

Sifilis Sekunder, Kondilomata Akuminata Anal, dan HIV pada Pasien Laki-laki Biseksual: Sudut Pandang Lain, Tinjauan Waktu Berdasar CD4 dan Tatalaksana

(Secondary Syphilis, Anal Condylomata Acuminata, and HIV in Bisexual Male Patient: Another Point of View, Time Evaluation Based on CD4 and Management)

Vina Ajeng Puspa Dewi, Satiti Retno Pudjiati

Bagian/SMF Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin FK UGM/RSUP Dr. Sardjito, Yogyakarta, Indonesia

ABSTRAK

Latar belakang: Studi meta analisis di Cina menyatakan lelaki biseksual memiliki insidensi HIV dan sifilis lebih tinggi dibandingkan lelaki-seks-lelaki. Sifilis akan mempermudah masuknya virus HIV, demikian pula sebaliknya keberadaan HIV mempengaruhi integritas barier epitel mukosa yang memungkinkan translokasi virus dan bakteri. Kejadian sifilis lebih banyak pada grup HIV dibanding grup tanpa HIV. Sifilis mempengaruhi jumlah CD4 pasien. Kami mencoba mengulas suatu kasus sifilis sekunder pada laki-laki biseksual HIV dengan sudut pandang lain, yaitu mencari manakah yang terjadi lebih dahulu berdasar perhitungan CD4. **Tujuan:** Untuk mengetahui sudut pandang lain, evaluasi waktu berdasar CD4 dan tatalaksana pada sifilis sekunder, kondiloma akuminata anal, dan hiv pada penderita laki-laki biseksual. **Kasus:** Seorang lelaki biseksual 19 tahun dengan keluhan bercak merah seluruh tubuh, tidak gatal/nyeri; TPHA 1/2560, VDRL 1/128, antibodi HIV positif, dan CD4 425sel/mm³. **Penatalaksanaan:** Onset HIV dengan memperhitungkan penurunan CD4 karena sifilis maupun tidak adalah 2-5,8 tahun dan 3,08-7,7 tahun, secara berurutan. Terapi berupa dosis tunggal benzatin penisilin 2,4 juta IU intramuskular. **Simpulan:** Infeksi HIV terjadi sebelum infeksi sifilis. Tatalaksana sama dengan pasien sifilis tanpa HIV dengan interval evaluasi atau pengawasan lebih sering.

Kata kunci: sifilis, HIV, biseksual, CD4, onset, tatalaksana.

ABSTRACT

Background: A meta analysis study in China states that male bisexual has higher incidence rate for HIV and syphilis than male-sex-male. Syphilis eases the transmission of HIV, vice versa HIV breaches the integrity of mucosal epithelial barrier, allowing translocation virus and bacterial. Syphilis has higher incidence rates in HIV-infected compare with HIV-uninfected patients. Syphilis influences CD4 of patient. We try discussing a case of secondary syphilis in male bisexual HIV in another point of view, to find which one earlier based on CD4 count. **Purpose:** to understand another point of view, time evaluation based on CD4 and management in secondary syphilis, anal condyloma accuminata, and HIV in bisexual male patient **Case:** A 19 years old male bisexual patient complained erythematous rash all over his body, no itch or pain; TPHA 1/2560, VDRL 1/128, positive HIV antibody, and CD4 425cell/mm³. **Case management:** HIV onset, considering decrease of CD4 in syphilis or not, are 2-5,8years and 3,08-7,7years, respectively. Therapy was given as single dose benzatin penisilin 2,4billion IU intramuscular. **Conclusion:**HIV infection occurred before syphilis. No differences in management with HIV-uninfected syphilis patient, more often evaluation interval needed.

Key words: syphilis, HIV, bisexual, CD4, onset, management.

Alamat korespondensi: Vina Ajeng Puspa Dewi, Bagian/Staf Medik Fungsional Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Sardjito, Jl. Farmako Gedung Radiopoetro Lt.3 Sekip Yogyakarta 55284, Indonesia. Telepon: (0274) 560700 email: vinadew@gmail.com

PENDAHULUAN

Sifilis adalah infeksi menular seksual (IMS) yang disebabkan oleh *T. pallidum*.¹ Insidensi sifilis yang meningkat menurut ahli epidemiologi akan diikuti peningkatan infeksi HIV.² Dhaliwal *et al* pada tahun 2012 juga menyatakan bahwa sifilis sering ditemukan pada pasien diikuti infeksi baru HIV.¹

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.³ Yun *et al* pada tahun 2011 menyatakan pada suatu studi meta analisis bahwa sebanyak 31,5% MSM di

Cina merupakan biseksual dengan insidensi HIV maupun sifilis lebih tinggi secara signifikan pada biseksual dibanding MSM (*Male Sex Male*).⁴

Ulkus durum/*chancre* pada sifilis primer merusak keutuhan epitel dan barier mukosa, sehingga memudahkan transmisi dan akuisisi HIV. Inflamasi dan sel CD4 yang menuju daerah ulkus juga meningkatkan kemungkinan transmisi atau akuisisi HIV.^{5,6} Studi kohort selama 7 tahun yang dilakukan Caussy *et al* tahun 1990 menyebutkan hal sebaliknya dapat terjadi, MSM dengan HIV dan sel CD4 rendah merupakan faktor risiko terdeteksinya *Human Papilloma Virus* (HPV) secara signifikan dan dibarengi abnormalitas epitel anal,⁷ sedangkan menurut Nazli *et al* pada tahun 2010 HIV akan mengganggu integritas barier epitel mukosa yang memungkinkan translokasi virus dan bakteri.⁸ Di RSUP DR Sardjito sejak Januari 2009-Januari 2013 terdapat 14 kasus sifilis sekunder dan 1 kasus sifilis sekunder dengan HIV.

Makalah ini melaporkan satu kasus sifilis sekunder, kondiloma akuminata anal, dan HIV pada laki-laki biseksual 19 tahun. Tujuan pembuatan makalah ini diharapkan dapat meningkatkan kemampuan dan ketelitian dalam diagnosis dan tata laksana sifilis serta mencoba mengetahui tinjauan waktu terjadinya sifilis maupun HIV pada pasien ini.

LAPORAN KASUS

Seorang laki-laki 19 tahun, mahasiswa semester 3, datang dengan keluhan utama bercak-bercak merah di seluruh tubuh. Dua minggu sebelum periksa di rumah sakit, muncul satu bercak merah di dada dengan diameter sekitar 0,5 cm yang tidak gatal maupun nyeri. Bercak merah tidak diobati oleh pasien. Satu hari kemudian bercak merah menyebar ke dada, perut, dan punggung tanpa rasa gatal maupun nyeri; diobati sendiri dengan salep *acyclovir* oleh pasien tetapi tidak membaik. Pasien berobat ke Puskesmas namun keluhan tidak membaik dan bercak merah makin meluas ke lengan sampai telapak tangan, paha, tungkai bawah, dan kulit buah pelir. Pasien kemudian dirujuk ke poli IMS RSUP Dr Sardjito dan disarankan untuk cek laboratorium TPHA dan VDRL dengan hasil reaktif dengan titer TPHA 1/2560 dan VDRL 1/128. Keluhan pada mata, sariawan, demam, rambut rontok, maupun buang air kecil sakit disangkal oleh pasien.

Riwayat penyakit dahulu berupa keluhan serupa, adanya kutil, pernah ada luka di kemaluan atau anus, kencing nanah, benjolan atau nyeri di selangkangan, demam, nyeri sendi atau otot, tidak enak badan seperti flu, ketombe, sariawan, dan nyeri telan disangkal. Riwayat minum obat 2 bulan sebelum sakit dan alergi obat disangkal. Bercak yang pertama muncul adalah yang paling besar ukurannya

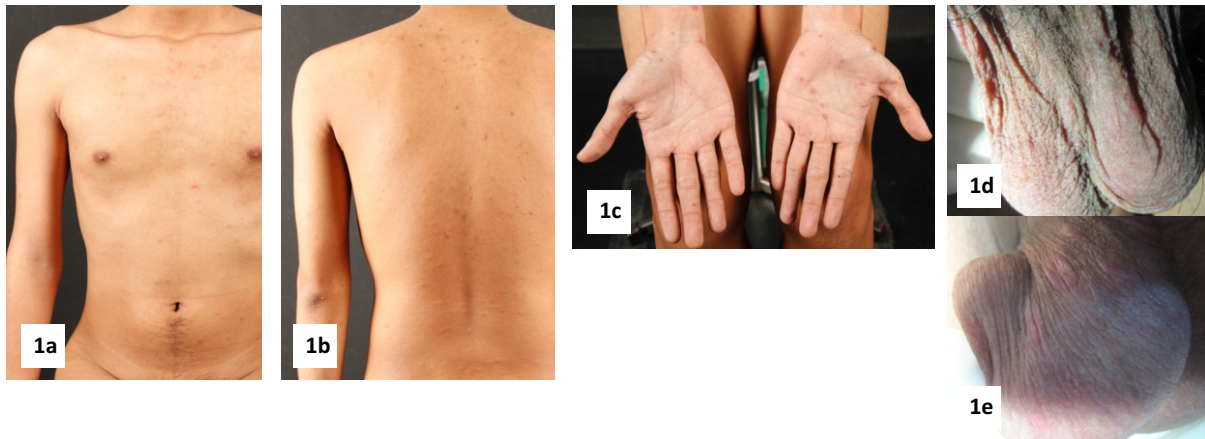
dibanding bercak merah yang timbul kemudian disangkal. Penurunan berat badan lima tahun ini, diare lama, batuk lama, dan sering demam disangkal oleh pasien.

Pasien memiliki riwayat sirkumsisi pada usia 11 tahun. Pasien mengatakan berhubungan seksual orogenital pertama kali umur 17 tahun dengan pasangan laki-laki. Hubungan seksual secara genitogenital, orogenital, maupun anogenital dilakukan sekitar 1 tahun ini dengan pacar laki-laki maupun perempuan. Pasien dan pasangan tidak pernah memakai kondom. Jumlah total pasangan diakui pasien 2 laki-laki dan 1 perempuan. Pasangan pertama adalah siswa SMA, pacar laki-laki adalah pegawai restoran, sedangkan pacar perempuan adalah teman kuliah. Hubungan seksual terakhir 1 hari yang lalu dengan pacar perempuan tanpa kondom. Pasangan seksual laki-laki diakui *multipartner* sedangkan pasangan seksual perempuan pasien tidak tahu. Pasien menyangkal mengkonsumsi alkohol, narkoba suntik, tato, tindik, maupun transfusi darah. Riwayat penggunaan alkohol, narkoba suntik, tato, maupun tindik pada ketiga pasangan pasien disangkal. Pasien tidak mengetahui apakah pasangan memiliki penyakit Infeksi Menular Seksual.

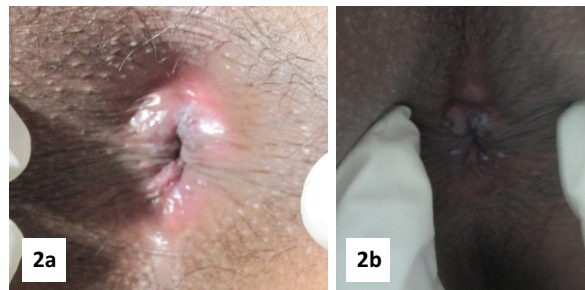
Pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum baik, kesadaran *compos mentis*, tanda vital dalam batas normal, status gizi cukup. Didapatkan pembesaran kelenjar getah bening pada inguinal sinistra yang soliter, tidak terfiksir, tidak berbenjol, diameter 1 cm, dan tidak ada nyeri tekan. Status dermatologi dan venereologi didapatkan pada seluruh tubuh kecuali wajah tampak papul dan *patch* eritem batas tegas multipel diskret sebagian dengan deskuamasi tipis di atasnya. Pada skrotum tampak plak eritem multipel diskret. Pada anal tampak papul verukous multipel, diskret

Diagnosis banding dari papule dan *patch* eritem yang diajukan adalah sifilis sekunder, pitiriasis rosea, dan eritema multiforme minor. Karena lesi kulit awal disangkal berukuran paling besar dibanding lesi merah lainnya, tidak tersusun seperti cemara, serta tidak didapat riwayat minum obat, demam maupun seperti flu, dan setelah diperhatikan dari dekat lesi di tangan bukan suatu lesi target, maka diagnosis yang diambil untuk pasien ini adalah sifilis sekunder, hal ini didukung pula dengan laboratorium TPHA 1/2560 dan VDRL 1/128. Diagnosis banding dari papul verukous multipel di anal adalah kondiloma akuminata anal dan kondilomata lata. Papul verukous tersebut berubah warna menjadi putih saat dilakukan tes *acetowhite* sehingga didiagnosis sebagai kondiloma akuminata.

Pasien diterapi dengan injeksi intra muskular benzatin penisilin 2,4 juta IU dosis tunggal dan tutul podofilin 25% untuk kondiloma akuminata. Pasien juga disarankan melakukan pemeriksaan HIV melalui *Provider Initiated*



Gambar 1. (a-c) badan dan telapak tangan tampak papule eritem multipel, diskret, sebagian dengan skuama tipis. (d-e) kulit skrotum tampak plak eritem multipem, diskret. (Saat pasien datang).



Gambar 2a. Perianal tampak papule sewarna kulit, verukous, multiple, diskret; 2b. papule memberi warna putih setelah tes *acetowhite*.



Gambar 3(a-c) Badan dan telapak tangan tampak papule eritem dan hiperpigmentasi multipel, diskret, 3(d-e) kulit skrotum plak eritem multipem menghilang (1 minggu setelah terapi).

Testing and Counseling (PITC) di RSUP DR Sardjito yang memberi hasil reaktif dan dilanjutkan dengan 2 metode yang memberi hasil antibodi HIV positif. Pemeriksaan CD4 memberi hasil 425sel/mm³. Darah rutin dan foto thorax dalam batas normal, pemeriksaan sputum memberi hasil BTA negatif. Setelah terapi benzatin penisilin, plak pada skrotum hilang dan tidak muncul lesi baru. Penderita kontrol 15 hari sesudah terapi benzatin penisilin, lesi kulit telah menjadi makula dan plak hiperpigmentasi batas tak tegas, multipel. Pasien dianjurkan mengulang pemeriksaan laboratorium VDRL dan TPHA dengan titer untuk evaluasi.

Sifilis adalah penyakit infeksi venereal disebabkan *T. pallidum*. Transmisi dapat terjadi melalui kontak seksual dengan lesi infeksius, dari ibu ke fetus, transfusi darah, dan sering melalui ketidaktehuan kulit yang kontak dengan lesi infeksius. Sifilis dibedakan menjadi beberapa stadium yaitu primer, sekunder, laten, dan tersier.^{10,11} Sifilis primer ditandai dengan munculnya satu atau lebih *chancre*/ulkus durum dan laboratorium serum konsisten untuk sifilis. Sifilis sekunder dikarakterisasi lesi mukokutan lokal maupun difus dengan pemeriksaan serum konsisten untuk sifilis. Variasi lesi dapat berupa roseola sifilitika, plak eritroskuamosa, likenoid, plak anular, kondilomata lata, lues maligna, maupun *moth-eaten alopecia*.^{10,12} Sifilis sekunder dapat menyerupai berbagai kelainan kulit, misal pitiriasis rosea, tinea versikolor, eritema multiforme, bahkan pada individu dengan HIV yang mendapat *anti retroviral therapy* (ART) dapat salah didiagnosis sebagai reaksi obat antiretroviral. Lesi biasanya tidak nyeri atau gatal, dapat disertai demam ringan, *malaise*, maupun *fatigue*.¹¹ Sifilis laten tidak disertai penampakan klinis hanya seroreaktivitas. Sifilis tersier ditandai dengan guma dan kardiovaskular sifilis.¹² Pada kasus ini pasien datang dengan bercak merah seluruh badan dan hasil laboratorium TPHA 1/2560 dan VDRL 1/128 sehingga ditegakkan diagnosis sebagai sifilis sekunder.

Pasien juga didiagnosis HIV positif dengan jumlah CD4 (2 Januari 2013) sebesar 425/mm³. Risiko tertinggi infeksi HIV terjadi pada MSM dan biseksual. Surveilans selama 25 tahun di Inggris memperkirakan pada tahun 2004 terdapat 26.500 MSM dan biseksual dengan HIV, sepertiganya tidak terdiagnosis.¹³ Koinsidensi HIV dan sifilis pada MSM dan biseksual telah banyak dilaporkan. Menurut *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) tahun 2009, sebanyak 30-74% MSM yang berobat ke klinik IMS dengan sifilis primer dan sekunder juga terinfeksi HIV.^{14,15} Menurut Funnye *et al* pada tahun 2003, laki-laki dengan HIV positif memiliki risiko 3 kali lipat terinfeksi sifilis.¹⁶ Menurut Horberg *et al* pada tahun 2010, secara signifikan insidensi sifilis adalah 62,3/1000 orang/tahun pada kelompok HIV dan 0,8/1000

orang/tahun pada kelompok non-HIV.¹⁷ Kebalikannya, seroprevalensi HIV positif adalah 27,5% pada grup laki-laki dengan sifilis, 12,5% pada wanita dengan sifilis, 64,3-90% pada MSM, dan 22,5-70,6% pada *intravenous drug users* (IVDU).¹⁶

Ulkus pada sifilis primer merusak keutuhan epitel dan barier mukosa, sehingga memudahkan transmisi dan akuisisi HIV. Inflamasi dan sel CD4 yang menuju daerah ulkus juga meningkatkan kemungkinan transmisi atau akuisisi HIV.^{5,6} Menurut Narula *et al* tahun 2010, sifilis diperkirakan meningkatkan transmisi HIV 2-9 kali lipat dan akuisisi HIV 2-4 kali lipat. Peningkatan transmisi HIV juga disebabkan *T. pallidum* menurunkan CD4 pada pasien HIV dan meningkatkan *viral load* HIV.¹⁸ Berdasar penelitian Kofoed *et al* tahun 2006 sel CD4 berkurang secara signifikan pada sifilis primer dan sekunder dengan rata-rata 106sel/mm dan peningkatan jumlah HIV-RNA, yang akan membaik setelah terapi sifilis.¹⁹

Pada pasien juga didapat kondilomata akuminata anal berupa papul verukosa multipel yang memberi hasil positif pada tes *acetowhite*. Menurut Caussy *et al* pada studi kohort selama 7 tahun, MSM dengan HIV dan sel CD4 rendah merupakan faktor risiko terdeteksinya *human papilloma virus* (HPV) secara signifikan dan disertai abnormalitas epitel anal.⁷ Sedangkan menurut Nazli *et al* pada tahun 2010, HIV akan mengganggu integritas barier epitel mukosa yang memungkinkan translokasi virus dan bakteri.⁸ Adanya virus HIV dan HPV dapat menjadi faktor risiko infeksi sifilis, sebaliknya sifilis yang umumnya disertai *chancre*/ulkus durum pada stadium primer juga menjadi faktor risiko masuknya virus HIV maupun HPV. Pada pasien ini kita akan mencoba mencari manakah yang lebih dahulu terjadi antara sifilis dan HIV.

Tidak ada perbedaan manifestasi klinis pada sifilis primer dan sekunder pada pasien non-HIV ataupun dengan HIV,^{6,18,20} hanya jumlah ulkus mungkin dapat multipel dan stadium primer kemungkinan disertai ulkus genital lebih besar pada individu dengan HIV.^{5,6,20} Pada anamnesis pasien tidak didapat informasi mengenai perkiraan terjadinya ulkus durum. Ulkus durum dapat terjadi pada genital maupun ekstrap genital sesuai dengan tempat masuknya *T. pallidum*; misal pada oral, anal, perianal, puting susu, maupun jari. Ulkus berukuran beberapa mm sampai 2 cm, tepi teratur sedikit meninggi dan keras, tidak nyeri. Adanya ulkus sering tidak disadari oleh pasien, bahkan oleh pemeriksa bila berada di tempat yang sulit dilihat.^{12,21,22,23} Durasi inkubasi, stadium primer, dan sekunder pada sifilis adalah sebagai berikut (Tabel 1).

Jadi, infeksi sifilis terjadi minimal dalam 48 hari dan maksimal 173 hari sebelum periksa ke RS. DR

Sardjito (Gambar 4).

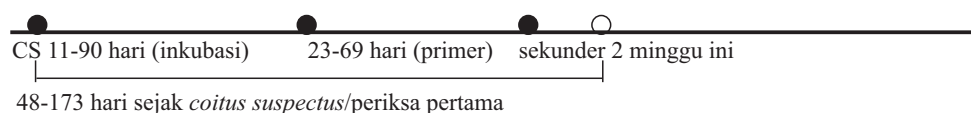
HIV positif diketahui pada hari pertama periksa di RS. DR Sardjito dengan jumlah CD4 425sel/mm³ (1 minggu setelah injeksi benzatin penisilin). Jumlah CD4 dipengaruhi oleh adanya infeksi sifilis. Terdapat beberapa studi dimana sifilis, seperti infeksi akut lain, menurunkan jumlah CD4 pasien dan meningkatkan *viral load* yang akan membaik setelah terapi sifilis.^{6,19,24,25} Nilai penurunan CD4 rata-rata

77sel/mm³ menurut Zetola dan Klausner⁶ dan 106sel/mm³ menurut Kofoed *et al.*¹⁹ Perhitungan CD4 dengan mempertimbangkan hal ini berarti status CD4 pasien bila tak terdapat infeksi sifilis adalah 502-531sel/mm³.

Jumlah CD4 dari sisi individu, dapat dipengaruhi oleh jenis kelamin, usia, ras, waktu pengambilan sampel, stres, obat, dan lainnya. Terdapat variasi diurnal, terutama pada kelompok HIV negatif, dengan

Tabel 1. Rerata durasi inkubasi, stadium primer, dan sekunder pada sifilis

Stadium	Durasi	Referensi
Inkubasi	10-90 hari	Fitzpatrick, 2012 ¹²
	14-90 hari	Hall <i>et al</i> , 2006 ¹⁰
	10-90 hari	Holmes KK <i>et al</i> , 2008 ²¹
	9-90 hari	Burns <i>et al</i> , 2010 ²²
Rata-rata	11-90 hari	
Primer (tanpa pengobatan)	21-42 hari	Fitzpatrick 2012 ¹²
	21-42 hari	Holmes KK <i>et al</i> , 2008 ²¹
	21-72 hari	Burns <i>et al</i> , 2010 ²²
	30-120 hari	James <i>et al</i> , 2006 ²³
Rata-rata	23-69 hari	
Sekunder	3-12 minggu setelah ulkus muncul (6 bulan setelah paparan awal)	Fitzpatrick 2012 ¹²
	6-8 minggu setelah ulkus muncul	James <i>et al</i> , 2006 ²³
	8-9 minggu setelah ulkus muncul	Burns <i>et al</i> , 2010 ²²
Rata-rata	40-68 hari setelah ulkus muncul	



Gambar 4. Perjalanan sifilis pada pasien.

nilai terendah 1000sel/mm³ dan tertinggi 2000sel/mm.²⁶ Sedangkan menurut WHO tahun 2007, nilai normal CD4 dewasa adalah 500-1500sel/mm.²⁷ Menurut Widyasari *et al* tahun 2012, nilai rata-rata CD4 individu HIV dengan kondilomata akuminata anal adalah 733sel/mm.²⁸ Penurunan CD4 pada infeksi HIV tanpa ART adalah 40-80sel/mm³/tahun^{29,30} dan 70-100sel/mm³/tahun.³¹ Bila dihitung dengan rata-rata nilai awal CD4 adalah 733sel/mm³, maka untuk berada pada keadaan CD4 pasien 425sel/mm³ (tanpa menghitung kemungkinan penurunan jumlah CD4 akibat sifilis) atau 502-531sel/mm³ (dengan menghitung kemungkinan penurunan jumlah CD4 akibat sifilis) dibutuhkan waktu 3,08-7,7 tahun atau 2,02-5,08 tahun. (Tabel 2). Perkiraan jalannya infeksi HIV selama 2,02 tahun sesuai dengan pasien yang mulai melakukan kegiatan seksual 2 tahun ini sehingga dapat disimpulkan bahwa infeksi

HIV pada pasien ini terjadi sebelum infeksi sifilis.

Pasien tidak mengeluhkan demam, mialgia, arthralgia, *fatigue*, ketombe, diare, sariawan, nyeri telan, turunnya berat badan, batuk lama, maupun gatal-gatal di badan. Pembesaran limfonodi aksila maupun servikal tidak didapatkan. Meskipun adanya infeksi sifilis dapat mengganggu penentuan derajat klinis HIV, dimana derajat 1 dengan CD4 >500sel/mm³ dan derajat 2 dengan CD4 200-499sel/mm³; pasien tidak memiliki keluhan selain bercak merah di badan sehingga lebih sesuai untuk HIV derajat 1.^{27,31}

Terapi sifilis sekunder pada individu terinfeksi HIV atau tidak adalah sama yaitu dengan injeksi intra muskular benzatin penisilin 2,4 juta IU dosis tunggal. Pemantauan dilakukan lebih ketat pada pasien sifilis dengan HIV yaitu setiap 3 bulan selama 1 tahun pertama karena risiko kegagalan terapi dan terjadinya

neurosifilis lebih tinggi. Kriteria kegagalan terapi termasuk tanda dan gejala yang persisten dan rekuren atau peningkatan 4 kali titer nontreponema.^{12,18} Menurut

Katz KA pada tahun 2012 dan Silva YD *et al* pada tahun 1991, pemeriksaan pungsi lumbal disarankan^{12,32} pada pasien sifilis dengan titer TPHA 1/2560 atau lebih.³²

Tabel 2. Perhitungan waktu perkiraan jalannya infeksi HIV

Nilai awal (rerata CD4 HIV+KA)=733 (sel/mm ³)	Selisih=penurunan CD4 (sel/mm ³)	Selisih=penurunan CD4 minimal/th (40sel/th)	Selisih=penurunan CD4 maksimal/th (100sel/th)	Perkiraan jalannya infeksi HIV
Memperhitungkan penurunan CD4 karena sifilis → CD4 502-531	733-502 = 231	5,775 tahun	2,31 tahun	2,3-5,8 tahun
	733-531 = 202	5,05 tahun	2,02 tahun	2-5,1 tahun
Abaikan penurunan CD4 karena sifilis → CD4 425	733-425 = 308	7,7 tahun	3,08 tahun	3,1-7,7 tahun

CDC merekomendasikan pungsi lumbal pada pasien sifilis dengan penemuan neurologis atau ophthalmik, sifilis tersier, gagal terapi, infeksi HIV dengan sifilis laten atau sifilis yang tidak diketahui durasinya.¹⁸ Pungsi lumbal sendiri dapat menjadi masalah karena infeksi HIV dapat disertai keabnormalan cairan serebrospinal yang dapat mengganggu penilaian.^{18,29} Pada pasien ini pungsi lumbal tak dilakukan.

Telah dilaporkan satu kasus sifilis sekunder, kondilomata akuminata anal, dan HIV pada seorang laki-laki biseksual 19 tahun dengan perkiraan infeksi sifilis dalam rentang waktu 48-173 hari sebelum periksa. Infeksi HIV terjadi sebelum infeksi sifilis. Tatalaksana sama dengan pasien sifilis tanpa HIV dengan interval pengawasan lebih sering.

KEPUSTAKAAN

- Dhaliwal S, Patel M, Menter A. Secondary syphilis and HIV. *Proc (Bayl Univ Med Cent)* 2012; 25:87-9.
- Cotton DJ. HIV and syphilis coinfection: trends and interactions. *AIDS Clinical Care* 2013;15:1-18.
- Rosario M, Schrimshaw E, Hunter J, Braun L. Sexual identity development among lesbian, gay, and bisexual youths: consistency and change over time. *J Sex Res* 2006; 43:46-58.
- Yun K, Xu JJ, Reilly KH, Zhang J, Jiang YJ, Wang N, et al. Prevalence of bisexual behavior among bridge population of men who have sex with men in China: a meta-analysis of observational studies. *Sex Transm Inf* 2011; 87:563-70.
- Buchacz K, Greenberg A, Onorato I, Janssen R. Syphilis epidemics and human immunodeficiency virus (HIV) incidence among men who have sex with men in the United States: implication for HIV prevention. *Sex Transm Dis* 2005; 32:S73-9.
- Zetola NM, Klausner JD. Syphilis and HIV infection: an update. *Clin Infect Dis* 2007; 44:1222-8
- Caussy D, Goedert JJ, Palefsky J, Gonzales J, Rabkin CS, Digioia RA, et al. Interaction of human immunodeficiency and papilloma viruses: association with anal epithelial abnormality in homosexual men. *Intl J Cancer* 1990; 46:214-9.
- Nazli A, Chan O, Dobson-Belaire WN, Ouellet M, Tremblay MJ, Gray-Owen SD, et al. Exposure to HIV-1 directly impairs mucosal epithelial barrier integrity allowing microbial translocation. *PLoS Pathog* 2010; 6:1-20.
- Euerle B, Cunha BA. Syphilis. *E-medicine*. <http://www.emedicine.medscape.com>. Diakses Desember 2012.
- Hall CS, Bolland G. Syphilis and HIV. *HIV In Site Knowledge Base* 2012; 4:1-7.
- Drabick JJ, Williams WJ, Tang DB, Sun W, Chung RC, and Military Medical Consortium for Applied Retroviral Research. CD4 lymphocyte decline and survival in human immunodeficiency virus infection. *AIDS Res Hum Retroviruses* 1992; 8:2039-48.
- Katz KA. Syphilis. In: Goldsmith LA, Katz S, Gilchrist B, Paller A, Leffell D, Wolff K, editors. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*, 8th Ed. New York: McGraw-Hill; 2012. p. 2471-92.
- Dougan S, Evans BG, MacDonald N, Goldberg DJ, Gill ON, Fenton K.A, et al. Review article: HIV in gay and bisexual men in the United Kingdom: 25 years of public health surveillance. *Epidemiol Inf* 2008; 136:145-56.
- CDC. Sexually Transmitted Disease Surveillance.

- CDC 2010 <http://www.cdc.gov/std/stats09/toc.htm>. Diakses Desember 2012
15. CDC. Sexually Transmitted Disease Treatment Guidelines. CDC 2011. <http://www.cdc.gov/std/treatment/2010>. Diakses Desember 2012
 16. Funnye AS, Akhtar AJ, Ven D. Syphilis and human immunodeficiency virus co-infection. *J Natl Med Assoc* 2003; 95:363-82.
 17. Horberg MA, Ranatunga DK, Quesenberry CP, Klein DB, Silverberg MJ. Syphilis epidemiology and clinical outcomes in HIV-infected and HIV-uninfected patients in Kaiser Permanente Northern California. *Sex Transm Dis* 2010; 37:53-8.
 18. Narula T, Kamboj S, Martinez J, Engel L.S. Co-infection: HIV and the great mimic syphilis. *HIV Clin* 2010; 22:7-10.
 19. Kofoed K, Gerstoft J, Mathiesen LR, Benfield T. Syphilis and Human Immunodeficiency Virus (HIV)-1 coinfection: influence on CD4 T-cell count, HIV-1 viral load, and treatment response. *Sex Transm Dis* 2006. 33:143-8.
 20. Rompalo AM, Joesoef MR, O'Donnell JA, Augenbraun M, Brady W, Radolf JD, et al. Clinical manifestations of early syphilis by HIV status and gender, result of the syphilis and HIV study. *Sex Transm Dis* 2001. 34:158-65.
 21. Sparling PF, Swartz MN, Musher DM, Healy BP. Clinical Manifestation of Syphilis. In: Holmes KK, Sparling P, Stamm W, Piot P, Wasserheit J, Corey L, et al editors. *Sexually Transmitted Disease*. 4th ed. New York McGraw-Hill; 2008. p. 661-84.
 22. Kinghorn GR. Syphilis and Bacterial Sexually Transmitted Infection. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, editors. *Rook's Textbook of Dermatology*. 8th ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010. p. 1552-75.
 23. James WD, Berger TD, Elston DM, Syphilis, Yaws, Bejel, and Pinta. *Andrew's Disease of The Skin: Clinical Dermatology*. 10th. New York. Elsevier; 2006.
 24. Sadiq ST, McSorley J, Copas A.J, Bennett J, Edwards S.J., Kaye S., et al. The effect of early syphilis on CD4 counts and HIV-1 RNA viral loads in blood and semen. *Sex Transm Inf* 2005. 380-5.
 25. Buchacz K, Patel P, Taylor M, Kerndt PR, Byers RH, Holmberg SD, et al. Syphilis increases HIV viral load and decreases CD4 cell counts in HIV-infected patients with new syphilis infections. *AIDS* 2004; 18(15): 2075-9.
 26. Shete A, Thakar M, Abraham PR, Paranjape R. Review article: a review on peripheral blood CD4+ T lymphocyte counts in healthy adult Indian. *Ind J Med Res* 2010. 132:667-75.
 27. World Health Organization. WHO case definitions of HIV for surveillance and revised clinical staging and immunological classification of HIV-related disease in adult and children 2007. (Accessed December 2012). Available from <http://www.who.int/guidelines/hic>
 28. Widayarsi M, Pudjiati SR, Soebono H. Hubungan Jumlah Limfosit T CD4+ Darah dengan Kondiloma Akuminata (Kajian pada Layanan Infeksi Menular Seksual) (Tesis), 2012. Yogyakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, program studi Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin; 2012.
 29. Saag MS. Natural History of HIV-1 Disease. In: Broder S, Merigan TC, Bolognesi D editors. *Textbook of AIDS Medicine*. New York: William and Wilkins; 1994. p. 45-53.
 30. Flanigan TP, Imam N, Lange N, Fiore T, Hoy J, Stein M, et al. Decline of CD4 lymphocyte counts from the time of seroconversion in HIV-positive women. *Journal of Women's Health* 1992; 1:231-5.
 31. Putri KK. Pedoman Nasional Tatalaksana Klinis Infeksi HIV dan Terapi Antiretroviral pada Orang Dewasa. Jakarta 2012. <http://www.scribd.com/doc/132776091/Pedoman-Nasional-Tatalaksana-Klinis-Infeksi-HIV-dan-Terapi-Antiretroviral-pada-orang-Dewasa>
 32. Silva Y, Walzman M, Shahmanesh M. The value of serum TPHA titres in selecting patients for lumbar puncture. *Genitour Med* 1991; 67:37-40.