah menghilang, sedangkan bercak kemerahan yang ada pada dada dan perut beberapa menghilang dan beberapa berubah warna menjadi kecokelatan. Pasien menyangkal adanya berhubungan seksual selama melakukan terapi.

Berdasarkan pemeriksaan fisik, keadaan umum pasien baik. Status *present* dan status generalis dalam batas normal. Pemeriksaan status dermatologis pada regio torakoabdominal anterior ditemukan makula-*patch*, hiperpigmentasi, multipel, batas tegas, bentuk bulat hingga geografika, ukuran 0.5x0.9cm – 1x1.1cm beberapa berkonfluens, tersebar lokalisata. Pada pemeriksaan status venereologi pada regio perianal ditemukan papul sewarna kulit, multipel, batas tegas, bentuk bulat hingga geografika, ukuran 0.3x0.5cm – 0.5x0.6cm, dengan permukaan verukosa, konsistensi padat, konfigurasi bergerombol, distribusi lokalisata. Pada lesi dilakukan pemeriksaan *acetowhite* dengan hasil positif. Pada pemeriksaan anoskopi untuk melihat anus tidak ditemukan effloresensi.

Diagnosis kerja pasien dari bagian dermatologi dan venereologi adalah *follow up* sifilis sekunder dengan roseola sifilitika dan kondiloma lata (membaik) dengan kondiloma akuminata dan infeksi HIV stadium I on HAART. Pasien kemudian diberikan tatalaksana bedah kimawi dengan tutul *trichloroacetic acid* (TCA) 80% pada lesi dan diulang setiap minggu, pasien juga diberikan zinc 20mg tablet tiap 4,5 jam intraoral, dan natrium fusidat krim tiap 12 jam apabila terdapat lesi erosi setelah tutul TCA.

Pasien dijelaskan mengenai risiko perilaku seks bebas yang dijalani pasien, pasien juga disarankan untuk menggunakan kondom bila berhubungan seksual, dan tidak berganti-ganti pasangan. Sebelum melakukan tutul TCA pasien disampaikan kemungkinan risiko ada nya rasa perih, hingga dapat muncul luka setelah dilakukannya tutul.

#### **PENGAMATAN LANJUTAN II (12 DESEMBER 2023)**

Pasien datang kontrol ke Poliklinik Kulit dan Kelamin untuk melanjutkan

pengobatan. Saat ini pasien mengatakan keluhan benjolan pada pantat masih ada namun sudah berkurang dan mengecil. Gatal maupun nyeri pada benjolan disangkal. Pasien mengatakan merasakan perih pada area luka yang terkena tutul. Demam, batuk, maupun pilek tidak dirasakan oleh pasien.

Pada pemeriksaan fisik, status *present* dan status generalis dalam batas normal. Pada pemeriksaan status dermatologis tidak ditemukan effloresensi pada semua regio. Pada pemeriksaan status venereologis regio perianal ditemukan papul sewarna kulit, multipel, batas tegas, bentuk bulat hingga geografika, ukuran 0.2x0.2cm – 0.2x0.5cm, dengan permukaan verukosa, konsistensi padat, konfigurasi bergerombol, distribusi lokalisata. Selain itu pada perianal juga ditemukan erosi soliter, batas tegas, bentuk geografika, ukuran 0,5x0,8cm, dengan dasar bersih, lokalisata.

Pasien didiagnosis dengan *follow up* kondiloma akuminata (membaik) dengan sifilis sekunder dan infeksi HIV stadium I on HAART. Saat ini pasien dilakukan pengobatan dengan tutul TCA 80% pada lesi, pemberian natrium fusidat krim tiap 12 jam topikal pada lesi luka. Pasien di KIE untuk menjaga higienitas perianal, dan tetap melanjutkan tutul TCA setiap minggu hingga lesi menghilang. Pasien juga diberikan KIE untuk pemantauan keberhasilan terapi sifilis akan dilakukan dengan rencana pemeriksaan VDRL kuantitatif pada 1 bulan pasca injeksi terakhir, kemudian dilakukan berkala pada bulan ke -3, -6, -9, dan -12. Pasien juga disarankan untuk tetap kontrol ke poli VCT terkait kondisi HIVnya.

#### **PEMBAHASAN**

Sifilis, kondiloma akuminata, dan HIV merupakan penyakit infeksi yang ditularkan secara seksual.<sup>10</sup> Laki-laki yang berhubungan seksual dengan laki-laki merupakan kelompok yang rentan terhadap semua penyakit yang menular secara seksual. Populasi laki-laki seksual dengan lelaki adalah laki-laki yang melakukan aktivitas seksual dengan sesama jenis, tanpa memandang bagaimana mereka mengidentifikasi diri. Laki-laki dengan kondisi ini biasanya mengidentifikasi dirinya sebagai gay,

homoseksual, atau mungkin tidak memiliki identitas seksual sama sekali.<sup>11</sup>

Gambaran perilaku seksual LSL menunjukkan bahwa LSL cenderung tidak menikah, memiliki banyak pasangan seks, berganti-ganti pasangan dalam berhubungan seks dan banyak diantara LSL juga membeli dan menjual seks. Selain itu, perilaku penggunaan kondom dan pelumas masih rendah pada LSL.<sup>11</sup> Perilaku seksual yang berhubungan seksual secara ano-genital menyebabkan lebih sering menimbulkan luka dan lebih berisiko terkena penyakit menular seksual yang hingga kini meningkat.<sup>6</sup> Terlebih lagi pasien LSL dengan HIV yang memiliki sistem imunitas yang rendah akan memudahkan infeksi virus HPV untuk berkembang dan menimbulkan gejala.<sup>2</sup> Kondiloma akuminata merupakan infeksi menular seksual yang disebabkan oleh *Human Papilloma Virus* (HPV) yang biasanya terjadi bersamaan dengan infeksi HIV. Pada penelitian yang dilakukan oleh Mawardi dkk, menemukan semua pasien yang memiliki virus HPV risiko tinggi adalah LSL, ditemukan 30% pasien laki-laki dengan status HIV positif, dan dari pemeriksaan *immunohistochemistry* 15% sampel menunjukan HPV risiko tinggi.<sup>12</sup>

Pada LSL yang menderita HIV memiliki prevalensi tinggi dan mengalami peningkatan terdiagnosis sifilis baru-baru ini.<sup>11</sup> Sebuah penelitian melaporkan 10.3% LSL dengan HIV positif yang mengunjungi klinik penyakit menular seksual mengalami sifilis, dibandingkan dengan 2.6% LSL tanpa HIV. Laporan dari CDC menyatakan 47% LSL yang terdiagnosis sifilis juga hidup dengan HIV. Angka yang tinggi ini menjadi perhatian karena infeksi sifilis dan meningkatkan *viral load* HIV dan penurunan CD4 pada individu dengan HIV, sehingga meningkatkan kemungkinan menularkan virus. CDC merekomendasikan pasien dengan HIV harus diskriming untuk infeksi menular seksual termasuk sifilis.<sup>13</sup>

Pada sifilis sekunder gambaran klinis sifilis dapat menimbulkan beberapa gejala. Pasien sering mengalami gejala sistemik termasuk demam, sakit kepala, anoreksia, penurunan berat badan, nyeri tenggorokan, dan mialgia.<sup>14</sup> Sifilis sekunder juga dapat memberikan kelainan pada mukosa, kelenjar getah bening, mata, hepar, tulang,

dan saraf. Pada kelainan kulit yang basah atau eksudatif sangat menular, sedangkan lesi yang kering kurang menular.<sup>15</sup> Gejala yang paling penting untuk membedakan sifilis sekunder dengan penyakit kulit yang lain adalah tidak gatal dan sering disertai limfadenitis generalisata. Gambaran klinis sifilis sekunder pada kulit dapat berupa eritema makular, berbintik-bintik, berwarna merah tembaga, bulat atau lonjong yang disebut roseola, dapat juga berbentuk papul yang disertai skuama pada pinggir lesi yang disebut kolerat, pustul atau menyerupai varisela yang disebut sifilis variseliformis, berbagai morfologi kulit dalam satu waktu berupa papul, pustul, krusta yang berkonfluensi sehingga menyerupai impetigo dan disebut sifilis impetiginosa, jika timbul sebagai ulkus dapat disebut ektima sifilitikum.<sup>9,15</sup> Sedangkan kelainan sifilis sekunder pada mukosa disebut enanem terutapa pada mulut dan tenggorok termasuk sngina sifilitika eritematosa, *plaque muqueuses* (*mucous patch*) berupa papul eritematosa, permukaan datar, biasanya miliar atau lenticular dapat juga muncul pada selaput lender alat genital. Kelainan pada rambut dapat terjadi kerontokan rambut yang difus dan tidak khas dan ditumbuhi rambut yang tipis yang disebabkan oleh bakteri *T. pallidum* menginvasi akar rambut. Kelainan pada kuku jarang terjadi, namun dapat terjadi perubahan warna kuku, rapuh, bagian distal menjadi hiperkeratotik dan kuku terangkat yang disebut onikia sifilitika.<sup>15-17</sup> Pada pasien ditemukan bercak kemerahan berbentuk bulat dengan skuama kolaret pada dada, perut, extremitas, telapak tangan dan kaki sesuai dengan teori. Pada pasien juga ditemukan adanya bercak kulit yang meninggi dengan permukaan licin dan basah pada sekitar anus yang dirasakan bersamaan dengan lesi kemerahan pada kulit sesuai dengan teori.

Diagnosis sifilis dapat ditegakkan melalui anamnesis perilaku yang berisiko. gambaran klinis yang sesuai dan harus dikonfirmasi dengan pemeriksaan penunjang yang menemukan *T. pallidum* dalam eksudat lesi ulkus atau jaringan melalui pemeriksaan mikroskop lapangan gelap.<sup>1,14</sup> Pada pasien telah dilakukan pemeriksaan mikroskop lapangan gelap pada lesi kondiloma lata pada perianal

namun hasilnya tidak ditemukan adanya *T. Pallidum*, hal ini dapat disebabkan oleh cara pengambilan sampel maupun pembacaan klinisi yang dapat menimbulkan negatif palsu.

Penegakan diagnosis sifilis juga dapat dilakukan dengan pemeriksaan *immunohistochemistry*, *silver impregnation*, atau PCR yang diperlukan untuk mendeteksi bakteri.<sup>18</sup> Pemeriksaan yang sering dilakukan adalah serologis sifilis, yaitu tes treponemal dan tes non treponemal. Pemeriksaan treponemal seperti *Fluorescent Treponemal Antibody Absorption* (FTA-ABS) dan *Treponema Pallidum Haemagglutination Assay* (TPHA) digunakan sebagai uji konfirmasi sifilis karena memiliki sensitivitas dan spesifitas yang lebih tinggi, namun tes ini dapat mendeteksi antibodi dalam jumlah kecil dan antibodi yang dihasilkan akan menetap seumur hidup, sehingga tes ini tidak dapat digunakan sebagai monitoring efektifitas terapi.<sup>19</sup> Sedangkan tes non treponemal seperti *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) dan *Rapid Plasma Reagen* (RPR) dapat digunakan untuk skrining sifilis dan pemantauan terapi.<sup>5,20</sup> Tes ini akan reaktif dalam waktu 4 hingga 5 minggu setelah infeksi. Hasil pemeriksaan dapat ditampilkan dalam bentuk kualitatif dan kuantitatif. Titer kuantitatif yang tinggi mengindikasikan infeksi yang aktif. Setelah pemberian terapi, diharapkan titer akan turun sebanyak empat kali lipat atau lebih rendah dalam 6 bulan pada sifilis primer maupun sekunder dan non reaktif dalam waktu 12 hingga 24 bulan setelah pengobatan.<sup>20</sup> Pada kasus ditemukan hasil VDRL reaktif dengan titer > 1:128 dan TPHA reaktif >1:256. Pasien dengan gambaran tipikal berupa roseola sifilitika dan kondiloma lata dengan hasil VDRL dan TPHA yang reaktif dapat ditegakkan diagnosis sifilis sekunder. Namun, pada pasien dengan infeksi HIV dapat mempersulit diagnosis serologis sifilis dan tindak lanjut berikutnya, oleh karena dapat terjadi hasil tes serologi negatif palsu yang disebut sebagai *fenomena prozone*. Juga dapat terjadi reaksi serofast yaitu hasil tes non-treponema reaktif yang persisten, bahkan setelah pengobatan yang tepat.<sup>21,22</sup>

Kemungkinan penularan kondiloma akuminata antara pasien yang terinfeksi

kepada pasangannya sangat tinggi yaitu sekitar 65%. Masa inkubasi infeksi HPV sekitar 3 minggu hingga 8 bulan, dan sering menimbulkan lesi pada kulit pada bulan kedua.<sup>20</sup> Umumnya kondiloma akuminata tidak menimbulkan keluhan namun bentuknya dapat menyebabkan stress psikologis. Kutil pada perianal dapat menyebabkan iritasi dan nyeri, lesi dapat bertangkai atau melekat di dasar atau kadang berpigmen. Pada bentuk keratotik karena berkeratin menyerupai kutil biasa umumnya dijumpai di daerah yang kering yaitu anogenital. Lesi bentuk papul biasanya didapati di daerah dengan keratinisasi sempurna yaitu penis, lateral vulva, perineum dan perianus.<sup>23</sup> Pada kasus ini, ditemukan adanya papul verukosa sewarna kulit pada regio perianus setelah melakukan tatalaksana benzathine penicillin untuk sifilis sekunder. Saat lesi kondiloma lata hilang, tampak lesi dengan permukaan verukosa yang sesuai dengan kondiloma akuminata

Penegakan diagnosis kondiloma akuminata dapat dilakukan dengan anamnesis berupa perilaku yang berisiko dan temuan klinis yang khas. Pada gambaran klinis yang tipikal, diagnosis dapat tegak secara klinis tanpa melakukan pemeriksaan penunjang. Namun, pada gambaran klinis yang tidak khas dapat dilakukan pemeriksaan penunjang berupa kolposkopi, dermoskopi, dan histopatologi.<sup>23,24</sup> Pemeriksaan yang sederhana dan rutin dilakukan untuk pasien yang dicurigai kondiloma akuminata adalah pemeriksaan *acetowhite* yang dilakukan dengan mengoleskan asam asetat pada kutil ditunggu selama 3-5 menit dan akan memberikan perubahan warna keputihan pada lesi.<sup>23</sup> Hal ini disebabkan oleh lesi kondiloma banyak mengandung keratin pada lesi bagian atas sehingga keratin menyerap asam asetat 5% yang menyebabkan perubahan warna tersebut. Namun pemeriksaan *acetowhite* ini tidak spesifik untuk menegakan diagnosis kondiloma akuminata, karena pada kasus kutil anogenital yang memiliki keratin yang tinggi dapat juga memberikan gambaran putih setelah diolesi asam asetat.<sup>25</sup>

Pada pasien HIV yang tidak diobati akan lebih mudah terkena kondiloma akuminata oleh karena ketidak

seimbangan sistem imun melawan virus. Selain itu, pasien dengan HIV dapat memberikan gambaran lesi displasia, berpotensi mengalami reaktivasi HPV, lesi lebih besar menjadi *giant condyloma acuminata*.<sup>3</sup> Pada kasus, tidak ditemukan adanya lesi lebih besar dan pasien baru pertama kali mengalami keluhan ini.

Pada pasien didiagnosis dengan infeksi HIV stadium I oleh karena tidak ditemukannya gejala HIV, saat ini pasien cukup kurus, namun pasien menyangkal adanya penurunan berat badan dalam 3 bulan terakhir, dan mengatakan pasien memang kurus sejak kecil. Infeksi HIV dikatakan positif apabila ditemukan tiga hasil pemeriksaan serologis dengan 3 metode atau reagen berbeda menunjukkan hasil reaktif dan pemeriksaan virologis kuantitatif atau kualitatif terdeteksi HIV.<sup>26</sup> Pada pasien dilakukan pemeriksaan HIV dengan tiga reagen berbeda dan mendapatkan hasil reaktif pada ketiga reagen tersebut dengan hasil CD4 absolut yaitu 263 sel/L. Pasien didiagnosis dengan HIV stadium I on *Highly Active Antiretroviral Therapy* (HAART) dan diberikan terapi antiretroviral (ARV).

Tatalaksana sifilis pada pasien dengan HIV tidak memiliki perbedaan dengan pasien tanpa HIV dan sebaiknya dilakukan secara bersamaan untuk meningkatkan perbaikan pasien.<sup>16</sup> Berdasarkan pedoman tatalaksana infeksi menular seksual tahun 2021 dari *Center for Disease Control and Prevention* (CDC), penatalaksanaan sifilis dilakukan berdasarkan stadium sifilis yaitu *Benzathine penicillin G* 2,4 juta unit intramuskular dosis tunggal dapat diberikan pada pasien dengan stadium primer, sekunder, dan sifilis laten dini. Sedangkan pada stadium sifilis laten lanjut dan stadium tersier diberikan *Benzathine penicillin G* 7,2 juta unit intramuskular di bagi dalam 3 dosis masing-masing 2,4 juta unit intramuskular tiap kali injeksi dengan interval injeksi satu minggu.<sup>27</sup> Pada pasien merupakan sifilis sekunder dan diberikan *Benzathine penicillin G* 2,4 juta unit intramuskular dosis tunggal sesuai pedoman. Sebelum pasien diinjeksi, pasien diminta persetujuan dan *informed consent* bahwa akan dilakukan pemeriksaan alergi berupa *skin test* untuk memastikan adanya kemungkinan reaksi alergi. Pada kasus ini tidak ditemukan adanya

tanda-tanda alergi penisilin, namun mengalami *Jarisch-Herxheimer* yang dapat menghilang sendirinya dalam waktu 24-36 jam. Gejalanya adalah demam, nyeri sendi, menggigil, hingga sakit kepala.

Setelah dilakukan injeksi *benzathine penicillin* dilakukan pengamatan 1 minggu kemudian. Lesi roseola sifilitika dan kondiloma lata pada pasien membaik signifikan namun terdapat lesi menyerupai kondiloma akuminata. Hal ini dapat terjadi karena sebelumnya sudah ada kondiloma akuminata yang berukuran kecil namun tertutupi lesi kondiloma lata yang lebih besar. Sehingga, ketika dilakukan terapi sifilis dan terjadi perbaikan muncul gambaran lesi baru yaitu kondiloma akuminata. Kondiloma akuminata dapat terjadi bersamaan dengan sifilis dan HIV, namun dapat juga saling mendahului. Kondisi ini erat berhubungan dengan adanya faktor risiko ketiga penyakit ini tumpang tindih.

Asam *trichloroacetate* adalah bahan yang bersifat korosif dan dengan cepat menjadi inaktif setelah kontak dengan kulit/lesi. Setelah diaplikasikan pada lesi menggunakan *cotton bud*, dibiarkan sampai kering dan terjadi *frosting*. Pengobatan diulang setelah satu minggu, dengan komplikasi pengobatan dapat terjadi erosi hingga ulkus dangkal.<sup>23</sup> Pada kasus pasien merupakan seorang laki-laki dengan lesi kondiloma akuminata pada regio perianal, terapi pilihan yang diberikan adalah TCA 80% ditutul di poli kulit, karena efektifitas yang baik dan ketersediaan di RSUP.

Terapi lini pertama pasien HIV adalah menggunakan 2 obat golongan *Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor* (NRTI) ditambah 1 obat golongan *Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor* (NNRTI). Terapi ARV kombinasi dosis tetap ini diminum sekali sehari, terdiri dari Tenofovir/Lamivudine/Dolutegravir (TLD) dalam bentuk *fixed dose* untuk meningkatkan angka kepatuhan minum obat. WHO merekomendasikan dolutegravir yang dikombinasikan dengan *nucleoside reverse-transcriptase inhibitor* (NRTI) sebagai ARV lini pertama terbaru yang dipilih pada dewasa, remaja, bayi dan anak-anak. Pada pasien telah dilakukan pemeriksaan oleh TS Penyakit Dalam dan menegakan diagnosis HIV stadium

I (WHO) on HAART kemudian telah diberikan terapi ARV yang mengandung *Dolutegravir Sodium*, *Lamivudine*, dan *Tenofovir Disoproxil Fumerate* yang diminum tiap 24 jam. Pasien tidak mendapatkan terapi koltrimoksasol karena CD4 diatas 200. Pasien diberikan KIE untuk rutin mengonsumsi obat, rutin kontrol, dan disarankan untuk tidak berhubungan seksual khususnya tanpa proteksi.

Pada kasus sifilis sekunder monitoring keberhasilan terapi dapat dilakukan dengan pemeriksaan serologi nontreponemal kuantitatif yang diulang pada bulan ke -6 dan 12 bulan. Monitoring dapat dilakukan lebih sering apabila ada kemungkinan infeksi berulang adanya gambaran klinis yang dicurigai.<sup>27</sup> Titer serologisnya harus dibandingkan dengan titer pertama kali sebelum terapi menggunakan alat ukur yang sama. Gagal terapi sifilis dapat ditegakkan pada pasien yang mengalami peningkatan titer VDRL lebih dari 4 kali lipat dibandingkan titer sebelumnya atau tidak mengalami penurunan sebanyak 4 kali dibandingkan titer sebelumnya dalam 12-24 bulan.<sup>20</sup> Namun dikatakan terdapat risiko kegagalan penurunan serologi sifilis pada pasien yang terinfeksi HIV. Pada kasus ini masih perlu pengamatan lebih lanjut untuk pemeriksaan monitoring serologi sifilis kuantitatif. Pada pasien juga terjadi koinsiden HIV dengan CD4 #263.

Pada pasien HIV yang menderita sifilis dan tidak diobati akan mengakibatkan replikasi virus yang lebih tinggi, jumlah CD4 yang lebih rendah, dan progresifitas menjadi sifilis lanjut akan lebih cepat.<sup>19</sup> Pada pasien, saat ini belum ada gejala yang mengarah ke komplikasi neurosifilis. Prognosis pasien sifilis primer dan sekunder adalah baik apabila mendapat tatalaksana lebih awal dan tepat. Pasien HIV yang menderita sifilis secara umum merespon terapi benzatin penisilin dengan baik. Prognosis menjadi buruk apabila pada pasien sudah terdapat komplikasi sifilis seperti keterlibatan kardiovaskular, maupun sistem saraf pusat.<sup>14,27</sup> Prognosis pasien baik karena lesi sifilis dan kondiloma akuminata pasien merespon terapi dengan baik, CD4 pasien juga masih diatas 200. Namun, memerlukan monitoring lebih lanjut untuk mengetahui keberhasilan terapi sifilis sesuai dengan pemeriksaan serologi kuantitatif.

## SIMPULAN

Klinisi dapat mencurigai adanya koinsiden penyakit menular seksual lain pada pasien LSL dan dapat membedakan klinis sifilis sekunder dan kondiloma lata pada pasien dengan HIV. Sehingga dapat memberikan tatalaksana lebih awal agar mengurangi angka morbiditas pada pasien LSL. Sosialisasi mengenai pengenalan dan pencegahan IMS pada populasi LSL harus tetap dilakukan sehingga LSL dapat lebih waspada akan bahaya penyakit menular seksual.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Kami mengucapkan terima kasih kepada semua staf yang mendukung penelitian ini.

## PENDANAAN

Tidak ada pendanaan pada penelitian ini.

## KONFLIK KEPENTINGAN

Para penulis menyatakan tidak ada konflik kepentingan di antara para penulis.

## PERTANYAAN ETIK

Laporan kasus ini telah mendapatkan izin atau persetujuan tertulis dari pasien dan mengikuti kode etik yang berlaku.

## KONTRIBUSI PENULIS

Seluruh penulis berkontribusi dalam pembuatan laporan kasus mulai dari pemilihan topik hingga persiapan naskah untuk publikasi laporan kasus ini.

## REFERENCES

1. Luppi CG, Gomes SEC, Silva RJC da, Ueno AM, Santos AMK Dos, Tayra Á, et al. Factors associated with HIV co-infection in cases of acquired syphilis reported in a Reference Center for Sexually Transmitted Diseases and AIDS in the municipality of São Paulo, Brazil, 2014. *Epidemiol e Serv Saude Rev do Sist Unico Saude do Bras*. 2018;27(1):e20171678.
2. Afriana N, Luhukay L, Mulyani PS, Irmawati, Romauli, Pratono, et al. Laporan Tahunan HIV/AIDS 2022 Kemenkes. 2022;1-91.
3. Primasari PY, Elis Indira IGAA, Indah Jayanthi AA. Kondiloma Akuminata Perianal Disertai Sifilis Sekunder Dan Infeksi HIV Stadium II Pada Remaja Laki-Laki Yang Berhubungan Seksual Dengan Laki-Laki: Laporan Kasus. *Intisari Sains Medis*. 2022;13(3):764-70.

- Available from: <http://dx.doi.org/10.15562/ism.v13i3.1534>
4. Weng R-X, Hong F-C, Yu W-Y, Cai Y-M. Compare HIV/syphilis infections between age groups and explore associated factors of HIV/syphilis co-infections among men who have sex with men in Shenzhen, China, from 2009 to 2017. *PLoS One*. 2019;14(10):e0223377-e0223377. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31581277>
  5. Anonim. Register Poliklinik VCT RSUP Prof. Dr. I G.N.G Ngoerah Denpasar. Denpasar; 2023.
  6. Devi M, Purwoko IH, Nugroho SA, Aryani IA, Budiamal S, Karim PL. Diagnosis, Treatment, and Prognosis of Syphilis in HIV Patient. *Biosci Med J Biomed Transl Res*. 2021;5(11):1153-64. Available from: <http://dx.doi.org/10.32539/bsm.v5i11.416>
  7. Anonim. Register Poliklinik VCT RSUP Prof. Dr. I G.N.G Ngoerah Denpasar. Denpasar; 2023.
  8. Anonim. Register Poliklinik Kulit dan Kelamin Divisi Infeksi Menular Seksual Rumah Sakit Umum Pusat Prof. Dr. I G.N.G. Ngoerah Denpasar. Denpasar; 2023.
  9. Kidd S, Torrone E, Su J, Weinstock H. Reported Primary and Secondary Syphilis Cases in the United States: Implications for HIV Infection. *Sex Transm Dis*. 2018;45(9S Suppl 1):S42-7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29465633>
  10. Firdaus S, Agustin H. Faktor Risiko Kejadian HIV pada Komunitas LSL (Lelaki Seks dengan Lelaki) Mitra Yayasan Lantera Minangkabau Sumatera Barat. *J Kesehat Komunitas*. 2013;2(2):94-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.25311/jkk.vol2.iss2.52>
  11. Pachauri S, Pachauri A, Mittal K. Men Who Have Sex with Men [Internet]. *SpringerBriefs in Public Health*. Springer Singapore; 2021. p. 9-25. Available from: [http://dx.doi.org/10.1007/978-981-16-4578-5\\_2](http://dx.doi.org/10.1007/978-981-16-4578-5_2)
  12. Mawardi P, Yuliarto D. Susceptibility of Male who Have Sex with Male to High-Risk Type Human Papillomavirus (HPV) 16 and 18 with Condyloma Acuminata. *Berk Ilmu Kesehat Kulit dan Kelamin*. 2022;34(3):197-202. Available from: <http://dx.doi.org/10.20473/bikk.v34.3.2022.197-202>
  13. California HIV/AIDS Policy & Research Centre. HIV and Syphilis: Rising Rates for Men who have Sex with Men (MSM). 2018;3:1-3.
  14. Cherneskie T, Augenbraun M, Blank S, Dunn A, Friedenber E, Hermoso A. An Update and Review of the Diagnosis and Management of Syphilis. *NYC Heal*. 2010;15-7.
  15. Menaldi SLS. Ilmu Penyakit Kulit Dan Kelamin. Edisi Ketujuh. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. 7th ed. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Jakarta; 2017.
  16. Haule A, Msemwa B, Mgaya E, Masikini P, Kalluvya S. Prevalence of syphilis, neurosyphilis and associated factors in a cross-sectional analysis of HIV infected patients attending Bugando Medical Centre, Mwanza, Tanzania. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1862.



17. Dhaliwal S, Patel M, Menter A. Secondary syphilis and HIV. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2012;25(1):87–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22275795>
18. Carvalho RX da C, de Araújo TME. Knowledge, attitudes and practices of university adolescents about syphilis: a cross-sectional study in the Northeast. *Rev Saude Publica*. 2020;54(120):1–13.
19. Tudor M, Al Aboud A, Leslie S. *Syphilis. StatPearls*. 2023.
20. Indriatmi W. *Pedoman Nasional Infeksi Menular Seksual*. 2020.
21. Sudharshan S, Menia NK, Selvamuthu P, Tyagi M, Kumarasamy N, Biswas J. Ocular syphilis in patients with human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome in the era of highly active antiretroviral therapy. *Indian J Ophthalmol*. 2020;17(1):1.
22. Kojima N, Klausner JD. An Update on the Global Epidemiology of Syphilis. *Curr Epidemiol reports*. 2018/02/19. 2018;5(1):24–38. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30116697>
23. Wresti I, Farida Z. *Infeksi Menular Seksual*. 5th ed. Sjaiful DF, Hanny N, Maker WIB, Farida Z, Rasmia R, Retno PS, editors. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2017. 161–175 p.
24. Lowell A. Goldsmith , Stephen I. Katz , Barbara A. Gilchrest, Amy S. Paller, David J. Leffell, KW. *Fitzpatrick's Dermatology*. Fitzpatrick's Dermatology. 2012.
25. Kusumaningsih E, Setyowatie L. Recurrent Giant Condylomata Acuminata Caused by Human Papilloma Virus in HIV with Homosexual Male. *Indones J Trop Infect Dis*. 2020;8(2):131. Available from: <http://dx.doi.org/10.20473/ijtid.v8i2.8375>
26. World Health Organization. *Consolidated Guidelines on Hiv Prevention, Testing, Treatment, Service Delivery and Monitoring: Recommendations for A Public Health Approach*. Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike. 2021.
27. Hazra A, Collison MW, Davis AM. *CDC Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines*, 2021. *JAMA*. 2022;327(9):870. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2022.1246>



This work is licensed under a Creative Commons Attribution