

Profil Pasien Kondiloma Akuminata

(The Profile of Condyloma Accuminata)

Riyana Noor Oktaviyanti, Jusuf Barakbah

Departemen/Staf Medik Fungsional Kesehatan Kulit dan Kelamin

Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga/Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soetomo Surabaya

ABSTRAK

Latar belakang: Kondiloma Akuminata (KA) merupakan penyakit Infeksi Menular Seksual (IMS) yang sering terjadi di seluruh dunia. KA disebabkan oleh infeksi *Human Papilloma Virus* (HPV) dengan gejala berupa lesi tunggal atau multipel pada daerah anogenital yang disertai dengan gejala gatal, *discharge vagina*, dan perdarahan. Prevalensi KA mengalami peningkatan diseluruh dunia. **Tujuan:** mengevaluasi gambaran pasien dan pelayanan pasien KA di Divisi IMS Unit Rawat Jalan (URJ) Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya periode 2012-2014. **Metode:** Studi retrospektif dari data sekunder rekam medik pasien baru KA selama periode 3 tahun. **Hasil:** Pasien baru KA terbanyak tahun 2013 sebanyak 9,7% dari total kunjungan pasien IMS. Pasien perempuan lebih banyak daripada laki-laki dengan kelompok umur terbanyak pada usia 25-44 tahun (62,9%), dan klinis terbanyak bentuk kondiloma tanpa komplikasi yang multipel dengan penatalaksanaan *Trichloroacetic Acid* (TCA) (84,3%). **Simpulan:** KA merupakan penyakit terbanyak kedua di divisi IMS dengan jenis kelamin terbanyak perempuan pada kelompok umur 25-44 tahun dan klinisnya berupa kondiloma tanpa komplikasi dengan penatalaksanaan terbanyak dengan TCA. Terdapat peningkatan dalam angka pemeriksaan penunjang yang dilakukan dibandingkan dengan tahun 2009-2011.

Kata kunci: kondiloma akuminata, retrospektif, TCA.

ABSTRACT

Background: Condyloma Accuminata (CA) is a sexually transmitted disease that often occurs throughout the world. CA caused by Human Papilloma Virus (HPV) infection with symptoms of single or multiple lesions in the anogenital area accompanied by symptoms of itching, vaginal discharge, and bleeding. Prevalence has increased throughout the world. **Purpose:** To evaluate description of patients with CA and the services of patients in the Division of Sexual Transmitted Diseases of Dr. Soetomo hospital outpatient clinic in Surabaya 2012-2014 period. **Methods:** A retrospective study from secondary data for new patients with accumulated condyloma for a period of 3 years. **Results:** The most recent sufferers of CA in 2013 were 9.7% of the total visit of STI patients. More female patients than men with the highest age group at 25-44 years old (62.9%) and the most clinical forms of multiple uncomplicated condylomas with TCA management (84.3%). **Conclusion:** In 2012-2014 CA was the second largest disease in STI division with the highest gender of women in the age group 25-44 years and clinically in the form of uncomplicated condyloma with TCA management. There was an increase in the number of laboratorium examination than in 2009-2011.

Key words: condyloma accuminata, retrospective, TCA.

Alamat Korespondensi: Jusuf Barakbah, Departemen/ Staf Medik Fungsional Kesehatan Kulit dan Kelamin Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga/Rumah Sakit Umum Daerah Dr Soetomo Surabaya, Jln Mayjen Prof Dr Moestopo No 6-8 Surabaya 6013, Telpn: 0811328879.

PENDAHULUAN

Kondiloma Akuminata (KA) merupakan penyakit Infeksi Menular Seksual (IMS) yang sering terjadi di seluruh dunia.¹ KA disebabkan oleh infeksi *Human Papilloma Virus* (HPV) dengan gejala berupa lesi tunggal atau multipel pada daerah anogenital yang disertai dengan gejala gatal, *discharge vagina*, dan perdarahan.^{2,3} Prevalensi KA mengalami peningkatan diseluruh dunia.⁴ Penelitian retrospektif

yang dilakukan di Kanada pada tahun 2007 menunjukkan bahwa insidensi KA sebesar 201 pasien per 100.000 penduduk, sedangkan prevalensi KA di Kanada sebesar 0,15 %. Jumlah pasien KA yang datang ke Divisi IMS Unit Rawat Jalan (URJ) RSUD Dr. Soetomo Surabaya selama 3 tahun (Januari 2009 sampai Desember 2011) tercatat sebanyak 259 pasien yang merupakan 8,7% dari 2960 pasien Divisi IMS dan 1,2% dari 21.405 pasien yang berobat di URJ

Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr Soetomo Surabaya.⁵

Sebagian besar kasus KA dapat didiagnosis secara akurat berdasarkan pemeriksaan klinis dan riwayat pasien. Jika diperlukan dapat dilakukan pemeriksaan penunjang seperti *acetowhitening test*, sitologi atau histopatologik, kolposkopi, pemeriksaan histokimia, deteksi antigen HPV, dan deteksi *Deoxyribo Nucleic Acid* (DNA) HPV.^{2,3} Saat ini *Polymerase Chain Reaction* (PCR) adalah teknik paling sensitif untuk mendeteksi infeksi HPV.⁶⁻⁸

Sebagian besar pengobatan KA bertujuan untuk menghilangkan lesi daripada mengeliminasi infeksi virus yang mendasari. Banyak pilihan pengobatan pada KA, antara lain dapat menggunakan terapi topikal (podofilin, podofilotoksin, *trichloroacetic acid* (TCA)/*bicinchoninic acid* (BCA), 5-Fluorourasil, imikuiomod), tindakan bedah (elektrokauterisasi, bedah beku, bedah laser) dan terapi sistemik (interferon, isoprinosin).

Pencegahan penularan penyakit KA, yaitu menghindari kontak langsung dengan pasien atau dengan kata lain melakukan hubungan seksual yang aman, dan saat ini telah dikembangkan vaksin profilaksis yang dapat digunakan untuk mencegah infeksi HPV.

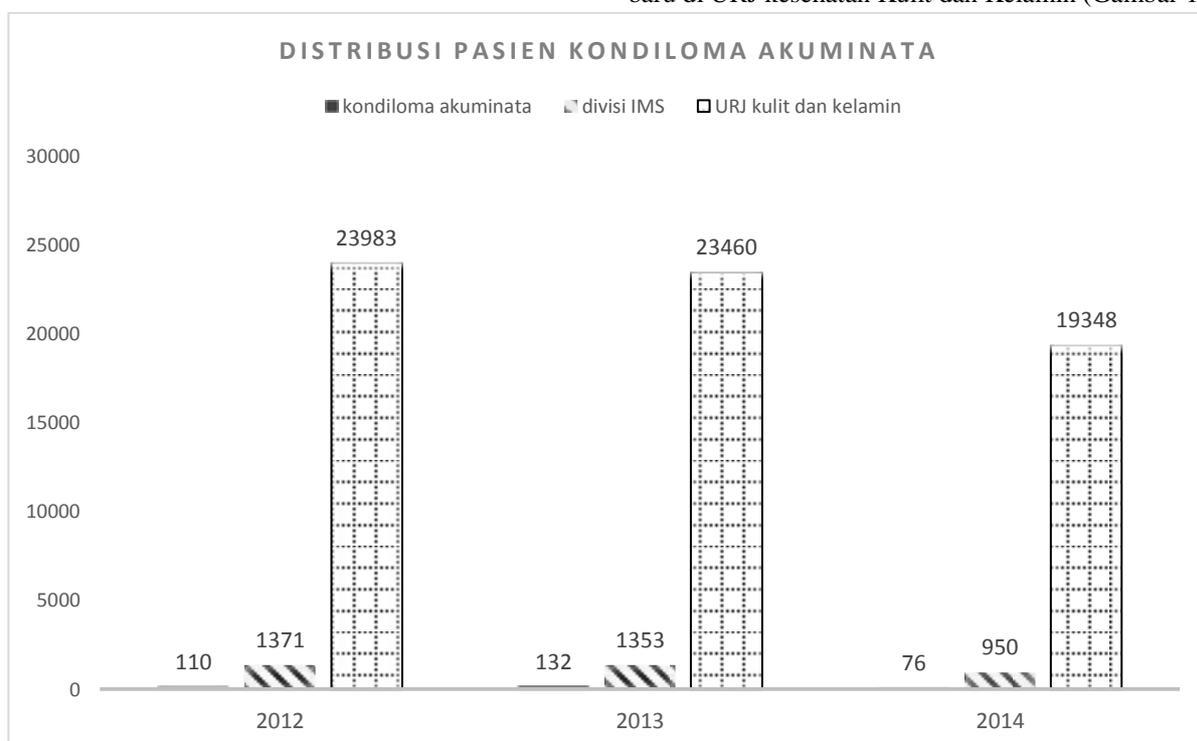
Penelitian retrospektif ini dibuat untuk mengevaluasi gambaran pasien KA dan mengevaluasi pelayanan pasien KA di Divisi IMS URJ Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya untuk perbaikan di masa yang akan datang. Berikut adalah laporan studi retrospektif KA Divisi IMS URJ Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya periode 2012-2014.

METODE

Penelitian dilakukan secara retrospektif dengan mengambil data seluruh pasien baru KA dari catatan rekam medik Divisi IMS URJ Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya selama periode Januari 2012 sampai Desember 2014 (3 tahun). Dilakukan pencatatan data dasar berupa jumlah kunjungan pasien baru, jenis IMS terbanyak, gambaran umum pasien yang meliputi data mengenai umur, jenis kelamin, data klinis dan penatalaksanaannya.

HASIL

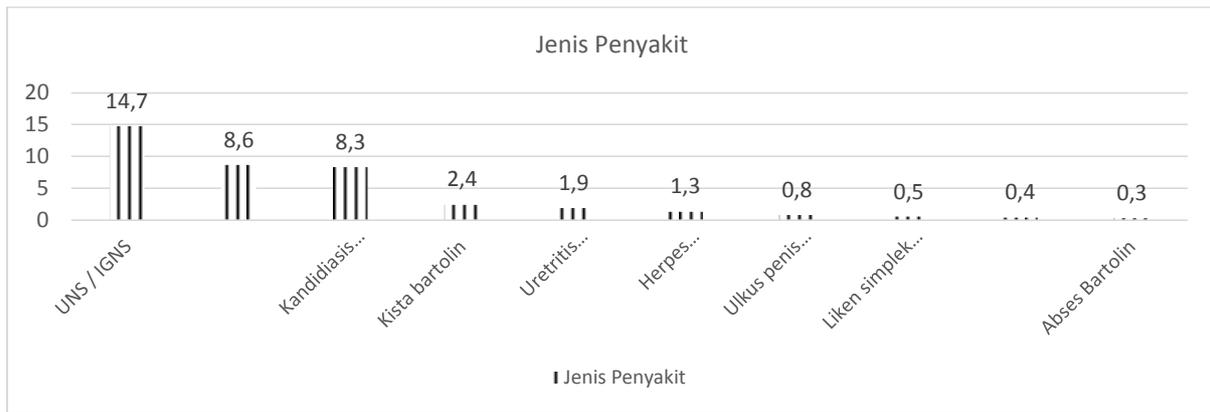
Pasien baru KA di Divisi IMS URJ Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya periode 2012–2014 paling banyak didapatkan pada tahun 2013 yaitu 9,7% dari total kunjungan pasien baru di URJ kesehatan Kulit dan Kelamin (Gambar 1).



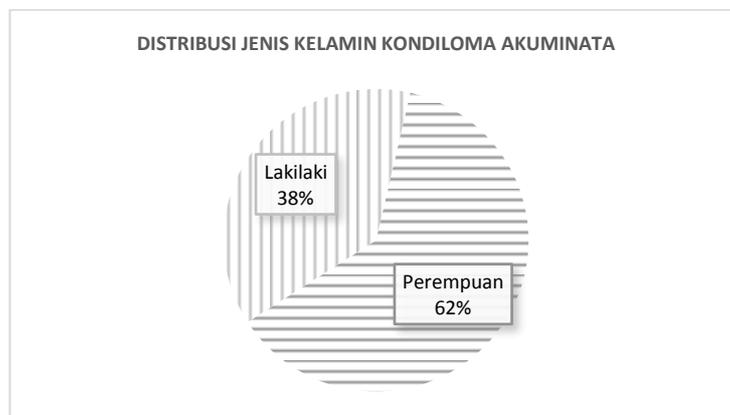
Gambar 1. Distribusi pasien kondiloma akuminata di Divisi Infeksi Menular Seksual Unit Rawat Jalan Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya Periode 2012-2014.

Berdasarkan kunjungan pasien baru dengan berbagai IMS, KA merupakan penyakit kedua terbanyak dari semua jenis IMS yaitu sebanyak 318

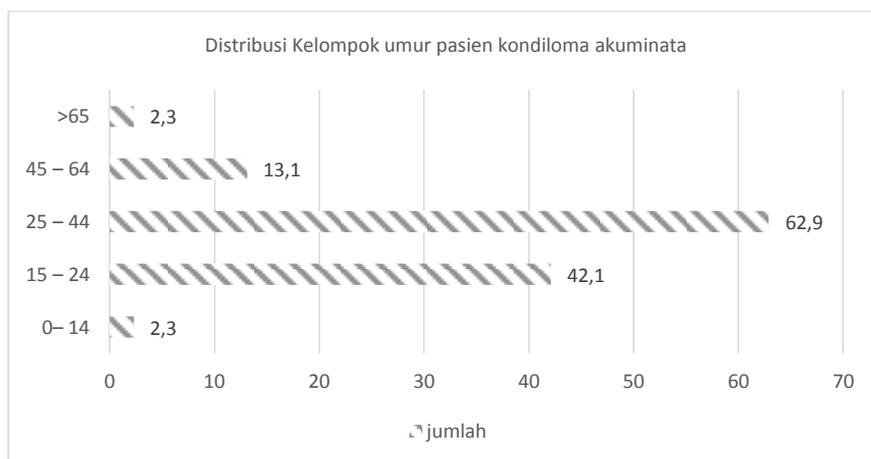
(8,6%) pasien. Distribusi jenis kelamin terbanyak pasien KA adalah perempuan yaitu 62 % sedangkan laki-laki 38 % (gambar 3).



Gambar 2. Distribusi Jenis Infeksi Menular Seksual terbanyak Divisi Infeksi Menular Seksual Unit Rawat Jalan Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya Periode 2012-2014.



Gambar 3. Distribusi Jenis kelamin kondiloma akuminata Divisi Infeksi Menular Seksual Unit Rawat Jalan Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya Periode 2012-2014.



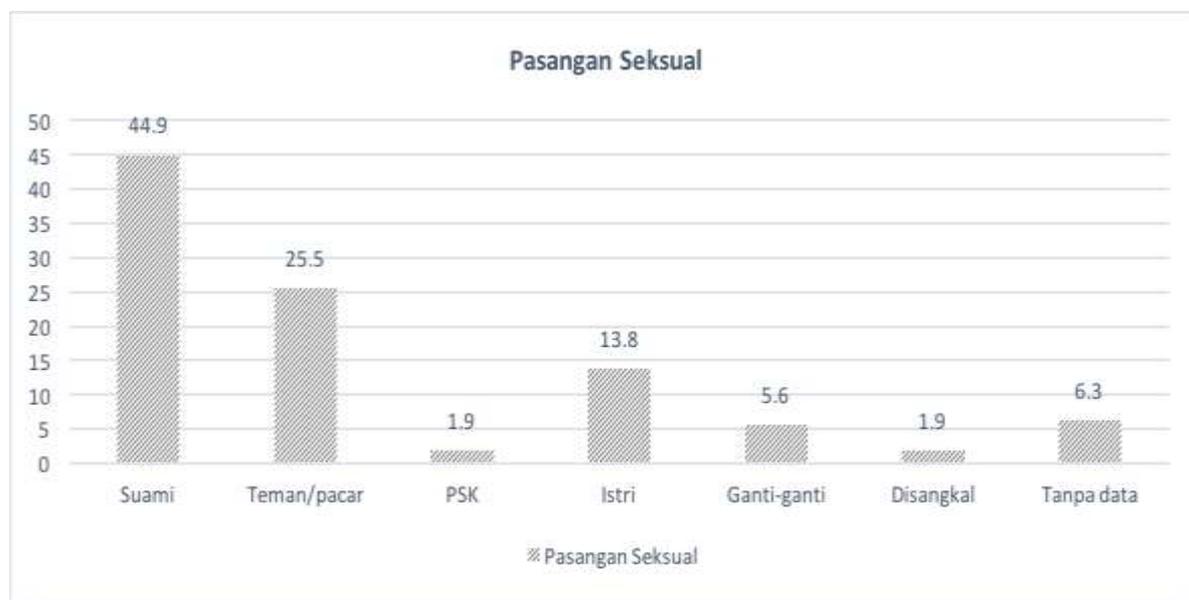
Gambar 4. Distribusi kelompok umur kondiloma akuminata Divisi Infeksi Menular Seksual Unit Rawat Jalan Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya Periode 2012-2014.

Kelompok umur pasien KA berdasarkan pembagian WHO didapatkan terbanyak pada kelompok umur 25–44 tahun yaitu 163 pasien (62,9%), sedangkan sebagian besar lainnya pada rentang usia 15–24 tahun yaitu 109 (42,1%) pasien. Berdasarkan status pernikahan didapatkan 195 (61,3%) pasien sudah menikah dan 123 (38,7%) pasien belum menikah.

Berdasarkan manifestasi klinisnya, bentuk lesi sebagian besar adalah kondiloma yaitu 283 (88,9%) pasien, sedangkan lainnya berbentuk kondiloma disertai papula/erosi. Tidak ada lesi kondiloma yang disertai ulkus dan vesikel. Dari catatan medik sifat lesi terbanyak didapatkan pada multipel sebanyak 275 pasien (86,5%), sedangkan yang tidak tercantum pada rekam medik sebanyak 14 pasien (4,4%).

Tabel 1. Distribusi status pernikahan pasien kondiloma akuminata Divisi Infeksi Menular Seksual Unit Rawat Jalan Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya Periode 2012-2014

Status pernikahan	Tahun			Jumlah (%)
	2012(%)	2013(%)	2014(%)	
Menikah	74 (67,3)	79 (59,8)	42 (55,3)	195 (61,3)
Belum menikah	36 (32,7)	53 (40,2)	34 (44,7)	123 (38,7)
Jumlah	110 (100)	132 (100)	76 (100)	318 (100)

**Gambar 5.** Distribusi pasangan seksual pasien kondiloma akuminata Divisi Infeksi Menular Seksual Unit Rawat Jalan Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya Periode 2012-2014.**Tabel 2.** Distribusi bentuk dan sifat lesi pasien kondiloma akuminata Divisi Infeksi Menular Seksual Unit Rawat Jalan Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya Periode 2012-2014

Pemeriksaan Fisik Lesi	Tahun			Jumlah (%) n=318
	2012 (%) n=110	2013 (%) n=132	2014 (%) n=76	
Bentuk Lesi				
Kondiloma	98 (89,1)	116(87,9)	69 (90,8)	283 (88,9)
Kondiloma + Papula	12 (10,9)	15 (11,4)	6 (7,9)	33 (10,4)
Kondiloma + Ulkus	0	0	0	0
Kondiloma + Erosi	1 (0,9)	0	1 (1,3)	2 (0,6)
Kondiloma + Vesikula	0	0	0	0
Tanpa Data	1 (0,9)	1 (0,7)	0	2 (0,6)
Sifat Lesi				
Soliter	10 (9,1)	14 (10,6)	5 (6,5)	29 (9,2)
Multipel	93 (84,5)	111(84,1)	71 (93,4)	275 (86,5)
Tanpa data	7 (6,4)	7 (5,3)	0	14 (4,4)

Diagnosis KA tanpa IMS yang lain sebanyak 243 pasien (76,4%), KA disertai IMS yang lain yaitu terbanyak pada pasien KA dengan infeksi genital nonspesifik (IGNS) sebanyak 36 pasien (11,3%), dan KA dengan *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) sebanyak 22 pasien (6,9%), sedangkan KA dengan kehamilan sebanyak 6 pasien (1,9%). Menurut data

yang ada, pengobatan terbanyak yang diberikan pada pasien adalah TCA sebanyak 268 pasien (84,3%). Pemeriksaan laboratorium yang paling sering dilakukan adalah *Veneral Diseases Research Laboratory* (VDRL) atau *Treponema Pallidum Haemagglutination Assay* (TPHA), dan HIV.

Tabel 3. Distribusi diagnosis pasien kondiloma akuminata Divisi Infeksi Menular Seksual Unit Rawat Jalan

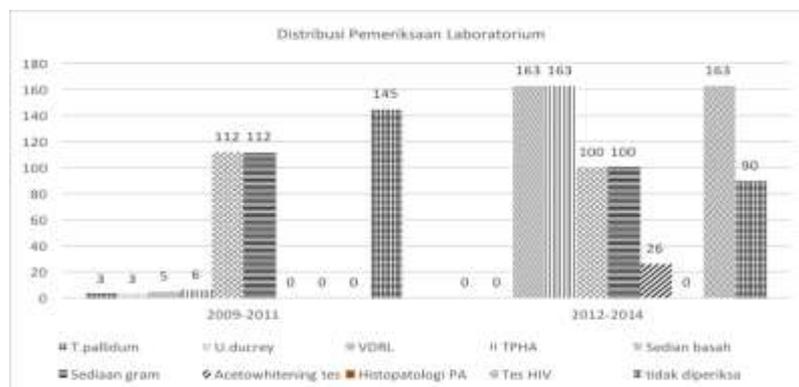
Diagnosis	Tahun			Jumlah (%)
	2012(%)	2013(%)	2014(%)	
K. akuminata	85 (77,3)	100 (75,7)	58 (76,3)	243 (76,4)
KA + IMS lain :				
- KA + KVV	4 (3,6)	5 (3,8)	4 (5,2)	13 (4,1)
- KA + IGNS	12 (10,9)	15 (11,4)	9 (6,8)	36 (11,3)
- KA + UNS	0	0	0	0
- KA + Trikomoniasis	0	1 (0,7)	1 (1,3)	2 (0,6)
- KA + Vaginosis Bakterial	1 (0,9)	1 (0,7)	1 (1,3)	3 (0,9)
- KA + HIV	5 (4,5)	8 (6,1)	9 (6,8)	22 (6,9)
- KA + H.Genitalis	1 (0,9)	0	0	1 (0,3)
- KA + urethritis Gonore	0	0	1 (1,3)	1(0,3)
- KA + ulkus non spesifik	0	0	0	0
KA + Gravida + IMS lain				
- KA + Gravida	2 (1,8)	2 (1,5)	2 (1,5)	6 (1,9)
- KA + Gravida + KVV	0	0	0	0
- KA + Gravida + H.	0	0	0	0
genitalis				
Jumlah	110 (100)	132 (100)	76 (100)	318 (100)

Keterangan: KA: Kondiloma Akuminata,IMS: Infeksi Menular Seksual, KVV: Kandidiasis Vulvovaginitis, IGNS: Infeksi Genital nonspesifik, UNS: Uretritis nonspesifik, HIV: *Human Immunodeficiency Virus*, H.Genitalis: Herpes genitalis



TCA: *trichloroacetic acid*

Gambar 6. Distribusi penatalaksanaan pasien kondiloma akuminata Divisi Infeksi Menular Seksual Unit Rawat Jalan Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya Periode 2012-2014.



VDRL: *Veneral Diseases Research Laboratory*, TPHA: *Treponema Pallidum Haemagglutination Assay*

Gambar 7. Distribusi pemeriksaan laboratorium pasien kondiloma akuminata Divisi Infeksi Menular Seksual Unit Rawat Jalan Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya Periode 2012-2014.

PEMBAHASAN

Pada Tabel 1 penelitian retrospektif ini tampak bahwa jumlah pasien KA terjadi peningkatan dari tahun 2012 ke tahun 2013, yaitu dari 110 pasien pada tahun 2012, kemudian 132 pasien pada tahun 2013 dan menurun menjadi 76 pasien pada tahun 2014, hal tersebut disebabkan oleh karena mulai diberlakukannya pelayanan BPJS sejak 1 Januari 2014.

Jumlah pasien baru KA yang datang ke Divisi IMS adalah relatif tetap sama dibandingkan dengan tahun sebelumnya. Penelitian retrospektif selama 3 tahun (2009-2011) pasien baru KA di Divisi IMS URJ Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya didapatkan sebanyak 259 pasien, yaitu 8,7% dari 2960 pasien baru Divisi IMS dan 1,2% dari 21405 pasien baru URJ Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

Distribusi jenis IMS terbanyak di Divisi IMS dan URJ Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya selama tahun 2012-2014 menunjukkan bahwa KA ada pada urutan ke-2 dari semua jenis infeksi menular yang ada di Divisi IMS URJ Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya, sedangkan uretritis nonspesifik (UNS) atau infeksi genital nonspesifik (IGNS) pada urutan pertama.

Kelompok umur terbanyak yang menderita KA di Divisi IMS URJ Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD dr. Soetomo Surabaya adalah umur 25-44 tahun sebesar 62,9% dan diikuti kelompok umur 15-24 tahun sebesar 42,1%. Hal tersebut serupa dengan penelitian retrospektif sebelumnya di Divisi IMS URJ Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya tahun 2009-2011, bahwa pasien baru KA adalah kelompok umur 25-44 tahun sebesar 58,7% dan diikuti kelompok umur 15-24 tahun sebesar 32,0%.

Pada penelitian lain didapatkan KA adalah virus yang paling umum pada IMS di Negara berkembang, dengan 30 juta kasus baru di diagnosis setiap tahun. Prevalensi KA pada tahun 2008-2011 adalah posisi kedua di antara IMS yang disebabkan oleh virus dan posisi keenam di antara berbagai jenis IMS di klinik IMS Warangal (distrik), di India.⁹ Sesuai pada hasil penelitian ini tahun 2012-2014 di RSUD Dr. Soetomo Surabaya KA merupakan terbanyak kedua dari semua jenis IMS.

Hasil tersebut sesuai dengan prevalensi infeksi KA terbesar terjadi pada masa seksual aktif yaitu umur 17-33 tahun, dengan puncaknya terjadi pada usia 20-24 tahun. Infeksi HPV adalah yang paling umum sebagai penyebab IMS di seluruh dunia dengan 50% dari kasus yang melibatkan individu yang

berusia 15-25 tahun, namun kelompok umur tersebut tidak mewakili terjadinya infeksi KA oleh karena sering asimtomatik.¹⁰⁻¹²

Hampir semua lesi berbentuk kondiloma, sebanyak 283 pasien (88,9%) berbentuk kondiloma saja, sebanyak 33 pasien (10,4%) disertai bentuk papul, tidak terdapat kondiloma disertai ulkus dan vesikel, kondiloma disertai erosi sebanyak 2 pasien (0,6%), sedangkan tanpa data sebesar 0,6%. Keadaan tersebut bisa disebabkan pasien kondiloma yang dicatat dalam penelitian ini sebagian besar adalah pasien yang baru pertama kali menderita KA dan belum lama mengalami KA sehingga manifestasi klinis dan diagnosis yang didapatkan berupa KA tanpa komplikasi. Bentuk klinis infeksi HPV di anogenital, yaitu hiperplastik/KA bentuk klasik dari *genital warts* seperti bunga kol yang menonjol, *Sessile/smooth papular form/papula* halus, *Flat-tapped* papul dan *Veruca vulgaris like warts/papula* keratotik.^{6,13} Beberapa kondiloma juga disertai erupsi lain seperti ulkus, erosi, vesikel, dan lainnya yang dapat terjadi karena KA disertai IMS lain atau telah terjadi komplikasi.¹⁴

Hampir semua lesi bersifat multipel sebanyak 275 pasien (86,5%), kemudian soliter sebanyak 29 pasien (9,2%), sedangkan yang tidak tercantum pada catatan rekam medis sebanyak 14 pasien (4,4%). Hal tersebut sesuai dengan kepustakaan yang menyatakan lesi KA biasanya multipel dan umumnya mengenai lebih dari satu tempat.⁴

Penelitian ini menunjukkan diagnosis KA tanpa IMS yang lain sebanyak 243 pasien (76,4%), KA disertai IMS yang lain yaitu terbanyak pada pasien KA dengan IGNS sebanyak 36 pasien (11,3%), diikuti KA dengan HIV sebanyak 22 pasien (6,9%), sedangkan KA dengan kehamilan sebanyak 6 pasien (1,9%).

Kondiloma akuminata sering dijumpai dengan IMS lainnya yang merupakan faktor predisposisi timbulnya KA, sedangkan pada kondisi hamil dikatakan dapat merangsang pertumbuhan KA seiring bertambahnya usia kehamilan, kemungkinan dikarenakan adanya perubahan respon *cell-mediated immunity* (CMI) selama kehamilan, peningkatan kadar estrogen maupun kelembapan pada daerah genital.⁶

Di Divisi IMS URJ Kesehatan Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya, 1 pasien KA dapat memperoleh lebih dari satu jenis terapi (kombinasi) yaitu terapi elektrokauterisasi dengan TCA didapatkan sebanyak 12 (3,8%) pasien, kemudian terapi tunggal yang banyak dipakai adalah pemberian TCA sebanyak 268 (84,3%) pasien, disusul terapi elektrokauterisasi sebanyak 38 (11,9%) pasien. Terapi TCA banyak dipakai karena memiliki efek

kaustik dengan menimbulkan koagulasi dan nekrosis pada jaringan tetapi jarang menimbulkan iritasi dan aman dipakai pada wanita hamil serta jarang mengakibatkan toksisitas sistemik, selain itu TCA bisa digunakan pada daerah uretra dan biaya cukup murah. Dalam pemilihan penatalaksanaan terapi ini hendaknya selain memperhatikan kondisi pasien dan kemampuan tenaga kesehatan, ada beberapa hal lain yang harus dipertimbangkan yaitu:^{15,16} Bentuk lesi, pada bentuk hiperplastik terutama didaerah preputium paling baik diterapi dengan podofilin, sedangkan bentuk hiperplastik yang menyerupai *common warts* paling baik diterapi dengan TCA.^{15,16}

Banyak pilihan pengobatan pada KA, antara lain dapat menggunakan terapi topikal (podofilin, podofilotoksin, TCA/BCA, 5-Fluorourasil, imikvimod), tindakan bedah (elektrokauterisasi, bedah beku, bedah laser) dan terapi sistemik (interferon, isoprinosin). Tujuan pengobatan kondiloma akuminata adalah menghilangkan lesi yang tampak (termasuk kosmetik), dengan cara ini dapat menurunkan penularan penyakit. Selain itu juga untuk mengurangi keluhan dan gejala yang ada, namun dari semua pilihan pengobatan tersebut belum ada obat yang mampu mengeradikasi HPV dan mencegah replikasi virus dan tidak ada bukti definitif menunjukkan bahwa salah satu pengobatan yang tersedia unggul dari pada yang lain, dan tidak ada pengobatan tunggal yang ideal untuk semua pasien KA.^{3,6}

Pemilihan terapi didasarkan atas pertimbangan berbagai faktor seperti lokasi, ukuran, jumlah, anatomi dan tipe lesi, biaya pengobatan, kenyamanan, dan efek samping serta yang memengaruhi respons terhadap terapi termasuk kondisi pasien (imunokompromais, hamil atau tidak) dan kepatuhan terapi. Secara umum, KA yang terletak pada permukaan lembap atau di daerah intertriginosa merespons terbaik pada pengobatan topikal. Komplikasi jarang terjadi bila pengobatan diberikan secara benar.^{6,17,18}

Pemilihan terapi seperti pemberian TCA maupun terapi kombinasi (elektrokauterisasi dan TCA) didasarkan atas pertimbangan pada lokasi lesi, biaya, kenyamanan dan efek samping. Pengobatan TCA dapat diulang setiap minggu, dapat diberikan pada wanita hamil dan dapat digunakan pada daerah vagina, anal dan serviks, tetapi tidak boleh digunakan pada daerah uretra.^{17,18} Tindakan bedah menghilangkan KA pada satu kunjungan, karena penyembuhan luka cepat dan dapat ditoleransi dengan baik, namun tindakan tersebut memerlukan pelatihan klinis substansial, peralatan tambahan, dan anestesi lokal. Tindakan bedah yang paling bermanfaat bagi

pasien yang memiliki sejumlah lesi besar pada daerah genital atau resisten terhadap pengobatan topikal.

Beberapa pengobatan yang tersedia memiliki kelemahan sehingga menggunakan terapi kombinasi, namun data keberhasilan atau risiko komplikasi yang terkait dengan penggunaan terapi kombinasi tersebut masih terbatas.^{17,18} Beberapa kondisi yang juga menjadi perhatian pada penatalaksanaan KA lainnya adalah pemeriksaan sitologi KA pada wanita perlu dipertimbangkan karena kemungkinan adanya perubahan displasia sel keganasan.^{19,20} Bila KA disertai infeksi IMS lain seperti kandidiasis, trikomoniasis, atau gonore, maka IMS tersebut harus diobati dulu, karena akan dapat menyulitkan pengobatan serta mempercepat luasnya KA. Pasangan seksual hendaknya diperiksa pula secara seksama, dan bila ternyata terjangkit KA harus diobati juga. Selama satu atau keduanya menderita KA, dianjurkan untuk tidak melakukan hubungan seksual atau setidaknya memakai kondom sampai keduanya sembuh dari KA. Penanganan KA pada wanita hamil sebaiknya dilakukan bersama bagian obstetri ginekologi dengan selalu memantau keadaan janin. Bila lesi kecil di daerah vulva dan vagina, cukup dilakukan kuretase atau elektrokauterisasi, sedangkan pada tumor yang besar dan lesi yang luas pengobatan pilihan ialah laser dan krioterapi. Pada KA dengan kehamilan >34 minggu sebaiknya pengobatan ditunda hingga selesainya persalinan. Penurunan imunitas karena beberapa penyakit sistemik, tumor ganas, atau penggunaan obat immunosupresi, akan sangat berpengaruh terhadap perjalanan penyakit serta hasil pengobatannya. Penatalaksanaan KA yang ideal seharusnya juga meliputi pencegahan primer dengan cara identifikasi dan edukasi pada pasien yang berisiko tinggi.

Kejadian kondiloma akuminata merupakan pertanda kegiatan seksual yang tidak aman sehingga kita perlu untuk menyingkirkan koinfeksi dengan *Treponema pallidum* dan seluruh penderita dilakukan tes HIV. Pada satu penderita, dapat lebih dari satu macam pemeriksaan, dari data didapatkan hasil dilakukan pemeriksaan VDRL atau TPHA dan pemeriksaan HIV, namun masih ada penderita yang tidak dilakukan pemeriksaan. Pada penelitian ini dari data yang diperoleh juga tidak ada yang dilakukan pemeriksaan *T.pallidum*, *Unnaducrey*, sitologi (*pap smear*), dan histopatologi, padahal pemeriksaan tersebut mendukung untuk menegakkan diagnosis kondiloma akuminata, sehingga harus dilakukan dan bila perlu dapat dilakukan pula pemeriksaan PCR. Diagnosis kondiloma akuminata dapat ditegakkan berdasarkan gambaran klinis yang bisa dilihat secara inspeksi, pemeriksaan tes asam asetat

(*acetowhitening*) dan histopatologi, atau dapat dilakukan sitologi (*pap smear*) atau PCR, namun pada kenyataannya pada catatan rekam medik yang ada tidak dilakukan pemeriksaan *acetowhitening tes*, histopatologi maupun sitologi (*papsmear*) serta PCR yang merupakan tehnik paling sensitif untuk mendeteksi infeksi HPV.¹³ Hal ini mungkin disebabkan karena diagnosis KA yang dapat ditegakkan berdasarkan gambaran klinis, dan pemeriksaan histopatologi, serologis, serta PCR biasanya hanya untuk keperluan penelitian.

KEPUSTAKAAN

- Santegoets LAM, Terlous A, Antonissen CH, Swademakers SMA, Ewing PC, Helmerhorst TJM, et al. Different DNA damage and cell cycle checkpoint control in low and high risk human papilloma infection of the vulva. *Int J Cancer* 2012; 130: 2874-85.
- Patel RV, Yanofsky VR, Goldenberg G. Genital warts: a comprehensive review. *J Clin Aesthet Dermatol* 2012; 5(6): 25-36.
- Patel H, Wagner M, Singhal P, Kothari S. Systematic review of the incidence and prevalence of genital warts. *BMC* 2013; 13: 1-14.
- Winer RI, Koutsky L. Genital human papilloma virus infection. In: Holmes KK, Sparling PF, Lemon SM, Stamm WE, Piot P, Wasserheit JN, editors. *Sexually transmitted disease*. 4th edition. New York: Mc Graw Hills; 2008.p.489-501.
- Pocut Israita. Penelitian Retrospektif: pasien Baru Kondiloma Akuminata di Divisi IMS URJ Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya periode 2009-2011. *BIKKK* 2011;23;3:216-221
- Murtiastutik D. Kondiloma akuminata. Dalam: Barakbah J, Lumintang H, Martodiharjo S, editor: *Buku ajar IMS*. Surabaya: Airlangga University Press; 2008. h. 165-9.
- Yanofsky VR, Linkner RV, Pompei D, Goldenberg G. Current update on the treatment of genital warts. *Expert Rev Dermatol* 2013; 8(3): 321-32.
- Center for Disease Control and Prevention. *Sexually transmitted treatment guidelines 2010*. *MMWR* 2010; 59: 69-78.
- Bikshapathi T, Reddy AS, Reddy MK. Clinical Status and Prevalence STDs in Warangal, Andhra, Pradesh. *Biology Medicine* 2011;3(5):50-54.
- Kevin AA. *Clinical Study Epidemiologi and natural history of human papillomavirus infections in the female genital tract*. *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology*. New York: Hindawi Publishing Corporation; 2006.
- Castle EP, Rodriguez CA, Porras C, Herrero R, Schiffman M, Gonzalez P, et al. A comparison of Cervical and Vaginal Human Papillomavirus. *Sex Transmit Dis* 2007; 34(11): 894-955.
- Winer LR, Hughes PJ, Feng Q, O'Reilly S, Kiviat BN, Holmes KK, et al. Condom use and the risk of Genital Human Papillomavirus Infections in Young Women. *New England J of Med* 2006; 345(25):2645-54.
- Lowy DR, Androphy EJ. Warts. In : Wolf K, Goldsmith L, Katz S, Gilcrest B, Paller A, Leffell O, editors. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 7th ed. New York: McGraw-Hill; 2008. p.1914-23.
- Sykes NI. Condyloma Acuminata. *Int J Dermatol* 1995; 34: p.297-300.
- Scheinfeld JDN, Lehman SD. An evidence – based review of medical and surgical treatments of genital warts. *Dermatol Online J* 2006; 12(3): 5-15.
- Lippman A, Melnychuk R, Shimmin C, Boscoe M. Human papillomavirus, vaccines and women's health: question and cautions. *Canadian Med Ass J* 2007; 177(5): 484-7.
- Fox P, Rowen D. Anogenital Warts, Intraepithelial Neoplasia, and their Clinical Management. In: Gupta S, Kumar B, editors. *Sexually Transmitted Infections*. 2nd ed. Elsevier; 2012; p. 366-73
- Genital Warts, Center for Disease Control and Prevention (CDC). In: *Sexually transmitted diseases. Treatment guidelines 2010*. *MMWR* 2010; 69-74.
- Haug J Charlotte. Human papillomavirus Vaccination – Reasons for Caution. *New England J of Med* 2008; 359(8): 861-2.
- D'Souza G, Kreimer RA, Viscidi R, Pawlita M, Fakhry C, Koch MY, et al. Case Control Study of Human papillomavirus and Oropharyngeal Cancer. *The New England J of Med* 2007; 356(19): 1944-56.