



INTISARI SAINS MEDIS

Published by Intisari Sains Medis

## Kondiloma akuminata perianal pada seorang laki-laki biseksual disertai infeksi HIV stadium III yang diterapi dengan kombinasi asam trikloroasetat 80% dan seng oral



CrossMark

Rahel Lisana Debora Hutagalung<sup>1\*</sup>, Anak Agung Gde Putra Wiraguna<sup>1</sup>

### ABSTRACT

**Background:** Condyloma acuminata in the homosexual population caused by anogenital sexual behavior causes more microabrasion to occur which increases the risk of infection with human papilloma virus (HPV) and HIV. This case report aims to provide an overview of the clinical outcome of condyloma acuminata in homosexual patients with HIV grade III.

**Case:** Male, 26 years old with an itchy and painless lump around the genitals and anal canal since two months ago. The new patient was diagnosed with HIV since two weeks before the visit to the Sanglah Hospital polyclinic. It was found that the patient was a homosexual with a history of multiple partners and had been going on for five years. Physical examination of the perianal region revealed multiple skin-colored tumors, geographic shape, 3x5cm - 3x5.5cm in size, with a verrucous surface, and solid consistency with

a positive acetowhite test that concluded as perianal condyloma acuminata. It was decided to give tricolor acetate (TCA) 80% spotted therapy and oral zinc sulfate 100mg/day. Up to 2 TCA session therapy and oral zinc administration in approximately three weeks, the lesion was getting better with efflorescence in the form of multiple papules, color of the mucosa that confluent to form a tumor, geographic shape, size 3x2cm - 3x3cm, smooth surface, solid consistency.

**Conclusion:** The response to treatment with TCA 80% for 2 times and oral zinc for 3 weeks was quite good, the number of lesions was reduced and the size of the lesions was reduced. The prognosis of the patient is dubious because even if the condyloma acuminata lesion has been repaired, the presence of HIV infection can lead to the risk of recurrence and the risk of progression to malignancy.

**Keywords:** zinc, condyloma acuminata, therapy, homosexual.

**Cite This Article:** Hutagalung, R.L.D., Wiraguna, A.A.G.P. 2021. Kondiloma akuminata perianal pada seorang laki-laki biseksual disertai infeksi HIV stadium III yang diterapi dengan kombinasi asam trikloroasetat 80% dan seng oral. *Intisari Sains Medis* 12(1): 76-82. DOI: [10.15562/ism.v12i1.869](https://doi.org/10.15562/ism.v12i1.869)

### ABSTRAK

**Latar belakang:** Kondiloma akuminata pada populasi homoseksual diakibatkan oleh perilaku seksual secara anogenital menyebabkan lebih banyak mikroabrasi yang terjadi yang menyebabkan peningkatan risiko infeksi *human papilloma virus* (HPV) dan HIV. Laporan kasus ini bertujuan untuk memberikan suatu gambaran luaran klinis dari kondiloma akuminata pada pasien homoseksual dengan HIV derajat III.

**Kasus:** Laki-laki, 26 tahun dengan benjolan risakan gatal dan tidak nyeri pada sekitar kelamin dan lubang anus sejak dua bulan yang lalu. Pasien baru terdiagnosa HIV sejak dua minggu sebelum kunjungan poliklinik RSUP Sanglah. Diketahui pasien merupakan seorang homoseksual dengan riwayat berganti-ganti pasangan dan sudah berlangsung selama lima tahun.

Pemeriksaan fisik region perianal menunjukkan tumor berwarna kulit multipel, bentuk geografika, ukuran 3x5cm - 3x5,5cm, dengan permukaan verukosa, dan konsistensi padat dengan hasil tes *acetowhite* positif yang disimpulkan sebagai suatu kondiloma akuminata perianal. Diputuskan untuk memberikan terapi tutul tricolor acetat 80% dan seng sulfat oral 100mg/hari. Hingga terapi 2 kali tutul dan pemberian seng oral dalam jangka waktu kurang lebih tiga minggu terjadi perbaikan lesi dengan efloresensi berupa papul multipel berwarna mukosa yang berkonfluen membentuk tumor, bentuk geografika, ukuran 3x2cm - 3x3cm, permukaan licin, konsistensi padat.

**Simpulan:** Respon pengobatan dengan TCA 80% selama 2 kali dan seng oral selama 3 minggu cukup

<sup>1</sup>Departemen/KSM Kulit dan Kelamin, Fakultas Kedokteran, Universitas Udayana-RSUP Sanglah Denpasar, Bali-Indonesia

\*Korespondensi:

Rahel Lisana Debra Hutagalung;  
Departemen/KSM Kulit dan Kelamin, Fakultas Kedokteran, Universitas Udayana-RSUP Sanglah Denpasar, Bali-Indonesia;  
[debzhuga15@gmail.com](mailto:debzhuga15@gmail.com)

Diterima: 28-11-2020  
Disetujui: 17-03-2021  
Diterbitkan: 01-04-2021

baik, jumlah lesi berkurang dan ukuran lesi mengecil. Prognosis dari pasien adalah dubius karena walaupun telah terjadi perbaikan lesi kondiloma akuminata,

adanya infeksi HIV dapat menyebabkan risiko terjadinya rekurensi dan risiko perkembangan ke arah keganasan.

**Kata kunci:** seng, kondiloma akuminata, terapi, homoseksual.

**Sitasi Artikel ini:** Hutagalung, R.L.D., Wiraguna, A.A.G.P. 2021. Kondiloma akuminata perianal pada seorang laki-laki biseksual disertai infeksi HIV stadium III yang diterapi dengan kombinasi asam trikloroasetat 80% dan seng oral. *Intisari Sains Medis* 12(1): 76-82. DOI: 10.15562/ism.v12i1.869

## PENDAHULUAN

Kondiloma akuminata (KA) merupakan infeksi menular seksual yang disebabkan oleh *Human Papilloma Virus* (HPV) yang mengenai mukosa dan kulit anorektal dan genitalia melalui hubungan seksual, baik genito- genital, oro-genital maupun ano-genital. Inokulasi virus lebih mudah terjadi pada permukaan mukosa karena permukaan mukosa lebih tipis dan mudah terjadi mikroabrasi.<sup>1</sup> Penyakit ini sangat umum terjadi pada dewasa muda baik pria maupun wanita, terutama mereka yang telah aktif melakukan hubungan seksual dan memiliki banyak pasangan seksual. Saat ini terdapat 130 tipe HPV dan 40 tipe diantaranya berhubungan dengan infeksi anogenital. Tipe HPV 6, 11, 42, 43 dan 44 termasuk ke dalam risiko rendah dan berhubungan dengan kutil genital (tipe 6 dan 11 menyebabkan HPV pada 90% kasus) sementara itu HPV tipe 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51 dan 52 termasuk ke dalam risiko tinggi dan berhubungan dengan *low grade* dan *high grade squamous intraepithelial lesion* (LSIL dan HSIL) serta kanker *invasive*.<sup>2,3</sup>

Angka kejadian kondiloma akuminata tidak berbeda pada laki-laki dan perempuan dan antar ras. Kelompok usia yang paling banyak terkena adalah usia dewasa muda yang aktif secara seksual, tercatat tertinggi pada wanita usia 20-24 tahun dan laki-laki usia 25-29 tahun.<sup>1,2</sup> Terdapat 500 ribu sampai 1 juta kasus baru KA di Amerika Serikat setiap tahunnya, dengan angka kejadian 3,4% (0,87 kasus per 100 orang).<sup>4</sup> Di Indonesia, prevalensi KA di masyarakat berkisar antara 5-19%.<sup>5</sup> Berdasarkan data di poliklinik kulit dan kelamin Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Sanglah Denpasar divisi Infeksi Menular Seksual (IMS) periode Januari

2019 hingga maret 2020 terdapat 156 kasus kunjungan kondiloma akuminata, 52 kasus baru KA, tercatat sebanyak 42 kasus terjadi pada laki-laki, 10 kasus terjadi pada perempuan, dan 45 kasus dengan *Human Immunodeficiency Virus* (HIV).<sup>6</sup>

Heteroseksual, homoseksual dan biseksual merupakan istilah yang sering digunakan yang mengarah kepada orientasi seksual. Biseksual adalah suatu perilaku ketertarikan seseorang baik laki-laki maupun perempuan terhadap sesama dan lawan jenis. Perilaku seksual pada kelompok Heteroseksual, homoseksual dan biseksual memiliki risiko tinggi untuk penularan *human immunodeficiency syndrome* (HIV) dan IMS lainnya termasuk KA.<sup>7</sup>

Infeksi HIV merupakan infeksi yang menyebabkan penurunan sistem kekebalan tubuh dan menyebabkan kumpulan gejala yang dikenal dengan *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS).<sup>5</sup> Di Asia, Laki-laki yang berhubungan Seksual dengan Laki-laki (LSL) maupun biseksual memiliki risiko 18,7 kali lipat untuk terinfeksi HIV dibandingkan dengan populasi umum. Selain berhubungan dengan infeksi HIV, perilaku seksual pada kelompok LSL dan biseksual juga berisiko tinggi dalam mentransmisikan berbagai agen infeksi menular seksual lainnya, salah satunya infeksi HPV yang muncul paling sering sebagai KA.<sup>7</sup>

Berikut dilaporkan kasus kondiloma akuminata perianal pada seorang laki-laki biseksual disertai infeksi HIV stadium III yang diterapi dengan kombinasi asam trikloroasetat 80% dan seng oral. Kasus ini dilaporkan dengan tujuan untuk meningkatkan pemahaman mengenai KA pada kondisi imunokompromais khususnya pada infeksi HIV, langkah penegakkan diagnosis, pemeriksaan

penunjang dan pemberian tatalaksana yang sesuai.

## LAPORAN KASUS

Pasien laki-laki, usia 26 tahun, suku Bali, warga negara Indonesia, datang ke Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUP Sanglah pada tanggal 5 Maret 2020. Pasien datang dengan keluhan muncul benjolan pada kelamin yang kasar sejak 2 bulan yang lalu, awalnya muncul benjolan seperti kutil berukuran kecil yang kemudian semakin bertambah besar. Pada benjolan dirasakan gatal dan tidak nyeri. Riwayat pendarahan dari benjolan tidak ada. Riwayat keluhan yang sama sebelumnya disangkal.

Pasien baru terdiagnosis infeksi HIV sejak 2 minggu yang lalu di puskesmas Denpasar barat. Pasien saat ini sedang pengobatan *antiretroviral* (ARV) berupa tenofovir/ lamivudin/ efavirenz 300/300/600 mg bulan ke – 1. Berat badan dikatakan menurun sejak 4 bulan terakhir (sekitar 5 kg) tanpa disertai demam, mudah lelah, dan batuk lama. Riwayat diare lama 3 bulan yang lalu. Riwayat penyakit sistemik lainnya seperti jantung, kencing manis, asma, dan tekanan darah tinggi disangkal. Pasien juga sudah diperiksa untuk test *Veneral Disease Research Laboratory* (VDRL) dan *Treponema pallidum Haemagglutination Assay* (TPHA) dengan hasil yang non reaktif.

Riwayat pengobatan untuk keluhan benjolan di kelamin belum pernah dilakukan. Riwayat alergi obat disangkal. Riwayat keluhan benjolan/kutil pada pacar perempuan maupun laki-laki pasien disangkal.

Riwayat sosial pasien bekerja sebagai pegawai di pabrik roti. Pasien belum menikah. Riwayat berhubungan seksual pertama kali dengan perempuan 8 tahun

yang lalu saat berusia 18 tahun, kemudian berhubungan seksual dengan laki-laki sejak 5 tahun yang lalu. Pasien hingga saat ini telah berhubungan seksual dengan 1 orang perempuan dan 1 orang laki-laki. Hubungan seksual dengan perempuan dilakukan dalam hubungan tetap atau pacaran selama 1,5 tahun terakhir. Sedangkan hubungan seksual dengan laki-laki dilakukan sejak 5 tahun yang lalu dengan berganti-ganti pasangan sebanyak 8 kali. Pasien melakukan aktivitas seksual ano-genital dan oro-genital dengan pacar laki-laki tanpa menggunakan kondom. Pasien berlaku sebagai insertif maupun reseptif. Riwayat menggunakan narkotika dan obat-obatan terlarang serta sering menggunakan jarum suntik bergantian disangkal. Riwayat *tattoo*, transfusi darah disangkal.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum pasien baik, kesadaran kompos mentis. Tekanan darah 120/80 mmHg, denyut nadi 80 kali per menit, frekuensi nafas 22 kali per menit, suhu aksila 36,5°C, berat badan 50 kg serta tinggi badan 165 cm, IMT 16,13 kg/m<sup>2</sup>. Pada status generalis didapatkan kepala normosefali, pada pemeriksaan mata tidak tampak ikterus maupun tanda-tanda anemia. Mukosa bibir tampak normal. Pada pemeriksaan telinga, hidung, dan tenggorokan tidak ditemukan adanya kelainan. Pemeriksaan jantung didapatkan suara jantung (S1 dan S2) tunggal, reguler, tidak terdapat murmur. Suara nafas vesikuler, tidak terdengar *ronkhi* atau *wheezing*. Pemeriksaan abdomen didapatkan bising usus dalam batas normal, tidak ada distensi abdomen. Pada pemeriksaan ekstremitas teraba hangat, tidak dijumpai adanya edema. Tidak terdapat pembesaran kelenjar limfe leher, aksila dan inguinal.

Status venereologis pada lokasi perianal didapatkan efloresensi berupa tumor sewarna kulit multipel, bentuk geografika, ukuran 3x5cm – 3x5,5cm, dengan permukaan verukosa, dan konsistensi padat (**Gambar 1**).

Dari anamnesis dan pemeriksaan fisik, lesi perianal didiagnosis banding dengan kondiloma akuminata dan kondiloma lata. Pemeriksaan *acetowhite* menggunakan asam asetat 4% pada lesi tumor di perianal didapatkan pemutihan pada lesi (**Gambar**

2).  
Diagnosis kerja pada pasien adalah kondiloma akuminata perianal yang disertai infeksi HIV stadium III. Penatalaksanaan yang diberikan adalah dilakukan tutul TCA 80% (tutul pertama) pada lesi kondiloma akuminata yang akan dilakukan setiap minggu sampai lesi menghilang dan pemberian imunomodulator sistemik berupa seng sulfat oral 2,5 mg/kg/hari (100 mg/ hari) selama 8 minggu.

Pasien direncanakan pemeriksaan darah lengkap dan kimia darah sebelum pemberian terapi seng oral. Pasien diberi komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) mengenai penyakit, efek samping terapi, dan kemungkinan rekurensi lesi kondiloma, pentingnya abstinensia selama pengobatan. Selain itu pasien ditekankan mengenai perlunya mengkonsumsi ARV secara teratur, pemakaian kondom yang rutin dan tidak berganti pasangan seksual, serta untuk kontrol 1 minggu kemudian. Selanjutnya atas persetujuan, pasien disarankan kontrol ke bagian *voluntary counseling and testing* (VCT) RSUP Sanglah untuk penanganan rutin terhadap penyakit HIV yang dideritanya.

**PENGAMATAN LANJUTAN PERTAMA**

Pasien datang kembali untuk kontrol setelah terapi tutul TCA sebanyak 1x dan seng oral selama 1 minggu. Dari anamnesis tidak didapatkan benjolan baru, benjolan di anus dirasakan mengecil, namun kadang terasa gatal. Tidak ada keluhan nyeri maupun luka setelah pengobatan, tidak ada keluhan sulit BAB maupun BAB darah. Riwayat kontak seksual selama pengobatan kutil disangkal.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum baik, status *present* dan status generalis dalam batas normal. Status venereologis pada lokasi perianal didapatkan efloresensi berupa tumor



**Gambar 1.** Pada lokasi perianal, tampak papul sewarna kulit multipel (lingkaran hitam) dengan ukuran bervariasi dan tumor multipel bentuk akuminata dengan permukaan verukosa (tanda panah hitam).



**Gambar 2.** Pemeriksaan *acetowhite* yang positif pada lesi di perianal



**Gambar 3.** (a) Lesi KA perianal sebelum dilakukan terapi tutul TCA 80% dan seng oral 100 mg/hari; (b) Lesi KA perianal yang tampak mengecil setelah 2 kali terapi TCA 80% dan seng oral 100 mg/hari selama 1 minggu.



**Gambar 4.** (a) Lesi Kondiloma akuminata sebelum terapi TCA 80% pertama, ukuran 3x5cm – 3x5,5cm; (b) Lesi Kondiloma akuminata *post* TCA 80% pertama, ukuran 3x4cm – 3x5cm; (c) Lesi Kondiloma akuminata *post* TCA 80% kedua, ukuran 3x2cm – 3x3cm.

multiple sewarna kulit, bentuk geografika, ukuran 3x4cm – 3x5cm, dengan permukaan licin, dan konsistensi padat (Gambar 3a dan 3b).

Hasil pemeriksaan laboratorium darah lengkap pada tanggal 6 Maret 2020, didapatkan eritrosit 4,53 K/ $\mu$ L (4,0-5,20); hemoglobin 12,16 g/dL (12,0-16,0); hematokrit 43,95% (36-46); platelet 285,10 K/uL (140-440); leukosit 8,7 K/ $\mu$ L (4,1- 11) neutrofil 5,71 K/ $\mu$ L (2,5-7,5); limfosit 2,47 K/ $\mu$ L (1-4); monosit 0,59 K/ $\mu$ L (0,1- 1,2); eosinofil 0,14 K/ $\mu$ L (0-0,5); basofil 0,08 K/ $\mu$ L (0-0,1). Pada pemeriksaan kimia darah didapatkan SGOT 20,9 IU/L (11,0-27,0); SGPT 19,0 IU/L (11-34); BUN 11,0 mg/dL (8,0-23,0); kreatinin 0,83 mg/dL (0,7-1,2); Hasil serologi VDRL dan TPHA didapatkan non-reaktif.

Diagnosis kerja pada pasien adalah *follow up* kondiloma akuminata genital dan disertai dengan infeksi HIV stadium III. Penatalaksanaan yang diberikan adalah tutul TCA 80% (tutul kedua) setiap minggu sampai lesi menghilang dan sengulfat 100 mg/ hari (20 mg tiap 4,5 jam) peroral selama 8 minggu. Pasien disarankan agar tidak kontak seksual selama pengobatan.

Dari bagian VCT, pasien didiagnosis dengan infeksi HIV stadium III dan kondiloma akuminata genital. Pasien disarankan untuk melanjutkan terapi ARV tenofovir/ lamivudin/ efavirenz 300/300/600 mg, dan dianjurkan kontrol kembali setiap bulan.

#### PENGAMATAN LANJUTAN KEDUA

Pasien datang kembali untuk kontrol. Dari anamnesis tidak didapatkan lesi baru, benjolan pada genital yang teraba kasar masih ada, beberapa sudah rontok dan dirasakan mengecil. Riwayat kontak seksual selama pengobatan kutil disangkal.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum baik, status *present* dan status generalis dalam batas normal. Status venereologis pada perianal didapatkan efloresensi berupa papul multipel sewarna mukosa yang berkonfluen membentuk tumor, bentuk geografika, ukuran 3x2cm–3x3cm, permukaan licin, konsistensi padat (Gambar 4a, 4b, dan 4c).

Diagnosis kerja pada pasien adalah *follow up* kondiloma akuminata yang disertai infeksi HIV stadium III. Penatalaksanaan yang diberikan adalah

tutul TCA 80% (tutul ketiga) sekali setiap minggu sampai lesi menghilang dan sengulfat oral 20 mg tiap 4,5 jam per oral selama 8 minggu. Pasien disarankan agar tidak kontak seksual selama pengobatan, pasien juga diberikan KIE untuk rutin kontrol.

#### PEMBAHASAN

Kondiloma akuminata (KA) adalah salah satu bentuk infeksi menular seksual dengan manifestasi klinis *genital warts* yang disebabkan oleh HPV dengan perubahan hiperplasia mukosa dan kulit, terutama pada area anogenital.<sup>1,2,3</sup>

Penularan KA terutama melalui kontak seksual baik genito-genital, oro-genital maupun anogenital. Waktu yang dibutuhkan mulai dari inokulasi HPV sampai terjadi manifestasi klinis, bervariasi antara 3 minggu sampai 8 bulan. Permukaan mukosa yang lebih tipis lebih rentan terhadap inokulasi virus dibandingkan dengan kulit yang berkeratin tebal, sehingga mikroabrasi pada permukaan epitel memungkinkan virus dari pasangan seksual yang terinfeksi masuk ke dalam lapisan sel basal pasangan yang tidak terinfeksi.<sup>1,5</sup>

Orientasi seksual pada manusia secara garis besar dapat diklasifikasikan menjadi tiga, yaitu heteroseksual, homoseksual dan biseksual. Biseksual merupakan orientasi seksual yang mempunyai ciri-ciri berupa ketertarikan estetis, psikologis, emosional dan seksual kepada laki-laki dan perempuan.<sup>7,8</sup> Prevalensi biseksual dalam kelompok LSL bervariasi, dipengaruhi oleh budaya lokal serta penerimaan penduduk akan kelompok LSL. Pada banyak negara, keberadaan kelompok LSL sangat ditentang serta mendapatkan tekanan sosial yang tinggi. Hal ini menyebabkan kelompok LSL menyembunyikan orientasi seksual mereka dan terlibat dalam hubungan heteroseksual.<sup>9</sup> Dilihat dari pasangan seksualnya, kelompok biseksual dikatakan cenderung memiliki banyak pasangan, diantaranya pasangan laki-laki tetap, pasangan laki-laki tidak tetap, penjaja seks laki-laki, penjaja seks wanita, pasangan wanita tetap dan pasangan wanita tidak tetap.<sup>1</sup> Hal ini memiliki dampak yang besar dalam hal transmisi HIV dan IMS lainnya, dimana kelompok biseksual menjembatani

penyebaran HIV dan IMS dari kelompok LSL ke populasi umum (pasangan wanita tetap).<sup>5,9</sup> Lau dkk dalam sebuah penelitian pada kelompok biseksual di Cina mendapatkan angka penggunaan kondom yang rendah baik saat berhubungan seksual dengan laki-laki maupun wanita.<sup>9</sup> Sementara itu, faktor risiko lainnya yang meningkatkan risiko terkena IMS pada kelompok biseksual diantaranya adalah: menurunnya ketakutan akan infeksi HIV karena meningkatnya penanganan akan infeksi ini, meningkatnya penggunaan akses internet dan media sosial untuk mendapatkan pasangan seksual, meningkatnya penggunaan agen-agen disfungsi ereksi, serta meningkatnya penggunaan alkohol dan obat-obat terlarang.<sup>10</sup>

Pada kelompok LSL ini, perilaku seksual secara anogenital menyebabkan lebih banyak mikroabrasi yang terjadi yang menyebabkan peningkatan risiko infeksi HPV dan HIV.<sup>1,11</sup> Risiko ini didapatkan lebih besar pada peran reseptif dibandingkan insertif, dengan risiko 8,2 per 1000 kontak untuk hubungan seksual secara anal reseptif tanpa proteksi dan 0,6 per 1000 kontak untuk hubungan seksual secara anal insertif tanpa proteksi dengan pasangan yang mengidap HIV.<sup>1,12</sup>

Pada kasus, pasien adalah seorang laki-laki biseksual yang berhubungan seksual pertama kali dengan perempuan 8 tahun yang lalu saat berusia 18 tahun, kemudian berhubungan seksual dengan laki-laki sejak 5 tahun yang lalu. Pasien hingga saat ini telah berhubungan seksual dengan 1 orang perempuan dan 1 orang laki-laki. Hubungan seksual dengan perempuan dilakukan dalam hubungan tetap atau pacaran selama 1,5 tahun terakhir. Sedangkan hubungan seksual dengan laki-laki dilakukan sejak 5 tahun yang lalu dengan berganti-ganti pasangan sebanyak 8 kali. Pasien melakukan aktivitas seksual ano-genital dan oro-genital dengan pacar laki-laki tanpa menggunakan kondom. Pasien berlaku sebagai insertif maupun reseptif. Selain itu, pasien juga baru diketahui menderita infeksi HIV 2 minggu yang lalu, sehingga terdapat kerentanan terhadap infeksi HPV berupa keadaan imunokompromais.

Kondiloma akuminata anal maupun intraanal sering terjadi pada kelompok

LSL yang berperan sebagai reseptif dalam hubungan seksualnya. Penelitian saat ini menunjukkan hubungan yang kuat dan konsisten antara peningkatan jumlah pasangan seksual dengan peningkatan infeksi HPV. Faktor risiko lainnya yaitu hubungan seksual pada usia dini, adanya kanker serviks pada pasangan seksual wanita, hubungan seksual dengan pasangan yang kurang dikenal, keadaan immunosupresi dan pada kehamilan.<sup>2,13</sup>

Diagnosis KA dapat ditegakkan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Salah satu pemeriksaan penunjang yang cukup mudah untuk dikerjakan adalah pemeriksaan acetowhite. Pemeriksaan ini dilakukan dengan mengoleskan asam asetat 3-5% pada lesi yang dicurigai dan ditunggu dalam sepuluh menit. Bila positif akan tampak berwarna keputihan pada lesi yang dioleskan. Pemeriksaan acetowhite juga dapat mendeteksi lesi KA yang subklinis dan menentukan batas pada lesi yang datar. Namun pemeriksaan ini memiliki spesifisitas yang rendah yaitu sekitar 50-60%. Apabila dengan pemeriksaan acetowhite masih meragukan dapat dilakukan pemeriksaan histopatologi. Pemeriksaan histopatologis diindikasikan pada keadaan berikut, meliputi saat diagnosis tidak pasti, ketika lesi gagal memberikan respon atau menjadi lebih parah selama terapi, atau ketika kondiloma memiliki gambaran yang tidak biasa. Pada pemeriksaan histopatologis akan terlihat gambaran papilomatosis, akantosis, rete ridges yang memanjang dan menebal, parakeratosis dan vakuolisasi pada sitoplasma (koilositas).<sup>1,4,14</sup>

Meskipun secara klinis lesi KA mudah untuk dikenali, pada beberapa lesi sulit untuk dibedakan dengan lesi kondiloma lata. Kondiloma lata merupakan salah satu dari bentuk klinis sifilis sekunder yang ditandai dengan papul atau plak yang tampak lembab, hipopigmentasi dan maserasi dengan permukaan yang licin. Kondiloma lata memiliki kemiripan dengan kondiloma akuminata sebagai lesi yang meninggi, namun terdapat beberapa perbedaan, yaitu: 1) KA tampak seperti kembang kol yang berlapis sedangkan kondiloma lata tampak licin, 2) KA tampak kering sedangkan kondiloma lata tampak lembab, dan 3) KA tampak berbungkul

sedangkan kondiloma lata cenderung pipih. Apabila secara klinis juga sulit dibedakan, dapat dilakukan pemeriksaan penunjang berupa pemeriksaan DFM pada lesi kondiloma lata.<sup>11,15</sup>

Selain kondiloma akuminata, pasien juga disertai dengan infeksi HIV. Berdasarkan klinis pada kasus, meskipun pasien tidak memiliki riwayat pembesaran kelenjar getah bening, namun adanya penurunan berat badan >10% dan riwayat diare kronik > 1 bulan maka pasien didiagnosis dengan infeksi HIV stadium III. Kadar CD4 pasien adalah 254 sel/mm<sup>3</sup>, sehingga pasien memiliki indikasi untuk pemberian terapi ARV berupa kombinasi tenofovir/ lamivudin/ efavirenz dan pasien tidak membutuhkan pemberian terapi profilaksis.

Penatalaksanaan KA umumnya bertujuan untuk menghilangkan gejala klinis atau lesi yang tampak, sehingga dapat mencegah transformasi ke arah keganasan. Tanpa pengobatan, KA dapat mengalami regresi, menetap, bertambah besar atau bertambah jumlahnya. Dibutuhkan beberapa kali waktu pengobatan untuk menghilangkan lesi kondiloma tersebut. Dengan demikian perlu diberikan penjelasan kepada pasien mengenai pengobatan yang diberikan dan kemungkinan untuk terjadinya rekurensi.<sup>16,17</sup> Modalitas terapi KA yang direkomendasikan oleh *Centers for Disease Control (CDC)* dibagi menjadi 2 kelompok: (1) modalitas terapi yang diaplikasikan sendiri oleh pasien, antara lain *imiquimod* 3,75% atau 5% krim, atau *podoflox* 0,5% larutan atau gel, atau *sinecatechins* 15% salep; dan (2) modalitas terapi yang harus diaplikasikan oleh dokter, antara lain larutan *TCA* 80-90%, atau *Bichloroacetic acid (BCA)* 80-90%, atau krioterapi dengan nitrogen cair, atau bedah eksisi, bedah listrik, maupun laser.<sup>18</sup>

Asam trikloroasetat (TCA) mempunyai konsentrasi yang bervariasi antara 80-90%. Bahan ini mampu berpenetrasi cepat dan memiliki efek kaustik dengan menimbulkan koagulasi dan nekrosis pada jaringan superfisial. Keuntungan dari TCA adalah sangat efektif untuk lesi yang kecil, bersifat iritasi lokal dan jarang menimbulkan toksisitas sistemik sehingga aman digunakan pada lesi mukosa (vagina, anal, serviks) dan lesi yang banyak dan

luas.<sup>11,14</sup> Asam trikloroasetat diaplikasikan secara hati-hati pada lesi hingga menjadi bentuk gambaran bekuhan putih (*frosting*), dioleskan setiap minggu dan dapat diulang hingga mencapai 6 minggu. Angka keberhasilan terapi berkisar antara 70 hingga 80% dengan risiko kekambuhan sebesar 35%.<sup>17</sup>

Pada laporan kasus ini, pasien mendapatkan tutul TCA 80% sebanyak 3 kali dan telah menunjukkan adanya perbaikan klinis dengan berkurangnya ukuran dan jumlah lesi di perianal. Tidak didapatkan adanya efek samping yang diamati pada kasus.

Selain agen topikal dan bedah, imunomodulator dapat digunakan sebagai terapi tambahan pada kasus infeksi HPV yang persisten, rekuren, serta mengenai area yang luas. Imunomodulator dikenal juga dengan nama *biological response modifier/ immunoaugmentor*, merupakan senyawa/ zat, baik topikal maupun sistemik, yang dapat mengembalikan keseimbangan sistem imun.<sup>19</sup> Salah satu imunomodulator sistemik yang cukup sering digunakan adalah seng. Seng merupakan salah satu mineral sangat diperlukan oleh sistem imunitas seluler. Menurut penelitian Raza N, Al-Guinairi, dan Kalio dkk, defisiensi seng ditemukan meningkat pada subjek dengan infeksi virus yang kronis, seperti infeksi HPV dan infeksi HIV, keganasan maupun penyakit autoimunitas.<sup>20-22</sup> Penggunaan seng oral sebagai imunomodulator diharapkan dapat meningkatkan respon imunitas selular sehingga dapat digunakan sebagai pilihan terapi tambahan untuk menyembuhkan infeksi HPV persisten yang disertai dengan kondisi imunokompromais. Insiden defisiensi seng juga ditemukan menurun pada subjek dengan infeksi HIV. Penelitian yang dilakukan oleh Koch dkk, pada pasien AIDS, sebanyak 29% mengalami defisiensi seng dan sebanyak 21% memiliki kadar seng pada nilai ambang terendah. Penelitian yang dilakukan oleh Kalio dkk, yang membandingkan kadar seng plasma pada subjek HIV positif dengan subjek HIV negatif didapatkan rata-rata kadar seng lebih rendah pada subjek HIV positif dibandingkan HIV negatif.<sup>22</sup> Kekambuhan dilaporkan lebih sering pada pasien dengan keadaan immunosupresi, dimana 66,4% pasien kondiloma dengan HIV

mengalami kekambuhan dan hanya 26,8% pada pasien kondiloma tanpa HIV.<sup>21</sup>

Pasien pada laporan kasus ini, selain agen topikal, diberikan pula terapi kombinasi dengan imunomodulator sistemik, dengan pertimbangan karena pasien menderita infeksi HPV yang disertai dengan infeksi HIV, yang merupakan kelompok yang memiliki faktor risiko mengalami defisiensi seng, sehingga mendasari terapi suplementasi seng pada pasien ini.

Mekanisme kerja seng sebagai imunomodulator adalah memediasi respon imunitas alamiah dari neutrofil dan sel NK kemudian selanjutnya memediasi respon imunitas selular. Penelitian pada hewan coba menunjukkan bahwa defisiensi seng dapat menyebabkan penurunan maturasi sel T yang selanjutnya akan menurunkan produksi IL-2 dan INF- $\gamma$  oleh sel Th1.<sup>23</sup> Protein E6 dan E7 HPV berperan penting terhadap patogenesis infeksi HPV yang persisten. Protein E6 dan E7 dapat menghambat *tumor supresor gen* (*p53* dan *pRB*) pada *host*, sehingga HPV dapat terus mengalami replikasi dan transkripsi untuk mempertahankan genom virus.<sup>24</sup> Seng memiliki efek apoptosis yang dapat menghambat protein E6 dan E7 HPV dan dapat menghambat pembentukan *Reactive Oxygen Species* (ROS). Apabila ROS dihambat, maka tidak akan terjadi aktivasi *NF- $\kappa$ B*, yang mengakibatkan tidak terjadinya aktivasi transkripsi faktor pertumbuhan (*VEGF*, *cyclin D1*, *EGFR*) dan molekul antiapoptosis (*Bcl2*, *BclXL*, *cIAP-2*) yang berperan penting pada proliferasi sel kanker.<sup>25</sup>

Dosis suplementasi seng sulfat oral untuk imunomodulator diberikan mulai dari 2,5mg/kg/hari sampai dengan 10 mg/kg/hari selama 2 bulan. Perbaikan klinis sempurna dilaporkan terjadi pada 84-87% subjek dengan infeksi HPV, dan tidak ditemukan adanya rekurensi pasca terapi dalam kurun waktu 1 tahun.<sup>26</sup> Kontraindikasi pemberian terapi seng sebagai imunomodulator adalah kondisi hamil, menyusui, penyakit jaringan ikat, pasien dengan pengobatan immunosupresan, dan sedang konsumsi obat antihistamin antagonis H2. Selain itu, seng juga dapat menghambat penyerapan obat *pencillamide*, tetrasiklin, dan kuinolon, sehingga sebaiknya tidak

diberikan pada pasien yang sedang mengonsumsi obat-obatan tersebut.<sup>21-25</sup>

Efek samping pemberian suplemen seng oral sebagai imunomodulator yang pernah dilaporkan antara lain mual, muntah, nyeri ulu hati, anemia hipokromik mikrositer, serta defisiensi *copper*. Namun efek samping ini belum pernah diamati pada beberapa penelitian yang memberikan terapi suplemen seng dengan dosis sebagai imunomodulator dalam periode waktu 2 bulan.<sup>21-25</sup>

Pasien pada laporan kasus ini mendapatkan terapi seng sulfat oral dengan dosis 100 mg/hari (2,5 mg/kg/hari) yang rencana akan diberikan selama 8 minggu. Pada pengamatan 3 minggu pemberian terapi, didapatkan perbaikan klinis yang tampak dengan berkurangnya ukuran dan jumlah lesi kondiloma akuminata. Tidak didapatkan adanya kontraindikasi maupun efek samping pemberian seng sebagai imunomodulator pada kasus ini.

Setelah lesi kondiloma akuminata hilang, kunjungan *follow up* 3 bulan berikutnya diperlukan untuk mengidentifikasi rekurensi. Kekambuhan dilaporkan lebih sering pada pasien dengan keadaan immunosupresi, dimana 66,4% pasien kondiloma dengan HIV mengalami kekambuhan dan hanya 26,8% pada pasien kondiloma tanpa HIV. Risiko kekambuhan dilaporkan 2 kali lipat lebih tinggi pada pasien HIV dengan CD4 kurang dari 200 sel/mm<sup>3</sup>. Namun risiko kekambuhan ini dapat dikurangi dengan pemberian terapi antiretroviral.<sup>17</sup>

Prognosis kondiloma akuminata pada kasus adalah *dubius ad bonam* karena didapatkan adanya respon pengobatan yang baik setelah 2 kali tutul TCA dan pemberian seng oral selama 3 minggu. Namun adanya kondisi imunokompromais berupa infeksi HIV stadium III, sehingga risiko rekurensi lebih tinggi. Demikian pula risiko keganasan meningkat pada keadaan imunokompromais.

## SIMPULAN

Telah dilaporkan satu kasus kondiloma akuminata perianal pada seorang laki-laki biseksual disertai infeksi HIV stadium III yang diterapi dengan kombinasi asam trikloroasetat 80% dan seng oral. Diagnosis ditegakkan dari anamnesis,

pemeriksaan fisik, dan penunjang. Dari anamnesis, pasien mengeluh muncul benjolan di sekitar anus yang muncul sejak 2 bulan lalu, dikeluhkan makin lama makin bertambah besar, serta kasar pada perabaan. Pada pemeriksaan fisik daerah perianal didapatkan Tumor sewarna kulit multipel, bentuk bulat dengan permukaan licin, dan tumor multipel, bentuk akuminata, dengan permukaan verukosa, serta pada pemeriksaan HRA didapatkan lesi *acetowhite* (+) di perianal. Respon pengobatan dengan TCA 80% selama 2 kali dan seng oral selama 3 minggu cukup baik, jumlah lesi berkurang dan ukuran lesi mengecil. Prognosis dari pasien adalah dubius karena walaupun telah terjadi perbaikan lesi kondiloma akuminata, adanya infeksi HIV dapat menyebabkan risiko terjadinya rekurensi dan risiko perkembangan ke arah keganasan.

## PENDANAAN

Penulis menyatakan tidak melibatkan pihak kedua maupun ketiga dalam pembuatan laporan kasus ini.

## KONFLIK KEPENTINGAN

Penulis menyatakan tidak terdapat konflik kepentingan terkait publikasi dari laporan kasus ini.

## ETIKA DALAM PUBLIKASI

Pasien telah menandatangani lembar persetujuan bahwa terdapat fotografi dan data medis yang dipublikasikan dengan tetap merahasiakan identitas pribadi dari pasien saat melakukan publikasi pada jurnal ilmiah kedokteran.

## KONTRIBUSI PENULIS

Rahel Lisana Debora Hutagalung bertanggung jawab terhadap penelusuran kasus, monitoring, terapi dan penulisan naskah publikasi. Anak Agung Gde Putra Wiraguna bertanggung jawab terhadap supervisi, dan penulisan naskah publikasi. Seluruh penulis telah menyetujui bentuk akhir dari publikasi laporan kasus ini.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Winer RL, Koutsky LA. Genital Human Papillomavirus Infection. In: Holmes KK, Sparlingman PF, Stamm WE, Piot P, Wasserheit JN, Corey L, Cohen MS, Watts DH. Sexually Transmitted Disease. 4<sup>th</sup> edition. New York: McGraw Hill; 2008; p. 490-501.
2. Androphy EJ, Welton ML. Human Papilloma Virus Infections. In : Wolff K, Goldsmith LA, Katz S, Gilchrest BA, Pallen AS, Leffell DJ, eds. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 8<sup>th</sup> edition. New York: MacGraw-Hill; 2012; p.2421-33.
3. Dhumale SB, Sharma S, Gulbake A. Ano-genital warts and HIV status- a clinical study. J of Clin Diagnostic Res. 2017;11(1);1-4.
4. Gormley RH, Kovarik CL. Human papilloma virus-related genital disease in the immunocompromised host: part I. J Am Acad Dermatol. 2012;66(6):867.e1-e17
5. Wang HY, Xu JJ, Zou HC, Reilly KH. Sexual Risk Behaviour and HIV Infection among Men and Women in China: evidence From A Systematic Review and Meta- Analysis. BioMed Research International. 2015;6:1-12.
6. Anonim. Register pasien poliklinik Kulit dan Kelamin Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar. Januari 2019-maret 2020. Tidak dipublikasikan.
7. Mayer KH, Carballo-Diequez A. Homosexual and Bisexual Behavior in Men in Relation to STDs and HIV Infection. In: Holmes KK, Sparling PF, Stamm WE, Piot P, Wasserheit JN, Corey L, Cohen MS, Watts DH, eds. Sexually Transmitted Diseases. Fourth edition. New York: McGraw-Hill; 2008:203-218.
8. Sianturi Hanami E. Gambaran psychological well-being pada individu biseksual yang berpacaran. Universitas Sumatera Utara Institutional Repository; 2011:19-31.
9. Lau JTF, Wang M, Wong HN, Tsui HY. Prevalence of Biseksual Behaviors Among Men Who Have Sex With Men (MSM) in China and Associations Between Condom Use in MSM and Heterosexual Behaviors. Sexually Transmitted Diseases. 2008;35(4):406-413.
10. Mayer KH. Sexually Transmitted Disease in Men Who Have Sex With Men. CID. 2011;53(3):S79-S83.
11. Fernandes JV, Fernandes TAA. Human Papillomavirus: Biology and Pathogenesis. In: Broeck DV, editors. Human Papillomavirus and Related Diseases-From Bench to Bedside-A Clinical Perspective. InTech;2012:3-41.
12. Pitts MK, Couch MA, Smith AM. Men who have sex with men (MSM); How much to assume and how to ask?. eMJ. 2006;185(8):450-2.
13. WHO. Rapid Assessment and Response Adaptation Guide on HIV and Men Who Have Sex with Men. WHO, Geneva. 2004:1-61.
14. Murtiastutik, D. Penatalaksanaan Kondiloma Akuminata. In: Barakbah J, Lumintang H, Martodiharjo S, eds. Buku Ajar Infeksi Menular Seksual. First Edition. Surabaya: Airlangga University Press;2007; p.170-80.
15. Desphande DJ, Nayak CS, Mishra SN, Dhurat RS. Verrucous condyloma lata mimicking condyloma acuminata: An unusual presentation. J Sex Transm Dis. 2009;30:100-102.
16. Doorbar J, Egawa N, Griffin H, Murakami I. Human papillomavirus molecular biology and disease association. Rev Med Virol. 2016;25:2-23.
17. Fathi R, Tsoukas MM. Genital warts and other HPV infections: Established and novel therapies. Clinics in Dermatology. 2014;32:299-306.
18. Egelkroun EM, Galloway DA. The Biology of Genital Human Papillomaviruses. In: Holmes KK, Sparling PF, Stamm WE, Piot P, Wasserheit JN, Corey L, Cohen MS, Watts DH, editors. Sexually Transmitted Diseases. 4th ed. New York: McGrawHill. 2008; p. 463-488.
19. Wulan IGAK, Agusni I. Penggunaan Imunomodulator Untuk Berbagai Infeksi Virus Pada Kulit (Immunomodulators for a Variety of Viral Infections of The Skin). Berkala Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin (Periodical of Dermatology and Venerology). 2015; 27(1):63-69.
20. Raza N, Khan DA. Zinc Deficiency in Patients with Persistent Viral Warts. Journal of The College of Physicians and Surgeons Pakistan. 2010;20(2):83-86.
21. Naseri M, Shahbaz S, Handjani F, Ghariheh A. Serum Zinc Level in Patients with Multiple Warts. Journal of Pakistan Association of Dermatologist. 2009;19:4-8.
22. Kalio IS, Adjugah OGE. Immunomodulatory Trace Element (Zinc) in HIV Sero Positive Individuals. IOSR Journal of Nursing and Health Service. 2014;55-57.
23. Shanmugasundaram S, You J. Review Targeting Persistent Human Papillomavirus Infection. Viruses. 2017;229(9):1-14.
24. Shabaka FH, et all. Zinc Deficiency and Oral Zinc Sulphate Treatment in Patients With Persistent Viral Wart. World Journal of Pharmaceutical and Medical Research. 2017;2(6):221-225.
25. Prasad AS. Zinc: Role in Immunity, Oxidative Stress, and Chronic Inflammation. Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2009;12:646-652.
26. Gracia L, et al. Oral Zinc Sulfate for Unresponsive Cutaneous Viral Warts: Too Good To Be True? A Double-Blind Randomized, Placebo-Controlled Trial. British Association of Dermatologist. 2009;34:e984-e985.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution