

Kondiloma Akuminata pada Kehamilan: Tinjauan Kasus dan Tatalaksana

Risa Andriana¹, Dwi Indria Anggraini², Hendra Tarigan Sibero², Zulfadli³

¹RSUD Dr. H. Bob Bazar, SKM, Kalianda, Lampung Selatan

²Bagian Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung/
Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

³Bagian Obstetri dan Ginekologi RSUD dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung/
Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Kondiloma akuminata (KA) atau kutil kelamin merupakan salah satu infeksi menular seksual (IMS) yang sebagian besar disebabkan oleh HPV tipe 6 atau 11. Penyakit ini dilaporkan banyak terjadi pada wanita hamil. Penatalaksanaan KA pada kehamilan memerlukan pertimbangan rasio manfaat dan keamanan yang tepat. Meskipun belum ada pedoman baku untuk penatalaksanaan KA pada kehamilan, terdapat beberapa pilihan antara lain *cryotherapy*, topikal imiquimod, terapi laser, terapi fotodinamik, asam triklorasetat, dan hipertermia lokal. Tinjauan kasus ini bertujuan untuk menunjukkan efektifitas terapi KA pada kehamilan. Kasus wanita usia 30 tahun dengan usia kehamilan 34 minggu berobat ke RSUD dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung dengan lesi vegetasi verukosa multiple pada regio vulva dan perianal. Pasien didiagnosis kondiloma akuminata anogenital. Pasien diterapi dengan TCA 80% satu kali per minggu hingga kehamilan aterm dan diperoleh hasil lesi KA mengecil. Pasien melahirkan dengan cara *Sectio Caesaria* (SC) untuk menghindari resiko penularan infeksi virus pada bayi yang dilahirkan dan dilakukan tindakan bedah listrik postpartum pada lesi KA yang masih tersisa. Sebagai kesimpulan yaitu tatalaksana KA pada kehamilan diperlukan beberapa pertimbangan antara lain usia kehamilan, lokasi dan ukuran lesi, dan potensi risiko serta manfaat terapinya.

Kata kunci: Asam trikloroasetat, HPV, hamil, infeksi menular seksual, kondiloma akuminata

Condyloma Acuminata in Pregnancy: a Review and Case Management

Abstract

Condyloma acuminata (CA) or genital wart is a benign proliferative epidermal or mucosal lesions attributed mostly to HPV type 6 or 11. CA is reported to occur frequently in pregnant women. Management of CA in pregnancy requires consideration of the appropriate benefit and safety ratio. Although there are no standard guidelines for the management of CA in pregnancy, there are several options including cryotherapy, topical imiquimod, laser therapy, photodynamic therapy, trichloroacetic acid, and local hyperthermia. This case review aims to demonstrate the effectiveness of KA therapy in pregnancy. The case of a 30 years-old woman with a gestation age of 34 weeks went to RSUD Dr. H. Abdul Moeloek, Lampung Province with multiple verrucous vegetation lesions on vulva and perianal area. The patient was diagnosed with anogenital condyloma acuminata. The patient was treated with 80% TCA once per week until term of pregnancy and the CA lesions were reduced. The patient gave birth by Caesarean Section (SC) to avoid the risk of transmitting viral infections to the baby being born and postpartum electrosurgery was performed on the remaining CA lesion. In conclusion, the management of CA in pregnancy requires several considerations, including gestational age, location and size of the lesion, and potential risks and benefits of therapy.

Keywords: Condyloma acuminata, HPV, pregnancy, sexually transmitted infections, trichloroacetic acid

Korespondensi: Risa Andriana, alamat Jl. Landak No. 21 Kedaton, HP 081369281010, email risaandriana13@gmail.com

Pendahuluan

Kondiloma Akuminata (KA) adalah salah satu jenis infeksi menular seksual (IMS). KA disebabkan oleh virus *Human Papilloma Virus* (HPV) jenis tertentu yang bermanifestasi sebagai lesi vegetasi bertangkai dengan permukaan berjonjot. Penyebab HPV yang paling banyak menimbulkan KA adalah HPV 6 dan 11.

Infeksi menular seksual (IMS) adalah infeksi yang salah satu cara penularannya melalui hubungan seksual, termasuk hubungan seks lewat liang senggama, lewat mulut (oral) atau lewat dubur (anal). Salah satu faktor predisposisi timbulnya infeksi HPV adalah kondisi imunokompromais. Pada wanita hamil, terjadi perubahan hormonal dan penurunan

sistem imunitas tubuh. Kondisi tersebut dapat menyebabkan KA dapat tumbuh dengan cepat¹.

Kondiloma akuminata dapat menyerang vulva, vagina, leher rahim, penis, skrotum, kulit perianal, dan saluran anus. Manifestasi klinis HPV antara lain kutil tampak kondilomatosa, papular, datar, atau keratotik. Penyakit ini mungkin tidak menunjukkan gejala pada beberapa pasien, namun bisa menunjukkan rasa gatal dan tidak nyaman yang disebabkan trauma akibat garukan, gerakan atau aktivitas seksual². Kondiloma akuminata pada genitalia wanita lebih cepat berkembang selama kehamilan. Hal ini disebabkan multifaktorial antara lain karena berkurangnya kekebalan tubuh selama kehamilan, perubahan kadar hormon (misalnya, peningkatan hormon progesterone), dan peningkatan aliran darah ke serviks^{3,4}.

Berbagai faktor harus dipertimbangkan saat memberikan terapi kondiloma akuminata pada ibu hamil, diantaranya usia kehamilan, lokasi dan ukuran lesi, dan potensi risiko serta manfaat terapinya. Oleh karena itu, wanita hamil yang menderita KA harus diobati dengan tepat untuk mencegah komplikasi lebih lanjut^{5,6}.

Kasus

Seorang wanita hamil usia 30 tahun dengan usia kehamilan 34 minggu datang ke Poliklinik Kebidanan dan Penyakit Kandungan Rumah Sakit dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung. Pasien datang dengan keluhan berupa timbulnya kutil disertai nyeri dan gatal di daerah kelamin dan anus sejak 6 bulan sebelum berobat. Pada saat tersebut, pasien sudah hamil trimester pertama. Awalnya satu bulan yang lalu kutil hanya berjumlah satu sebesar jarum pentul, sewarna kulit, keluhan tidak terlalu gatal namun sedikit nyeri. Satu bulan kemudian, kutil dirasakan semakin membesar hingga seukuran biji jagung. Tidak ditemukan kutil baru yang muncul dibagian lain serta tidak ada keluhan gatal, nyeri dan tidak mudah berdarah. Selanjutnya kutil semakin membesar dan banyak hingga berukuran 1 ibu jari pasien dan menyebar hingga area anus.

Riwayat hubungan seksual, pasien mengaku hanya dengan suaminya dan tidak

pernah mempunyai mitra seksual selain dengan suami. Hubungan seksual secara genitogenital, anogenital dan orogenital serta tidak pernah menggunakan kondom. Suami pasien memiliki pekerjaan ke luar kota dalam waktu beberapa hari hingga berminggu-minggu. Nyeri saat berhubungan seksual disangkal. Riwayat vaksinasi HPV tidak ada dan pasien tidak mengetahui vaksinasi tersebut sebelumnya. Pasien lalu disarankan untuk konsultasi dan penanganan lebih lanjut ke Poliklinik Kulit dan Kelamin.

Hasil pemeriksaan fisik tampak keadaan umum pasien baik dengan kesadaran kompos mentis dan status gizi baik dengan berat badan 60 kilogram. Pemeriksaan tanda vital ditemukan tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 76 kali permenit, pernapasan 18 kali permenit, dan suhu 36,8°C. Pemeriksaan fisik obstetri didapatkan periksa luar tinggi fundus 4 jari dibawah prosessus sifoideus (27 cm), letak memanjang, punggung janin disebelah kanan ibu, denyut jantung janin 144 kali permenit, teratur, bagian terbawah kepala, penurunan 5/5, his belum ada. Pemeriksaan dalam tidak dilakukan karena usia kehamilan belum cukup bulan dan belum ada tanda persalinan. Berdasarkan pemeriksaan fisik lokalis, pada regio labia mayora, vulva, hingga perianal didapatkan vegetasi multiple, berkonfluens, berwarna sama dengan kulit dan mukosa dengan permukaan verukosa papilomatosis, berbentuk *irregular-cauliflower*, serta disertai erosi, konsistensi padat dan tidak terdapat tanda inflamasi (Gambar 1).

Pada pasien dilakukan pemeriksaan penunjang berupa tes manipulasi dengan asam asetat 5% menunjukkan lesi *acetowhite* positif. Pasien didiagnosis dengan G2P0A1 hamil 34 minggu dengan kondiloma akuminata. Diagnosis banding pada kasus ini adalah dengan karsinoma sel skuamosa dan molluskum contagiosum.

Tatalaksana yang diberikan meliputi tatalaksana umum dan khusus. Tatalaksana umum berupa konfirmasi, informasi dan edukasi. Konfirmasi dan informasi yang diberikan adalah penjelasan mengenai penyakitnya, perjalanan penyakitnya serta faktor-faktor yang mendasari perjalanan penyakitnya serta menjelaskan kemungkinan



Gambar 1. Gambaran klinis status dermatologikus ditemukan massa vegetasi verukosa papilomatosis, multiple, berkonfluens, sirkumskripta, serwarna kulit dan mukoas, berbentuk *irregular-cauliflower*

risiko tertular infeksi menular seksual (IMS) lainnya dengan penuh hati hati menimbang aspek psikososial. Tatalaksana khusus berkolaborasi dengan dokter spesialis dermatoveneorologi dan spesialis anak. Tatalaksana dokter spesialis dermatoveneorologi bertujuan menghilangkan masa vegetasi KA dengan pemberian terapi topikal asam trikloroasetat 80% satu kali perminggu, kemudian antibiotik topikal asam fusidat dua kali per hari pasca tindakan selama satu minggu. Pasien juga direncanakan tindakan elektrokauterisasi (bedah listrik) paska melahirkan.

Dalam kasus ini pasien ini juga telah diedukasi dengan lengkap bahwa sebaiknya pasien menjadwalkan Seksio Sesaria pada usia kehamilan 38-39 minggu dengan dokter kandungannya untuk menghindari terjadinya persalinan spontan. Hal tersebut sudah diedukasi dengan jelas ke pasien dan kedua orang tua pasien serta suami dan keluarga pasien telah mengerti dan akan menjadwalkan operasi seksio sesarea sebelum terjadinya kontraksi datang pada kehamilan ini. *Sectio Caesaria* (SC) elektif menurunkan risiko terjadinya transmisi virus HPV melalui darah ibu ke dalam saluran nafas bayi yang dapat menyebabkan *Recurrent Respiratory Papillomatosis* atau *Laryngeal Papillomatosis* yang dapat menimbulkan banyak gejala gangguan pernapasan dan kerusakan pita suara pada bayi yang terinfeksi HPV dari ibu dengan CA genital. Pasien juga

telah dikonsulkan ke dokter spesialis anak untuk mengevaluasi lebih lanjut kemungkinan risiko tertularnya virus HPV melalui kontak darah ibu ke saluran nafas janin dan untuk penanganan lebih lanjut apabila ditemukan adanya infeksi dan gangguan pernapasan atau pita suara bayi.

Pembahasan

Kondiloma akuminata merupakan IMS dominan yang ditandai dengan munculnya papula berdaging dan sewarna kulit di daerah anorektal dan disebabkan oleh infeksi beberapa strain human papillomavirus (HPV). Formasi ini juga disebut kutil kelamin, kutil dubur atau kutil anogenital^{1,7}. Pada tahun 1907, KA diklasifikasikan sebagai manifestasi kulit dari sifilis atau gonore, namun penulis lain menggunakan percobaan transmisi bebas sel untuk menunjukkan sifat virus yang menular, dengan menyuntikkan ekstrak kutil ke kulit yang sebelumnya tidak terinfeksi dan mengamati munculnya erupsi papillomatosa di lokasi tersebut^{2,8}.

Percobaan dan penelitian selanjutnya menunjukkan bahwa kutil kelamin adalah proliferasi jinak pada mukosa anogenital, yang disebabkan oleh infeksi virus HPV, yang baru-baru ini terdeteksi oleh penelitian biologi molekuler^{3,9}. Menurut beberapa penelitian, virus dapat bertahan hidup di dalam tubuh manusia seumur hidup, namun penelitian lain berdasarkan teknik sensitif asam deoksiribonukleat (DNA) mengungkapkan bahwa sistem kekebalan tubuh pasien dapat

	LR HPV subtype 6 dan 11	HR HPV subtype 16 dan 18
Implikasi klinis	75–90% kasus CA, papillomatosis pernapasan	70% kasus dari seluruh lesi displastik, penyakit Bowen, dan kanker serviks invasif
Mekanisme patofisiologis	DNA virus mengalami replikasi virus secara independen	DNA virus berintegrasi ke dalam genom inang dan menyebabkan inaktivasi gen penekan tumor
Koneksi dengan berbagai jenis karsinoma verukosa	papillomatosis kemerahan pada mulut, Tumor Buschke-Löwenstein	Papillomatosis kemerahan pada mulut

Tabel 1 – Perbandingan subtype HPV LR dengan subtype HPV HR ¹

merespons sedemikian rupa sehingga virus tersebut dapat dihilangkan. atau ditekan pada tingkat yang tidak dapat dideteksi oleh tes reaksi berantai polimerase (PCR). Tes PCR juga mendeteksi stadium subklinis dengan prevalensi 10%^{10,11}.

Penelitian telah melaporkan bahwa virus ini dapat ditularkan melalui penggunaan pakaian renang, pakaian dalam, bahkan pakaian biasa tanpa bersentuhan seksual saat perawatan rutin seperti mengganti popok bayi. Kutil pada anak-anak lebih mungkin disebabkan oleh tipe HPV kulit dibandingkan subtype 6 dan 11 dan adanya KA di area genital anal pada anak mungkin merupakan tanda pelecehan seksual¹².

Lebih dari 90% kasus yang terinfeksi sembuh secara spontan karena intervensi sistem kekebalan. Sel yang terinfeksi menjadi tidak aktif dan dapat muncul kembali dalam selang waktu berbulan-bulan atau bahkan bertahun-tahun. Selama masa laten ini, virus dapat ditularkan ke pasangan seksual pada 70% kasus^{13,14}. Kekambuhan kutil pada pasien dengan riwayat infeksi HPV juga dapat disebabkan oleh infeksi ulang virus ini atau kambuhnya infeksi sebelumnya. Menurut penelitian, sekitar sepertiga kasus bersifat berulang¹⁵.

Infeksi HPV dimulai dengan inokulasi virus ke dalam struktur epitel melalui mikroabrasi. HPV adalah bagian dari keluarga Papovaviridae dari virus DNA beruntai ganda (dsDNA) yang tidak berselubung (dsDNA). Meskipun virus mampu menembus epitel mukosa dan korium jaringan yang terinfeksi, replikasi virus terjadi pada lapisan basal epitel, pada struktur sel tropisme yang disebut keratinosit. Mukosa yang rentan terhadap infeksi HPV dapat ditemukan tidak hanya di vagina, leher rahim, tetapi juga di daerah perianal pada wanita dan pria, di daerah penis

dan periurethral pada pria. Replikasi virus menghasilkan pembentukan papula berkulit atau plak berkulit. Genom virus HPV memiliki enam kerangka pembacaan awal terbuka (E1, E2, E4, E5, E6, E7) serta dua kerangka pembacaan terbuka akhir (L1, L2). Genom virus berperan dalam mengatur dan mengkode protein yang terlibat dalam replikasi virus dan menentukan transformasi sel. Selain itu, mereka bertanggung jawab untuk mengkode protein yang terkandung dalam kapsid virus¹. Mungkin ada lebih banyak model L1 yang menentukan pola replikasi DNA-virus yang berbeda dan mengklasifikasikan virus menjadi subtype tambahan. Strain HPV risiko tinggi (HR) secara langsung mengintegrasikan materi genetiknya ke dalam sel inang, mengakibatkan aktivasi gen E6 dan E7 yang tidak terkontrol serta transkripsi onkoprotein dan inaktivasi gen penekan tumor p53 dan retinoblastoma (Rb) tetapi juga proliferasi sel dan evolusi selanjutnya menuju tumorigenesis (Tabel 1)^{16,17}.

Integrasi HPV ke dalam sel inang menyebabkan infeksi sel dan munculnya keratinosit dengan morfologi yang berubah dan atipikal yang disebut koilosit. Mereka mengandung inti kecil yang posisinya eksentrik dan sel-selnya memiliki volume yang meningkat. Selain itu, sebuah karakteristik halo tampak perinuklear. Peningkatan volume sel epitel menyebabkan akantosis yang nyata dengan munculnya papiloma, parakeratosis, hiperkeratosis, serta hilangnya lapisan sel granular. Dermis sangat vaskularisasi dengan kapiler yang mengalami trombotosis¹⁸. Sel basal yang terinfeksi bermigrasi ke lapisan yang berdekatan, memperkuat gen virus. Perakitan virion terjadi di lapisan superfisial epitel, dimana mereka dieliminasi untuk menginfeksi jaringan mereka sendiri atau jaringan asing

yang berdekatan. KA memiliki fenotip eksofitik karena efek virus pada struktur epitel¹⁸.

Pada wanita hamil, KA dapat tumbuh dengan cepat dan memiliki kecenderungan untuk berkembang karena fisiologis perubahan pada genitalia eksterna dan status kehamilan *immunocompromised*, yang memungkinkan replikasi HPV dengan cepat^{16,17,18}. KA tidak sering menyebabkan kerusakan serius pada pasien, namun kasus yang lebih parah dapat terjadi dan mengganggu fungsi tertentu karena meningkatnya ukuran tumor kutil. Mengenai infeksi HPV, masa inkubasi dapat terjadi selama tiga hingga delapan bulan hingga timbulnya manifestasi klinis. Tanda-tanda klinis sering muncul 2-3 bulan setelah interaksi dengan sumber infeksi. Kadang-kadang, virus tetap laten, bertahan di jaringan epitel untuk waktu yang lama tanpa bermanifestasi secara klinis¹⁹. Menurut penelitian, hingga 40% kasus tetap tidak terdeteksi secara klinis, virus dapat dikonfirmasi menggunakan tes DNA yang dilakukan dengan sampel yang diambil dari lokasi yang diduga terinfeksi virus¹⁶.

Mengelola kasus KA juga dapat mempunyai beberapa implikasi, termasuk pemeriksaan skrining untuk PMS dan HIV serta konseling tentang cara menghindari tertular atau menyebarkan PMS, HPV atau HIV. Selain itu, investigasi tertentu harus dilakukan untuk mendeteksi kemungkinan immunosupresi. Pasien dapat diarahkan ke program berhenti merokok, jika perlu. Setelah timbulnya manifestasi klinis, KA dapat berkembang dan bertambah besar atau membaik secara tiba-tiba. Sekitar 30% kasus KA menuju kearah perbaikan dalam rentang waktu empat bulan setelah timbulnya penyakit. Sayangnya, remisi jangka panjang tidak selalu dapat dicapai dan sebagian besar KA muncul kembali tiga bulan setelah infeksi, bahkan dengan terapi yang memadai^{15,17,19}. Bertahannya infeksi ini tidak hanya difasilitasi oleh immunosupresi pasien, namun juga oleh strain HPV HR, dan penekanan infeksi virus yang berhubungan langsung dengan keberadaan sel CD4+ dalam struktur epitel yang berperan dalam regulasi imun lokal²⁰.

Lesi kondilomatosa paling sering ditemukan pada selaput lendir di daerah anogenital atau mulut setelah kontak seksual

oral dengan pasangan yang terinfeksi. Bentuknya bisa bermacam-macam, seperti bentuk datar, kembang kol, atau bertangkai. Mereka dapat berkembang secara individual sebagai papula atau plak keratotik soliter, meskipun paling sering terlihat menggumpal. Gambaran klinisnya dimulai dengan papula berwarna daging pada kulit berukuran diameter 1-2 mm, diikuti dengan pertumbuhan volume hingga beberapa sentimeter atau bahkan berbentuk raksasa. Perluasan lesi ini berhubungan dengan munculnya rasa sakit saat berhubungan seksual atau dengan hambatan kelahiran eutokik. Tampilan KA yang ber kutil bisa bervariasi: bisa berwarna putih, merah muda, keunguan hingga coklat kemerahan, datar, ber kutil, atau cerebriform. Gejala yang mungkin terjadi adalah rasa tidak nyaman yang parah, gatal, perih, pendarahan jika terkena pakaian atau saat berhubungan badan, kesulitan buang air kecil atau besar. Pada pria, lesi muncul di sekitar penis atau bahkan intrauretra dan dapat berhubungan dengan disuria, hematuria, atau perdarahan aktif. Lesi skrotum sangat jarang terjadi pada organisme imunokompeten. Beberapa pasien menggambarkan bau sekret yang tidak sedap dari daerah yang terkena²⁰.

Strain HPV risiko rendah (LR) (6 dan 11), dan tinggi (HR) (terutama 16 dan 18) dapat menyebabkan karsinoma verukosa dengan derajat diferensiasi rendah. Karsinoma verukosa diklasifikasikan secara klinis dan patologis menjadi berbagai sub tipe berdasarkan lokasi anatomisnya. Jika muncul di rongga mulut, disebut papillomatosis kemerahan mulut; jika muncul di daerah anogenital disebut kondiloma raksasa Buschke dan Löwenstein; jika muncul di daerah palmo-plantar disebut karsinoma cuniculatum. Semua sub tipe tumor ini bersifat invasif secara lokal tetapi jarang bermetastasis²⁰.

KA dapat dideteksi dengan riwayat klinis menyeluruh dan pemeriksaan fisik. Tes asam asetat 3–5% efektif pada fase subklinis untuk mengidentifikasi lesi ber kutil yang menjadi putih di area yang terinfeksi. Penggunaan anoskopi atau kolposkopi dapat membantu diagnosis lesi kutil²⁰. Biopsi pada daerah yang dicurigai diperlukan untuk mendapatkan diagnosis yang benar hanya jika terdapat lesi

yang diduga keganasan atau peningkatan risiko transformasi keganasan dan berhubungan dengan ulserasi, imobilitas, perubahan tampilan lesi secara tiba-tiba, atau tidak ada respons terhadap pengobatan. Biopsi dilakukan untuk mendeteksi karsinoma sel skuamosa (SCC), seperti VC, Bowenoid papulosis (BP), dan lesi serupa lainnya, namun seringkali tidak diperlukan untuk diagnosis^{19,20}.

Diagnosis banding KA mencakup entitas berikut: moluskum kontagiosum, kondiloma latum (CL), papillomatosis vulva, papula penis mutiara, angiokeratoma skrotum atau vulva, tag kulit, SCC, BP, dan keratosis seboroik²⁰. Perawatan yang tersedia saat ini untuk KA terutama berfokus pada menghilangkan pertumbuhan kutil dibandingkan memberantas infeksi virus yang mendasarinya. Hanya terdapat sedikit bukti bahwa terapi yang ada saat ini efektif dalam menghilangkan kutil kelamin jangka panjang atau berperan penting dalam mencegah kutil berkembang menjadi lesi yang berpotensi ganas. Saat ini, beragam terapi digunakan, masing-masing dengan biaya, efek samping, efektivitas keseluruhan, dan durasi pengobatan yang berbeda. Sampai saat ini, belum ada terapi yang diidentifikasi sebagai standar perawatan terbaik untuk KA. Alternatifnya, terapi dipilih sesuai dengan kekhasan pasien. KA diobati dengan tiga cara utama: secara lokal [podophyllotoxin, krim imiquimod 5%, krim imiquimod 3,75%, salep sinecatechins 15%, podophyllin, 5-fluoro-uracil (5-FU)], pembedahan dan destruktif (*trichloroacetic acid*), *cryotherapy*, bedah listrik, eksisi gunting, laser karbon dioksida (CO₂), dan interferon (IFN) sistemik. Karena efikasi dan toksisitasnya yang rendah, penggunaan rutin 5-FU, podophyllin atau IFN tidak dianjurkan untuk perawatan primer^{17,20}.

Berbagai strategi pencegahan dapat diterapkan untuk menghindari infeksi HPV dan berkembangnya KA, termasuk penggunaan kondom. Namun, kondom tidak memberikan perlindungan 100% dan mungkin terjadi kontak kulit di lokasi lain selama hubungan seksual. Selain itu, membatasi jumlah pasangan seksual dan seks bebas akan mengurangi risiko tertular virus²⁰.

Vaksin HPV adalah pilihan pencegahan lainnya. Vaksin tertentu dapat melindungi

individu terhadap infeksi HPV dan perkembangan berbagai tumor jinak dan ganas yang disebabkan oleh keluarga virus ini. Cervarix, Silgard atau Gardasil adalah tiga jenis vaksin yang aman digunakan di masyarakat untuk pencegahan. Vaksinasi ini aman untuk diberikan kepada pria dan wanita, namun tidak mengobati penyakit yang sudah ada pada organisme inang²⁰.

Pasien yang terinfeksi harus berkonsultasi dengan pasangannya tentang cara menghindari atau menyembuhkan kutil kelamin, karena kutil kelamin yang tidak diobati dapat berkembang menjadi tumor ganas²⁰. Sebaliknya, deteksi KA dapat memberikan dampak emosional yang signifikan. Pada pasien, harus ditekankan bahwa pengobatan berbeda dapat menonaktifkan virus atau menyebabkan virus menghilang secara spontan dan pasien harus melakukan berbagai pemeriksaan untuk menguji adanya berbagai PMS dan patologi penekan kekebalan tertentu. Selain itu, pasien yang terinfeksi harus mengetahui bahwa meskipun lesi kutil mungkin hilang, mereka masih dapat menularkan virus ke pasangan seksualnya²⁰.

Wanita hamil dengan KA memiliki risiko penularan vertikal dari ibu ke anak lebih tinggi sehingga penting mengobati KA wanita hamil untuk mengurangi kemungkinan penularan. Infeksi dikaitkan dengan ketidakseimbangan vagina mikrobiota dan dapat mengganggu metabolisme mukosa atau respon imun sehingga menyebabkan ketidakseimbangan mikrobiota vagina dan menyebabkan terjadinya infeksi vagina²⁰. Skrining penyakit menular seksual pada ibu hamil perlu dilakukan untuk mencegah komplikasi pada ibu dan janin²⁰.

Beberapa studi metaanalisis merekomendasikan pengakhiran kehamilan dengan operasi SC elektif pada usia kehamilan 38-39 minggu karena peningkatan risiko terjadinya transmisi virus HPV melalui darah ibu ke dalam saluran nafas bayi yang dapat menyebabkan *Recurrent Respiratory Papillomatosis* atau *Laryngeal Papillomatosis* yang dapat menimbulkan banyak gejala gangguan pernapasan dan kerusakan pita

suara pada bayi yang terinfeksi HPV dari ibu dengan CA genital²¹.

Simpulan

Kondiloma Akuminata (KA) dapat dicegah dengan tidak berhubungan seks bebas. Gambaran dan gejala klinis berdampak signifikan terhadap kemampuan pasien untuk menjalani kehidupan normal. Pada wanita hamil, KA dapat tumbuh dengan cepat karena perubahan fisiologis pada genitalia eksterna dan kondisi kehamilan *immunocompromised*.

Tidak ada pedoman untuk penatalaksanaan wanita hamil dengan KA. Metode pengobatan yang dijelaskan dalam literatur adalah terapi laser, cryotherapy, imiquimod, terapi fotodinamik, asam trikloroasetat dan hipertermia lokal. Pengobatan yang paling efektif masih belum jelas. Krioterapi disarankan sebagai pengobatan pilihan pertama dan terapi laser sebagai pengobatan pilihan kedua. Imiquimod dapat dipertimbangkan dalam kasus seperti kondiloma akuminata luas yang tidak mudah diobati dengan krioterapi atau terapi laser. Beberapa studi merekomendasikan menunda terapi laser hingga trimester ketiga karena risiko kekambuhan yang lebih rendah sebelum melahirkan. Masih banyak hal yang belum jelas mengenai penatalaksanaan kondiloma pada kehamilan, dan diperlukan penelitian lebih lanjut.

Beberapa studi merekomendasikan pengakhiran kehamilan dengan operasi SC pada usia kehamilan yang matang karena peningkatan risiko terjadinya transmisi virus HPV melalui darah ibu ke dalam saluran nafas bayi yang dapat menyebabkan *Recurrent Respiratory Papillomatosis* atau *Laryngeal Papillomatosis* yang dapat menimbulkan banyak gejala gangguan pernapasan dan kerusakan pita suara pada bayi yang terinfeksi HPV dari ibu dengan CA genital.

Daftar Pustaka

1. Mayeaux EJ Jr, Dunton C. Modern management of external genital warts. *J Low Genit Tract Dis.* 2008;12(3):185–192. <https://doi.org/10.1097/LGT.0b013e31815dd4b4> PMID: 18596459
2. Insinga RP, Dasbach EJ, Elbasha EH. Epidemiologic natural history and clinical management of human papillomavirus (HPV) disease: a critical and systematic review of the literature in the development of an HPV dynamic transmission model. *BMC Infect Dis.* 2009;9:119. <https://doi.org/10.1186/1471-2334-9-119> PMID: 19640281 PMCID: PMC2728100
3. Scheinfeld N, Lehman DS. An evidence-based review of medical and surgical treatments of genital warts. *Dermatol Online J.* 2006;12(3):5. PMID: 16638419
4. Fleischer AB Jr, Parrish CA, Glenn R, Feldman SR. *Condylomata acuminata* (genital warts): patient demographics and treating physicians. *Sex Transm Di.* 2001;28(11):643–647. <https://doi.org/10.1097/00007435-200111000-00006> PMID: 11677386
5. Koutsky LA, Galloway DA, Holmes KK. Epidemiology of genital human papillomavirus infection. *Epidemiol Rev.* 1988;10:122–163. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.eprev.a036020> PMID: 2852116
6. Moore RA, Edwards JE, Hopwood J, Hicks D. Imiquimod for the treatment of genital warts: a quantitative systematic review. *BMC Infect Dis.* 2001;1:3. <https://doi.org/10.1186/1471-2334-1-3> PMID: 11401728 PMCID: PMC32301
7. Cates W Jr. Estimates of the incidence and prevalence of sexually transmitted diseases in the United States. *American Social Health Association Panel. Sex Transm Dis.* 1999;26(4Suppl):S2–S7. <https://doi.org/10.1097/00007435-199904001-00002> PMID: 10227693
8. Batista CS, Atallah AN, Saconato H, da Silva EM. 5-FU for genital warts in non-immunocompromised individuals. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;2010(4):CD006562. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006562.pub2> PMID: 20393949 PMCID: PMC7206224
9. Chilaka Vn, Navti Ob, Al Beloushi M, Ahmed B, Konje Jc. Human Papillomavirus (Hpv) In Pregnancy – An Update. *Eur J*

- Obstet Gynecol Reprod Biol [Internet]. 2021;264:340–8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.07.053>.
10. Sugai S, Nishijima K, Enomoto T. Management of Condyloma Acuminata in Pregnancy: A Review. *Sex Transm Dis*. 2021;48(6):403–9
 11. Chang KC, Chen YC, Ding DC. Condyloma acuminatum mimicking cervical cancer in a pregnant woman and treatment with cryotherapy: A case report. *Med (United States)*. 2022;101(49):10–3. Available From: <http://dx.doi.org/10.1097/MD.000000000000032273>
 12. Dițescu D, Istrate-Ofițeru AM, Roșu GC, Iovan L, Liliac IM, Zorilă GL, et al. Clinical and pathological aspects of condyloma acuminatum – review of literature and case presentation. *Rom J Morphol Embryol*. 2021;62(2):369–83.
 13. Pennycook KB, McCready TA. Condyloma Acuminata. [Updated 2023 Jun 21]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547667/>.
 14. Choudhary N, Verma S, Gandhi S, Sharma AK, Kumari A. A rare case of giant condyloma acuminata during pregnancy. *Int J Reprod Contraception, Obstet Gynecol*. 2022;11(9):2562.
 15. Sugai S, Nishijima K, Enomoto T. Management of Condyloma Acuminata in Pregnancy: A Review. *Sex Transm Dis*. 2021;1:48(6):403- 409. doi: 10.1097/OLQ.0000000000001322.
 16. Chang KC, Chen YC, Ding DC. Condyloma acuminatum mimicking cervical cancer in a pregnant woman and treatment with cryotherapy: A case report. *Medicine*. 2022;12:101(49)
 17. Chang KC, Chen YC, Ding DC. Condyloma acuminatum mimicking cervical cancer in a pregnant woman and treatment with cryotherapy: A case report. *Medicine* . 2022;12:101(49).
 18. Manuputty AG, Matodiharjo S. The Profile of Bacterial Vaginosis in Academic Hospital Surabaya: A Retrospective Study. *Berk Ilmu Kesehat Kulit dan Kelamin-Period Dermatology Venereol*. 2020;32(2): 141.
 19. King Holmes, P. Sparling, Walter Stamm, Peter Piot, Judith Wasserheit, Lawrence Corey, Myron Cohen. *Sexually Transmitted Diseases* 4th ed. McGraw-Hill Professional. 2007.
 20. Tagami H, Takigawa M, Ogino A, Imamura S, Ofugi S. Spontaneous regression of plane warts after inflammation: clinical and histologic studies in 25 cases. *Arch Dermatol*. 1977;113(9):1209–1213. PMID: 900963
 21. Sugai S, Nishijima K, Enomoto T. Management of Condyloma Acuminata in Pregnancy: A Review. Available From: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8132606/>