

Satu kasus sifilis sekunder pada pasien dengan HIV positif

Qaira Anum, Rina Gustia, Marina S.B

Fakultas Kedokteran Universitas Andalas - Padang
Email: Qaira@med.unand.ac.id

Abstrak : Sifilis merupakan infeksi menular seksual yang disebabkan oleh *Treponema pallidum*. Sifilis sering ditemukan bersamaan dengan infeksi *Human*

Immunodeficiency Virus (HIV), dimana penatalaksanaan sifilis pada pasien yang ko-infeksi dengan HIV menjadi masalah karena seringnya terjadi kegagalan terapi dan terjadinya kekambuhan sehingga perlu dilakukan follow secara berkala. Kami melaporkan kasus sifilis sekunder pada pasien laki-laki biseksual usia 26 tahun dengan infeksi HIV. Pada pemeriksaan status dermatologik terdapat makula eritem pada kedua telapak tangan dan kedua telapak kaki, pada kuku pasien juga terdapat perubahan bentuk dan warna. Dengan titer serologi VDRL 1: 256 dan TPHA 1 : 1280. Pasien diberikan terapi Injeksi Benzatin Penisilin G 2,4 juta intramuskular dosis tunggal.

Kata kunci: Sifilis sekunder, HIV, Benzatin Penisilin G 2,4 juta

Abstract: Syphilis is a sexually transmitted infection caused by *Treponema pallidum*. Syphilis is often found together with Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection, where the management of syphilis in patients co-infected with HIV becomes a problem because of frequent failure of therapy and recurrence, so it is necessary to follow up regularly. We report a case of secondary syphilis in a 26-year-old bisexual male patient with HIV infection. On examination of the dermatological status, there were erythematous macules on both the palms of the hands and the soles of the feet, the patient's nails also had changes in shape and color. With a serological titer of VDRL 1: 256 and TPHA 1: 1280. The patient was given a single dose of Benzathine Penicillin G Injection 2.4 million intramuscularly.

Key word: Secondary Syphilis, HIV, Benzatin Penisilin G 2,4 millio

Pendahuluan

Sifilis merupakan infeksi menular seksual yang disebabkan oleh *Treponema pallidum*, bersifat menahun dan dapat menyerang hampir seluruh organ tubuh. Sifilis sering ditemukan bersamaan dengan infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). Prevalensi sifilis pada pengidap infeksi HIV lebih besar dibandingkan pasien dengan HIV negatif, masing-masing 9,8% dan 1,3%. Kejadian ko-infeksi sifilis dan HIV meningkat terutama pada populasi LSL. Biseksual adalah ketertarikan secara seksual terhadap laki-laki dan perempuan. Dewasa muda yang awalnya biseksual, 60-70% akan seterusnya menjadi biseksual, sedangkan 30-40% akan mengalami transisi menjadi lesbian atau homoseksual.¹

Gambaran klinis sifilis bervariasi, tergantung stadium. Stadium sifilis terdiri dari sifilis primer, sekunder,

laten dini dan laten lanjut. Sifilis primer memiliki gambaran klinis seperti ulkus (*chancre*) yang tidak nyeri (indolen), indurasi dan biasanya akan sembuh dengan sendirinya. Sifilis sekunder merupakan "*the great imitator*", karena lesinya bervariasi dan sering menyerupai lesi pada penyakit-penyakit lainnya. Roseola sifilitika adalah ruam atau bercak merah tembaga yang tidak gatal, menyebar hampir di seluruh tubuh, paling sering adalah telapak tangan dan kaki. Kelainan ini sering ditemukan pada awal sifilis sekunder. Pada stadium ini juga dapat dijumpai kondilomata lata, laringitis, hepatitis, dan meningitis. *Centers for Disease Control* (CDC) Amerika mengklasifikasikan infeksi yang didapat kurang dari satu tahun tanpa gejala sebagai sifilis stadium laten awal dan yang tidak termasuk di dalamnya sebagai sifilis stadium laten akhir.^{1,2}

Metode untuk memverifikasi diagnosis sifilis primer adalah dengan ditemukannya treponema dengan gambaran yang khas menggunakan mikroskop lapangan gelap melalui pemeriksaan cairan yang diperoleh dari permukaan *chancre*. Tes serologi untuk sifilis dibagi dalam dua jenis yaitu tes nontreponema dan tes treponema. Tes nontreponema yang sering digunakan adalah *Rapid Plasma Regain* (RPR) dan *Veneral Diseases Research Laboratory* (VDRL). Nilai sensitivitas tes RPR dan VDRL pada stadium sifilis sekunder adalah 100%. Pada sifilis sekunder, tes RPR selalu reaktif dengan titer umumnya $\geq 1 : 16$. Pada sifilis sekunder yang telah diterapi adekuat, titer nontreponema akan menjadi nonreaktif pada 12-24 bulan setelah terapi. Tes serologi yang kedua yaitu tes spesifik treponema yang digunakan adalah *Treponema Pallidum Hemagglutination Assay* (TPHA), tes ini tidak digunakan untuk menilai respon pengobatan. Nilai sensitivitas TPHA ini pada sifilis sekunder adalah 100% dan nilai spesifisitasnya 96-99%.³

Penatalaksanaan sifilis stadium primer dan sekunder yaitu dengan pemberian Injeksi Benzatine Penisilin. Di Amerika Serikat, pemberian Benzatin Penisilin 2.4 juta unit tetap direkomendasikan sebagai terapi sifilis primer dan sekunder yang ko-infeksi dengan HIV. Benzatin penisilin mungkin tidak mencegah perkembangan neurosifilis dini pada pasien dengan ko-infeksi HIV.⁴

Laporan kasus

Seorang pasien laki-laki usia 26 tahun dikonsultasikan dari VCT ke Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 08 Juni 2022 dengan Keluhan Utama (Autoanamnesis): Bercak-bercak merah di kedua telapak tangan dan kedua telapak kaki yang tidak terasa gatal yang dirasakan semakin banyak sejak 1 minggu yang lalu dan disertai perubahan pada bentuk dan warna kuku. Awalnya sejak 2 bulan yang lalu pasien mengeluhkan penurunan penglihatan perlahan, pandangan terasa kabur. Kemudian pasien memutuskan untuk berobat ke bagian mata di RS swasta. Namun keluhan dirasakan semakin memberat kemudian pasien kontrol kembali ke RS swasta tersebut dan di rujuk ke bagian mata RSUP.dr.M.Djamil Padang. Kemudian di RSUP.dr.M.Djamil Padang pasien di lakukan pemeriksaan selanjutnya. Hasil dari pemeriksaan di

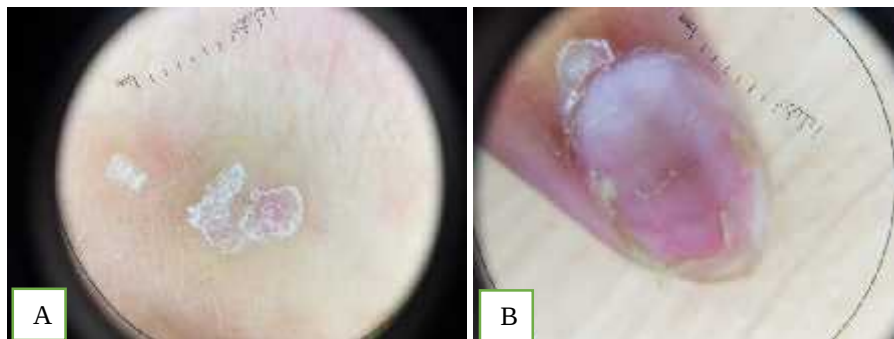
dapatkan bahwa pasien di curigai mengidap penyakit infeksi HIV sehingga pasien di konsulkan ke bagian VCT. Dari bagian VCT pasien di diagnosis dengan HIV dan pasien di beri ARV sejak awal Juni pasien sudah mulai mengkonsumsi anti retroviral dari bagian VCT, dan pasien rutin meminumnya sesuai anjuran. Kemudian pasien di konsulkan ke bagian kulit dan kelamin. Sejak 2 minggu yang lalu (setelah 2 minggu mengkonsumsi ARV), muncul bercak-bercak merah yang tidak terasa gatal pada kedua telapak tangan dan kedua telapak kaki. Dalam 1 minggu, bercak-bercak merah semakin bertambah banyak di telapak tangan dan telapak kaki. Bercak merah pada anggota tubuh lainnya tidak ada, riwayat luka pada kelamin yang tidak nyeri disangkal, riwayat kelainan pada mata seperti mata merah dan mata kabur ada, riwayat rambut rontok ada sejak 1 tahun yang lalu namun riwayat rambut pitak setempat tidak ada, penurunan pendengaran pada pasien tidak ada. Pasien tidak ada riwayat menggunakan narkoba suntik, tattoo dan tindik, menerima transfusi darah tidak ada. Riwayat kaku pada leher bagian belakang tidak ada, kejang tidak ada. Kuku ke I-V tangan kanan dan kiri berubah bentuk dan berubah warna menjadi putih kekuningan, permukaan tidak rata dan rapuh sejak 1 bulan ini. Riwayat Kontak Seksual : Pasien belum menikah. Terakhir hubungan seksual dengan pasangan perempuan melalui genito genital tanpa menggunakan kondom 3 bulan lalu. Riwayat kontak seksual secara orogenital dan anogenital 3 bulan lalu dengan pasangan laki-laki. Riwayat kontak seksual pertama kali sekitar 5 tahun yang lalu yaitu dengan laki-laki tidak menggunakan kondom. Riwayat kontak seksual dengan perempuan ada, yaitu dengan 2 orang perempuan yang satu bekerja sebagai PSK secara genitogenital dan tidak menggunakan kondom, yang satunya dengan pacar pasien secara genitogenital. Pasien baru dikenal menderita HIV sejak 1 bulan yang lalu dan kontrol teratur ke Poli VCT serta teratur minum obat ARV. Pasien mengalami masalah pada matanya, dan di diagnosa dengan Uveitis intermediate ODS ec toxoplasma DD/CMV, Uveitis ODS, Skleritis ODS, Susp.Edema makula ODS. Pasien didiagnosis sejak 1 bulan lalu dengan TB profilaksis. Dari pemeriksaan fisik di dapatkan makula eritem pada kedua telapak tangan dan kedua telapak kaki pasien. Pada kuku pasien di dapatkan diskolorasi pada semua kuku jari tangan pasien.



Gambar 1. A. Tampak lesi makula eritem pada kedua telapak tangan; B. Tampak kelainan pada kuku berupa diskolorisasi dan onikolisis



Gambar 2. Tampak makula eritem pada kedua telapak kaki



Gambar 3. A. Dermoscopy pada bercak di telapak tangan : pinkish background and ring of scale; B. Dermoscopy pada kuku pasien : diskolorisasi putih kekuningan, onikolisis.

Untuk menegakkan diagnosis pada pasien ini direncanakan dilakukan pemeriksaan laboratorium (VDRL/TPHA dengan perbandingan titer), gram dan KOH, kultur dan sensitiviti tes, *acetowhite test*, pemeriksaan CD4, CD8 dan rasio CD4:CD8.

Hasil pemeriksaan VDRL dan TPHA

VDRL : 1:256

TPHA : 1:1280

Pemeriksaan Acetowhite tes : negatif

Hasil Pemeriksaan CD4,CD8 dan rasio

CD4:CD8

CD4 : 166 (11%) = menurun

CD 8 : 813 (54,47%) = meningkat

Rasion CD4:CD8 = 0,2 (normal 0,69-2,83)

Hasil Konsul Divisi Infeksi 08 Juni 2022

Hasil Pemeriksaan KOH pada kerokan kuku: Tidak ditemukan elemen jamur

Hasil kultur kuku : no growth

Hasil Pemeriksaan TORCH dan fundus pasien (dari bagian mata)

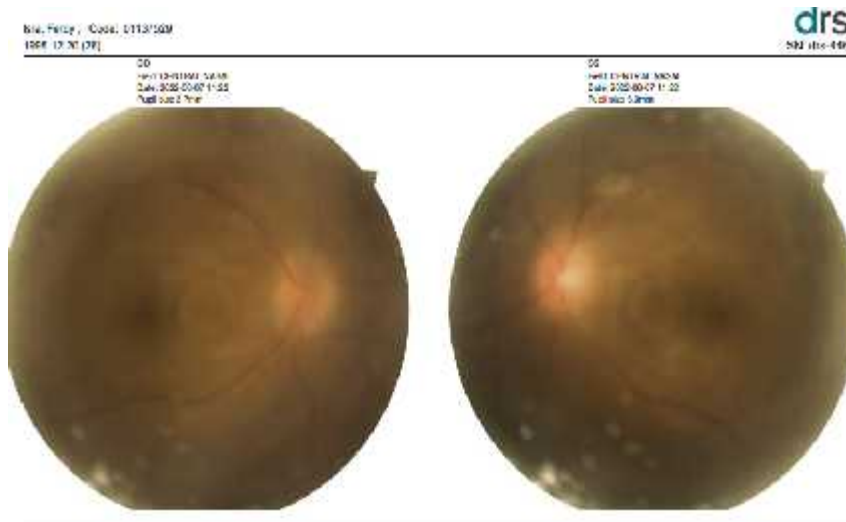
- Anti toxoplasma IgG : positif
- Anti toxoplasma IgM : negatif

- Anti CMV IgG : positif
- Anti CMV IgM : negatif

Kesan : pernah terpapar atau terinfeksi CMV



Gambar 4. Foto kedua mata pasien : konjungtiva hiperemi, injeksi siliar



Gambar 5. Foto pemeriksaan fundus pasien

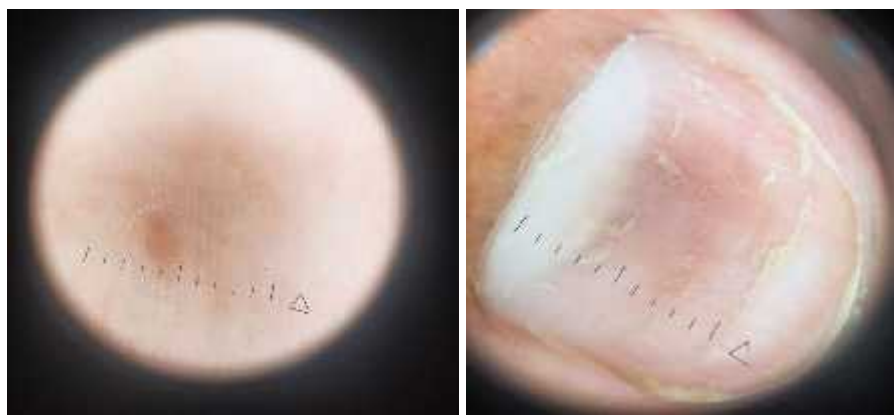
Dari pemeriksaan tersebut pasien di diagnosis dengan sifilis sekunder, uveitis ODS ec toxoplasma, TB profilaksis dengan infeksi HIV. Penatalaksanaan pada pasien ini dari bagian kulit dengan injeksi benzatin penicillin 2,4 juta IU namun sebelum dilakukan injeksi pasien di skin test terlebih dahulu, parasetamol

3x500mg. Penatalaksanaan dari bagian VCT : ARV 1x sehari (Efavirenz® 1x600mg, Lamivudin® 1x50mg, Tenofovir® 1x300mg) penatalaksanaan dari bagian mata valgancyclovir 2x 900mg, kotrimoksazole 2x 960mg, posop ed 6x1 ODS, vitrolenta ed 6x1 ODS. Dari bagian paru INH 1x300mg, Vit.B6 1x25mg

Follow up



Gambar 6. Foto follow up pasien : A : pada kedua telapak tangan tidak ditemui lagi bercak merah., B : pada kelima kuku warna kekuningan sudah mulai menghilang., C : bercak merah kedua telapak kaki sudah mulai perbaikan.



Gambar 7. Dermoscopy pada telapak tangan dan kuku jari I tangan kanan

Pembahasan

Dilaporkan satu kasus sifilis sekunder dengan pityriasis versicolor pada seorang pasien laki-laki yang biseksual dengan HIV positif. Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium. Penatalaksanaan multidisiplin telah dilakukan pada pasien ini yang mencakup departemen dermatologi dan venerologi, ophthalmology serta interna.

Tingkat penularan sifilis (primer, sekunder, dan sifilis laten dini) telah meningkat dalam beberapa tahun terakhir.⁵ Pada bagian kami sifilis sekunder adalah penyakit yang jarang ditemukan, dari tahun 2005 sampai sekarang, ada 10 kasus baru sifilis sekunder dimana kasus ini disertai oleh beberapa manifestasi yaitu ruam merah dan kelainan pada kuku serta adanya kelainan pada mata dan HIV positif.

Sifilis sekunder dikenal memiliki manifestasi kutaneus bervariasi dari ruam kulit, keterlibatan membran mukosa dan rambut atau perubahan kuku. Manifestasi umum dari sifilis sekunder ruam kulit (75-100%), limfadenopati (50-89%), kelainan kuku/onikia sifilitika (20-30%) dan kondiloma lata (40-50%). Gejala umum lainnya pada stadium ini yaitu demam, sakit tenggorokan, malaise, penurunan berat badan, sakit kepala, meningismus dan pembesaran kelenjar getah bening.^{6,7} Pada pasien ini mengeluhkan keluhan sekunder berupa ruam kulit dan kelainan pada kuku pasien dimana kedua manifestasi ini merupakan manifestasi terbanyak pada sifilis sekunder.

Pasien mengalami penyimpangan perilaku seksual yaitu biseksual. Seseorang yang memiliki perilaku seksual yang menyimpang seperti homoseksual dan biseksual memiliki risiko tinggi untuk terinfeksi oleh penyakit sifilis. Beberapa peneliti dalam CDC antara tahun 2005 dan 2008, tingkat sifilis di antara Afrika-Amerika laki-laki homoseksual dan biseksual naik 8 kali lebih cepat dibandingkan dengan kaum Kaukasia. Tahun 2008 tingkat sifilis di kalangan pria homoseksual dan biseksual Afrika-Amerika adalah 19 per 100.000.^{6,7}

Hasil tes non-treponema (VDRL) yang reaktif (titer 1:256) dan tes treponema (TPHA) juga reaktif (titer 1:1280). Dari anamnesis, pemeriksaan fisik, bersama-sama dengan hasil tes serologis yang reaktif, maka diagnosis sifilis dapat ditegakkan, sedangkan stadium klinis sifilis yang sesuai dengan pasien adalah sifilis sekunder. Sampai saat ini penisilin masih merupakan obat pilihan pertama untuk pengobatan sifilis dalam berbagai stadium. Pengobatan sifilis sekunder

berdasarkan pedoman CDC yaitu dengan menggunakan benzatin penisilin G 2,4 juta intra unit satu kali suntikan intra muskular.⁵ Pada pasien diberikan benzatin penisilin G 2,4 juta intra unit satu kali suntikan, dan dievaluasi sebelum dan setelah suntikan terhadap reaksi obat. Efek samping yang perlu diperhatikan dalam pemberian regimen pengobatan adalah timbulnya reaksi *Jarisch-Herxheimer* yang terjadi pada 70-90% dan alergi terhadap penisilin (yang bisa dicegah dengan melakukan uji kulit terhadap alergi penisilin sebelum penyuntikan).⁸ Pada pasien ini telah dilakukan edukasi mengenai reaksi yang akan timbul setelah injeksi benzatin penisilin G 2,4 juta intra unit. Sebelum dilakukan injeksi juga dilakukan *skin test* terlebih dahulu.

Setelah pengobatan sifilis, tes VDRL digunakan sebagai *monitoring* hasil pengobatan dalam interval 3, 6, dan 12 bulan, dimana titer pemeriksaan ini menurun setelah pengobatan. Titer hasil pemeriksaan VDRL harus turun sebanyak 4 kali lipat dalam 6 bulan dan menjadi non-reaktif dalam 12 hingga 24 bulan. Jika titer yang tinggi ($\geq 1:32$) atau tidak turun setelah pengobatan, maka pasien harus dievaluasi apakah menderita neurosifilis. Tes TPHA bukan merupakan suatu indikator pengobatan atau penyembuhan, tes ini dapat menetap positif dan jarang menjadi non-reaktif, dan lebih dari 25% pasien tetap memiliki titer TPHA yang reaktif dalam jangka panjang bahkan seumur hidup setelah pengobatan.^{1,6} Pada pasien ini koinfeksi HIV dengan sifilis juga akan rentan mengalami kegagalan terapi sehingga terjadi neurosifilis sehingga memang sangat diperlukan pemantauan secara berkala pada pasien ini. Pada follow setelah 1 bulan injeksi benzatin penisilin 2,4 juta IU lesi pada kedua telapak tangan pasien sudah mulai berkurang, pada kuku pasien juga sudah mengalami perbaikan. Dari pemeriksaan titer VDRL dan TPHA belum terdapat penurunan yang signifikan. Sehingga pada pasien ini disarankan untuk dilakukan pemeriksaan VDRL dan TPHA pada bulan ketiga setelah pengobatan.

Prognosis pada sifilis primer dan sekunder yang diobati dengan menggunakan penisilin adalah baik dan penisilin memberikan tingkat kesembuhan yang tinggi. Biasanya *T. pallidum* memberikan respon yang baik terhadap penisilin. Prognosis juga ditentukan oleh perilaku penderita terkait hubungan seksual, karena dapat menyebabkan kasus reinfeksi.¹

Simpulan

Sifilis adalah penyakit yang ditularkan secara seksual. Saat ini sifilis dan HIV berjalan beriringan. Insiden meningkat diseluruh dunia, karena peningkatan penularan pada pasien HIV dan kelompok beresiko tinggi lainnya seperti homoskesual, biseksual. Pengobatan pada pasien ini adalah injeksi benzatin penisilin 2, 4 juta unit i.m dosis tunggal dan follow secara berlaka perlu dilakukan untuk menilai respon terapi.

Daftar Pustaka

1. Sparling PF, Swartz MN, Musher DM, Healy BP. Clinical manifestations of syphilis. In : Holmes KK, Sparling PF, Stamm WE, Piot P, Wasserheit JN, Corey L, Cohen MS, Watts DH. Eds. Sexually transmitted diseases. 4th ed. New york : Mc Graw-Hill, 2008: 661-84.
2. Sanchez MR. Sexually transmitted diseases : syphilis. In : Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen K. Eds. Dermatology in general medicine. 6th ed. New york : Mc Graw-Hill, 2003: 2163-88.
3. Brown DL. Diagnosis and management of syphilis. American Family Physician, 2003; 68(2): 283-90.
4. Emerson CR. Syphilis: A Review of the Diagnosis and Treatment. The Open Infectious Diseases Journal, 2009; 3: 143-7.
5. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Syphilis. 2015 Sexually Transmitted Disease Surveillance.
6. Mutagoma M, Remera E, Sebuho D, Kanter S, Riedel D, Nsanzimana S. The Prevalence of Syphilis Infection and its Association Factors in the General Population of Rwanda : A National Household-Based Survey. Journal of Sexual Transmitted Disease. 2016;2016:1-8
7. Katz KA. Syphilis. In : Wolf K, Goldsmith LA, Katz SI, et al. Fitzpatrick Dermatology in general medicine. 9th edition. New York: Mc Graw-Hill;2012.hlm.2469-92
8. Workowski KA, Bolan GA, Center for Disease Control and Prevention. 2015. Sexually Transmitted Disease treatment guidelines, 2015. MWR Recommended. 1-37