



ISSN 0216-0773

MEDIA DERMATO-VENEREOLOGICA INDONESIANA

Editorial: Proses belajar berkelanjutan di era pandemi COVID-19

Perbandingan pencapaian PASI-75 *narrowband ultraviolet B* dengan metotreksat oral pada psoriasis vulgaris derajat sedang-berat

Terapi *Conditioned Medium-Wharton's Jelly-Mesenchymal stem cell* pada ulkus trofik kusta tipe multibasilar lepromatosa

Sifilis maligna pada pasien yang terinfeksi human immunodeficiency virus

Tata laksana komplikasi lanjut luka bakar di bidang dermatologi

Aplikasi terapi oksigen hiperbarik dalam penyembuhan luka kronis

Serologi sifilis pada infeksi *human immunodeficiency virus* (hiv)

Diagnosis dan pilihan terapi terkini prurigo nodularis

MDVI	Vol. 48	No. 2	Hal. 50 - 94	Jakarta April 2021	ISSN 0216-0773
------	---------	-------	--------------	-----------------------	----------------

DAFTAR ISI

Editorial : Proses Belajar Berkelanjutan di Era Pandemi COVID-19 *Rizky Lendl Prayogo* 50

ARTIKEL ASLI

Perbandingan Pencapaian PASI-75 *Narrowband* Ultraviolet B dengan Metotreksat Oral pada Psoriasis Vulgaris Derajat Sedang-Berat 51 - 55

Jeffrey Giantoro, Fajar Waskito, Sunardi Radiono*

LAPORAN KASUS

Terapi *Conditioned Medium-Wharton's Jelly-Mesenchymal Stem Cell* pada Ulkus Trofik Kusta Tipe Multibasilar Lepromatosa 56 - 61

Nathasia, Sukmawati Tansil Tan*

Sifilis Maligna pada Pasien yang Terinfeksi *Human Immunodeficiency Virus* 62 - 68

Lita Setyowatie, Galuh Dyah Puspitasari, Santosa Basuki*

TINJAUAN PUSTAKA

Tata Laksana Komplikasi Lanjut Luka Bakar di Bidang Dermatologi 69 - 76

Dini Daniaty, Shannaz Nadia Yusharyahya, Larisa Paramitha, Irma Bernadette Simbolon Sitohang*

Aplikasi Terapi Oksigen Hiperbarik dalam Penyembuhan Luka Kronis 77 - 82

Duma Wenty Irene Sinambela, Oratna Ginting*

Serologi Sifilis pada Infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) 83 - 87

Mufqi Handaru Priyanto, Melani Marissa, Wresti Indriatmi*

Diagnosis dan Pilihan Terapi Terkini Prurigo Nodularis 88 - 94

Riris Asti Respati, Windy Keumala Budianti*

PROSES BELAJAR BERKELANJUTAN DI ERA PANDEMI COVID-19

Pandemi COVID-19 mengubah berbagai aspek kehidupan. Bagi tenaga kesehatan, hal tersebut tidak hanya memengaruhi cara merawat pasien dan melakukan riset, tetapi juga cara belajar dan mengajarkan pendidikan kedokteran. Salah satu pilar penting bagi seorang dokter untuk mengembangkan ilmu pengetahuannya adalah melalui proses belajar berkelanjutan. Proses tersebut secara konstan mengalami perubahan, baik meliputi proses pengajaran residen dermatologi dan venerologi, maupun bagi dokter spesialis dermatologi dan venerologi yang ingin mengikuti pelatihan dan pembaharuan terkini.

Pandemi COVID-19 memaksa seluruh komunitas medis, tidak terbatas di bidang dermatologi dan venerologi, untuk meninggalkan kebiasaan lama dalam mengikuti proses belajar secara tatap muka. Berbagai konferensi di seluruh dunia yang dijadwalkan untuk dilaksanakan pada paruh awal tahun 2020 mengalami pembatalan atau penundaan. Sarana pembelajaran berbasis daring melalui *platform digital* dapat menjadi salah satu solusi. Media

Dermato-Venereologica Indonesiana (MDVI) saat ini ikut bertransformasi dan bertransisi ke *Open Journal System (OJS)*. Hal tersebut bertujuan agar MDVI, melalui lamannya www.ojs.perdoski.id, dapat menjadi salah satu *platform digital* yang mudah diakses bagi pembaca di seluruh Indonesia untuk meningkatkan pengetahuan di bidang dermatologi dan venerologi.

Dalam edisi kedua di tahun 2021 ini, kami memuat berbagai artikel asli, laporan kasus, dan tinjauan pustaka mengenai psoriasis vulgaris, ulkus trofik pada morbus Hansen, sifilis dengan komorbid infeksi HIV, luka bakar, luka kronis, dan prurigo nodularis. Kami akan berupaya untuk terus beradaptasi dan mengikuti perkembangan zaman agar dapat membantu pembaca menjalani proses belajar berkelanjutan.

*Rizky Lendl Prayogo
Tim Editorial MDVI*

SIFILIS MALIGNA PADA PASIEN YANG TERINFEKSI HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS

Lita Setyowatie, Galuh Dyah Puspitasari, Santosa Basuki*

*Departemen Dermatologi dan Venereologi
FK Universitas Brawijaya /RSUD dr. Saiful Anwar, Malang, Indonesia*

ABSTRAK

*Perjalanan penyakit sifilis pada pasien dengan koinfeksi human immunodeficiency virus (HIV) dapat menjadi atipikal dan agresif. Salah satu contohnya adalah sifilis maligna yang merupakan varian berat sifilis sekunder. Mekanisme pasti perkembangan sifilis maligna hingga saat ini masih belum jelas, namun diduga berhubungan dengan immunosupresi, respons imun pejamu yang tidak tepat, atau galur *Treponema pallidum* yang virulen. Gejala klinis berupa papul dan plak berkrusta atau bersisik yang dapat berkembang menjadi ulkus atau lesi nekrotik (lesi rupioid). Sifilis maligna sering dikaitkan dengan titer serologi-nontreponemal yang tinggi dan disertai gejala sistemik. Berikut kami laporkan seorang pasien terinfeksi HIV dengan plak dan nodus ulseronekrotik tersebar di seluruh tubuh yang menunjukkan hasil titer serologi sifilis yang tinggi. Berdasarkan gambaran klinis, serologi, dan patologi, pasien didiagnosis sifilis maligna. Resolusi lesi kulit tampak bermakna setelah pemberian terapi benzatin penisilin. Dengan meningkatnya kasus koinfeksi sifilis dan HIV, penting untuk mengenali dan mendiagnosis sifilis maligna secara dini dan memberikan terapi yang tepat.*

Kata kunci: *HIV, koinfeksi, lues maligna, sifilis maligna*

MALIGNANT SYPHILIS IN A PATIENT WITH HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS INFECTION

ABSTRACT

*The course of syphilis in a patient with human immunodeficiency virus (HIV) coinfection can be atypical and more aggressive. One of the examples is malignant syphilis, a severe form of secondary syphilis. The exact mechanism is unclear, but it is thought to be associated with immunosuppression, inappropriate host immune response, or virulent strain of *Treponema pallidum*. The skin lesions are crusted or scaly plaques and nodules that may develop into necrotic ulcers or rupioid lesions. It is often associated with high nontreponemal serology titres and systemic symptoms. We present an HIV-infected patient with diffuse ulcerative plaques and necrotic nodules. Her serologic test titre for syphilis was high. Based on the clinical presentation, serology, and pathology, the patient was diagnosed with malignant syphilis. After benzathine penicillin therapy, all skin lesions resolved significantly. With the increasing coincidence of syphilis and HIV, diagnosing malignant syphilis early and providing the appropriate treatment are essential.*

Keywords: *HIV, coinfection, lues maligna, malignant syphilis*

Korespondensi:

Jl. Jaks Agung Suprpto No. 2, Malang
Tel: +628113393679
Fax: +62 (341) 340991
E-mail: lita_centik@yahoo.com

PENDAHULUAN

Sifilis maligna atau disebut lues maligna atau *ulceronodular syphilis* merupakan varian sifilis sekunder yang berat dan jarang terjadi. Sifilis maligna pertama kali dideskripsikan pada tahun 1859 oleh Bazin. Pada tahun 1896, Huslund dan Neisser mengelompokkan sifilis maligna sebagai varian sifilis sekunder yang jarang dan berat.¹

Sebelum munculnya infeksi *human immunodeficiency virus* (HIV), prevalensi sifilis maligna diperkirakan mencapai 0,12%-0,36% dan sebagian besar kasus berhubungan dengan kondisi malnutrisi berat atau alkoholisme kronis. Hanya ada 14 kasus yang dilaporkan dalam kepustakaan sebelum tahun 1988.¹ Setelah munculnya pandemi *acquired immunodeficiency syndrome* (AIDS), insidensi varian sifilis tersebut meningkat. Sebagian besar kasus sifilis maligna yang dipublikasikan terjadi pada pasien yang mengalami koinfeksi HIV.² Beberapa penelitian menunjukkan sifilis meningkatkan risiko penularan HIV, dan koinfeksi HIV juga dapat memengaruhi serta menimbulkan manifestasi klinis sifilis yang berbeda.² Sifilis juga dapat meningkatkan jumlah HIV di darah dan menurunkan jumlah sel T *cluster of differentiation* (CD)-4.³ Oleh karena itu, perjalanan sifilis pada pasien dengan koinfeksi HIV sering kali lebih agresif.

Makalah ini melaporkan satu kasus sifilis maligna pada seorang perempuan pasien HIV berusia 52 tahun. Sifilis maligna sering disebut sebagai *the great imitator* karena manifestasi klinisnya yang sering menyerupai penyakit lain. Oleh karena itu, ketelitian sangat diperlukan dalam menegakkan diagnosis. Makalah ini dibuat untuk meningkatkan kemampuan dan ketelitian klinisi dalam menegakkan diagnosis secara tepat agar tata laksana dapat diberikan sedini mungkin.

ILUSTRASI KASUS

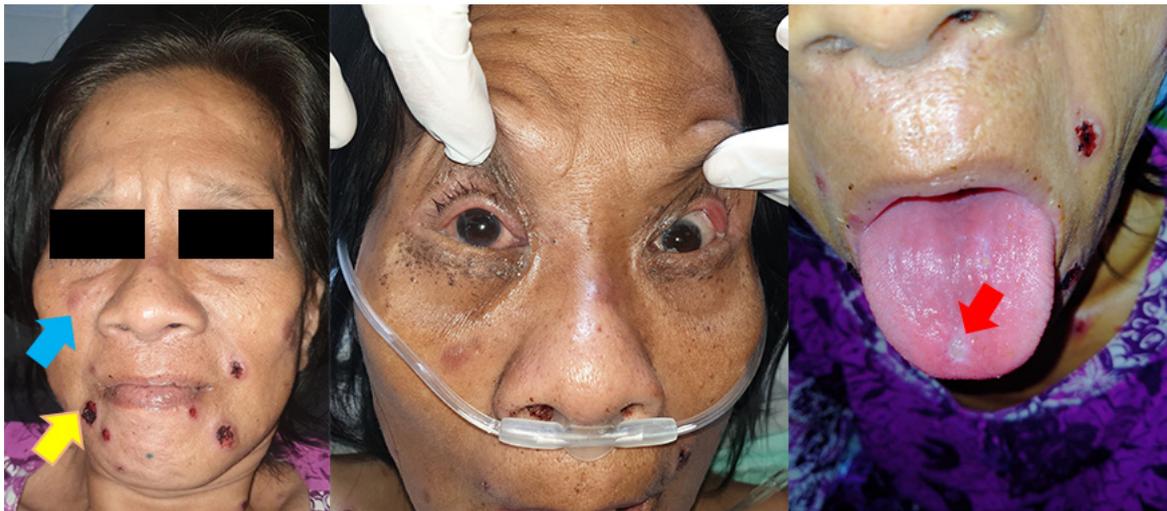
Seorang perempuan tuna wisma berusia 52 tahun dirujuk oleh Departemen Ilmu Penyakit Dalam (IPD) RSUD dr. Saiful Anwar (RSSA) Malang dengan keluhan utama ruam kemerahan tertutup keropeng hitam tersebar di seluruh tubuh sejak 4 bulan sebelumnya. Keluhan awal berupa bercak kemerahan yang sebagian berubah menjadi lenting, memecah, dan menjadi luka yang tertutup keropeng merah kehitaman. Lenting terasa panas, setelah mengering dan terbentuk keropeng terasa gatal dengan *visual analogue scale* (VAS) 5-6. Bercak

muncul pertama kali di badan, kemudian meluas ke lengan, tungkai, telapak tangan, telapak kaki, dan wajah. Keluhan tersebut diawali panas badan yang hilang timbul.

Pasien juga mengeluhkan bisul di kemaluan satu minggu setelah muncul lenting pertama. Bisul kemudian mengeluarkan nanah dan berubah menjadi luka yang semakin lebar. Luka disertai nyeri apabila tergesek dengan VAS 2. Sejak 3 hari terakhir pasien mengeluhkan mual, muntah, nyeri kepala, serta badan terasa lemas. Keluhan disertai kuku jari tangan dan kaki rusak, pandangan kedua mata kabur, keluar kotoran mata, dan sariawan. Riwayat duh tubuh vagina, nyeri buang air kecil, kerontokan rambut, dan kebutakan disangkal. Berat badan pasien menurun drastis sejak empat bulan terakhir. Tidak ada keluhan diare atau batuk berkepanjangan.

Pasien belum pernah mendapat pengobatan maupun membeli obat sendiri untuk meredakan keluhannya tersebut. Pasien terkadang menaburkan bedak bayi atau mengoleskan minyak tawon di kelainan kulit yang dialaminya.

Saat ini pasien hidup sendiri tanpa keluarga. Sebelumnya pasien adalah seorang pengemis dan tinggal di rumah kos. Sejak dirinya sakit, pasien tidak dapat mengemis dan menyewa tempat tinggal sehingga menjadi tuna wisma. Pasien memiliki riwayat sering berganti-ganti pasangan seksual. Riwayat berhubungan seksual terakhir satu tahun yang lalu dengan pacarnya yang bekerja sebagai supir truk, secara kelamin-kelamin tanpa kondom. Menurut pasien, pacarnya tersebut juga sering berganti-ganti pasangan seksual. Pasien menyangkal pernah merokok atau menggunakan narkotika suntik. Pada pemeriksaan fisik, pasien tampak lemah dengan kesadaran *compos mentis*. Tekanan darah 130/80 mmHg, denyut nadi 88 kali/menit, laju pernapasan 20 kali/menit, dan suhu aksila 37°C. Tinggi badan 151 cm, berat badan 39 kg. Pada pemeriksaan mata, konjungtiva tampak hiperemis dan terdapat sekret. Pemeriksaan fisik jantung dan paru dalam batas normal. Hepar dan lien tidak teraba membesar. Ekstremitas teraba hangat dan tidak edema. Kelenjar getah bening leher, aksila, dan inguinal tidak teraba membesar. Pada pemeriksaan kulit regio kepala dan leher tidak didapatkan gambaran *corona venereum*, *moth-eaten alopecia*, ataupun *collar of venus*. Tampak *mucous patch* pada lidah (Gambar 1). Pada regio fasialis, trunkus anterior dan posterior, ekstremitas superior dan inferior bilateral, palmar manus, dan plantar pedis bilateral tampak bercak dan plak eritematosa-hiperpigmentasi, multipel, bulat, ukuran bervariasi, beberapa lesi tertutup



Gambar 1. Pada regio fasialis tampak bercak dan plak eritematosa (panah biru) multipel sebagian hiperpigmentasi, bulat, ukuran bervariasi, beberapa lesi tertutup skuama putih tipis. Tampak juga lesi berupa plak, nodus, beberapa tampak area nekrotik dan ulkus tertutup krusta rupioid kehitaman (panah kuning) di tengahnya, multipel, bulat, ukuran bervariasi, batas tegas, tepi ireguler. Tampak *mucous patch* pada lidah (panah merah). Konjungtiva tampak hiperemis dan tampak sekret pada kedua mata



Gambar 2. Pada regio trunkus, ekstremitas superior dan inferior bilateral, palmar manus, dan plantar pedis tampak bercak dan plak eritematosa-hiperpigmentasi (panah biru) multipel, bulat, ukuran bervariasi, beberapa lesi tertutup skuama putih tipis. Tampak juga lesi berupa nodus, beberapa tampak area nekrotik dan ulkus tertutup krusta rupioid kehitaman (panah kuning) di tengahnya, multipel, bulat, ukuran bervariasi, batas tegas, tepi ireguler

skuama putih tipis. Tampak juga lesi berupa nodus, beberapa tampak area nekrotik dan ulkus tertutup krusta rupioid kehitaman di tengahnya, multipel, bulat, ukuran bervariasi, batas tegas, tepi ireguler. Tampak onikodistrofi pada digiti III, IV manus dextra, digiti I pedis sinistra. (Gambar 1, 2, dan 3).

Pemeriksaan status venereologikus pada labia mayor tampak plak eritematosa, soliter, batas tegas, oval, ukuran

2,2 x 3 cm, dan terdapat erosi dengan dasar eritematosa di atasnya. (Gambar 4). Vulva dan uretra tidak didapatkan edema, eritema, dan duh tubuh. Kelenjar bartolin dan skene dalam batas normal. Pemeriksaan mikroskop lapangan gelap dari lesi di labia mayor tidak didapatkan spiroketa *Treponema pallidum*. Pada pemeriksaan Gram tampak leukosit *polymorphonuclear* (PMN) dan bakteri kokus Gram positif, tidak didapatkan gambaran *school of*

fish. Hasil pemeriksaan *Tzanck smear*, tidak didapatkan *multinucleated giant cell* (MGC) maupun sel akantolisis. Pemeriksaan KOH 10% pada spesimen yang berasal dari skuama pada badan dan ekstremitas tidak didapatkan hifa maupun spora. Pemeriksaan KOH 20% pada kuku yang mengalami onikodistrofi dan diskolorisasi tidak tampak elemen jamur. Pemeriksaan Gram pada lidah ditemukan kokus Gram positif, namun tidak didapatkan blatospora maupun pseudohifa.

Pemeriksaan laboratorium darah lengkap menunjukkan anemia (Hb 8,2 mg/dL), leukopenia (2,85 mg/dL), eosinofilia (5,6%), neutrofilia (74,5%), monositosis (11,3%), peningkatan *c-reactive protein* (6,89 mg/L), hiponatremia ringan (127 mEq/L), dan hipokalemia ringan (3,23 mEq/L). Pemeriksaan fungsi hepar dan ginjal dalam batas normal. Hasil *rapid test* 1,2 dan 3 anti-HIV reaktif, dengan hitung CD4 124 sel/uL. Pemeriksaan serologi *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) reaktif dengan titer 1:512, *Treponema pallidum Haemagglutination Assay* (TPHA) reaktif dengan titer 1:5120. Pemeriksaan *rontgen thorax* dan *electrocardiography* (ECG) dalam batas normal. Hasil kultur sputum didapatkan *Candida tropicalis* yang dapat menunjukkan kecenderungan candidiasis invasif.

Pemeriksaan histopatologis dengan *punch biopsy* pada lesi krusta merah kehitaman di lengan kanan atas dengan pengecatan hematoxilin dan eosin (H&E) menunjukkan reaksi vaskulopati serta infiltrat perivaskular dan periadnksa. Infiltrat padat tersusun atas sel limfosit dan sel plasma yang mendukung gambaran lesi sifilis.

Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang, pasien didiagnosis sifilis maligna dan HIV stadium 4. Pasien dirawat bersama oleh Departemen Dermatologi dan Venereologi dengan IPD RSSA. Pasien mendapatkan injeksi benzatin penisilin 2,4 juta IU secara intramuskular sebanyak 3x dengan interval 1 minggu. Perawatan luka dengan melakukan kompres NaCl 0,9% selama 10 menit sebanyak 3x sehari, kemudian mengoleskan krim asam fusidat 2x sehari. Tidak ada reaksi *Jarisch-Herxheimer* setelah injeksi benzatin penisilin.

Departemen IPD mendiagnosis pasien dengan HIV stadium 4, infeksi saluran kencing nonkomplikata, hipertensi stadium 2, anemia normositik normokrom, hipokalemia hipoosmolar hipovolemik, serta mual dan muntah. Pasien mendapat terapi tablet kotrimoksazol 960 mg/hari, tablet flukonazol 200 mg/hari selama 2 minggu,



Gambar 3. Pada digiti III dan IV manus dekstra, digiti I pedis sinistra tampak onikodistrofi dan diskolorisasi (panah merah)



Gambar 4. Labia mayor dekstra tampak eritematosa dengan erosi di atasnya

dan obat antiretrovirus (ARV). Selama rawat inap, pasien juga mendapatkan terapi suportif berupa tranfusi *packed red cell* (PRC) sebanyak 100cc, suntikan metoklopramid, kapsul lansoprazole, tablet parasetamol 500 mg, tablet lisinopril 10 mg, nistatin tetes, serta tablet *N-acetylcystein*. Berdasarkan hasil konsultasi ke Departemen Mata, pasien didiagnosis konjungtivitis akut bilateral, disertai katarak imatur, tidak tampak gejala sifilis okular. Pasien mendapatkan terapi tetes mata levocyn® serta cendo lyteers®. Kami juga telah menyarankan konsultasi ke departemen Neurologi untuk deteksi neurosifilis dengan melakukan pemeriksaan cairan serebrospinalis, namun pasien menolak.

Pasien mendapatkan komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) untuk abstinensia hingga dinyatakan sembuh, serta dianjurkan melakukan tes serologi VDRL pada bulan 1, 3, 6, 9, 12, dan 24 pasca injeksi benzatin penisilin. Saat evaluasi minggu ke 4, tampak lesi meninggalkan bekas kehitaman baik di wajah, badan, lengan, tungkai, dan kelamin. Tidak ada keluhan gatal maupun nyeri.

Tes serologis sifilis pada bulan pertama masih belum menunjukkan penurunan dibandingkan titer sebelumnya. Titer VDRL masih tetap 1:512, dan titer TPHA 1:5120. Namun CD4 sudah mengalami peningkatan yaitu 332 sel/uL. Pada bulan ketiga, pemeriksaan titer VDRL turun menjadi 1:64, dan titer TPHA 1:5120, serta tidak didapatkan tanda-tanda neurosifilis.

DISKUSI

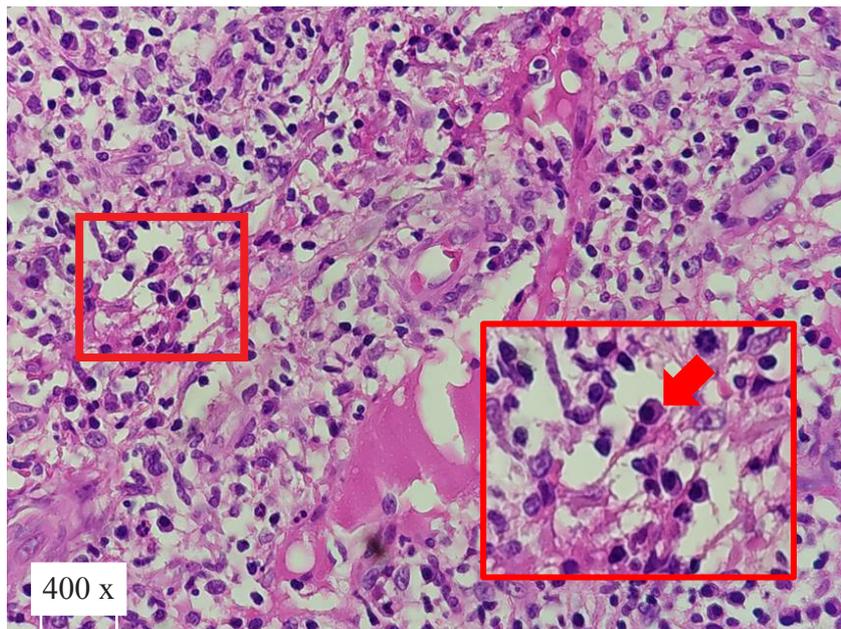
Sifilis adalah infeksi menular seksual (IMS) oleh bakteri *Treponema pallidum* yang menyebabkan kelainan pada kulit dan dapat bermanifestasi sistemik, serta dapat mengakibatkan morbiditas dan mortalitas yang bermakna. Jika tidak diobati, penyakit ini berlangsung bertahun-tahun dan terbagi menjadi beberapa tahap.⁴ Berdasarkan manifestasi klinis, sifilis dibagi menjadi beberapa stadium untuk memudahkan pemberian pengobatan dan melakukan *follow-up*.⁵ Sifilis dini terdiri atas sifilis primer, sifilis sekunder, dan sifilis laten awal.

Sifilis lanjut terdiri atas sifilis laten lanjut dan sifilis tertier (neurosifilis, kardiosifilis dan gumma).^{4,5}

Sifilis sering disebut sebagai *the great imitator* karena menunjukkan banyak variasi klinis, salah satunya sifilis maligna. Sifilis maligna merupakan varian berat sifilis sekunder. Varian ini umumnya ditemukan pada pasien yang mengalami imunodefisiensi, misalnya pasien dengan infeksi HIV/AIDS.^{2,6,7} Meskipun begitu, varian ini pernah dilaporkan pada individu imunokompeten.⁸

Berbeda dengan lesi mukokutan sifilis sekunder yang klasik, manifestasi yang muncul pada sifilis maligna dapat berupa papul dan plak berkrusta atau bersisik yang dapat berkembang menjadi ulkus atau lesi nekrotik. Lesi tersebut digambarkan sebagai lesi rupioid yang sering dikaitkan dengan tingginya titer serologi nontreponemal dan gejala sistemik.^{6,9} Pada sifilis maligna juga dapat ditemukan perubahan kuku berupa fisura, onikolisis, *Beau's line*, dan onikomadesis.⁶ Pada kasus ini juga ditemukan lesi serupa dengan titer serologi nontreponemal yang tinggi. Berbeda dengan sifilis sekunder, gejala sifilis maligna disertai demam, nyeri kepala, nyeri otot sebelum muncul lesi kulit.⁹ Keluhan tersebut serupa dengan gejala yang dialami pasien.

Penyebab munculnya manifestasi sifilis maligna pada pasien HIV diyakini terkait dengan keadaan imunokompromais, galur bakteri virulen tertentu, atau karakteristik unik respons imun.^{2,7} Sebelum era pandemi



Gambar 5. Pada pemeriksaan histopatologis tampak infiltrat padat sel limfosit dan dominan sel plasma di dermis dan periadnexa (panah merah). (H&E, 400x)

AIDS, kurang dari 1% kasus sifilis berupa sifilis maligna. Varian berat sifilis sekunder tersebut dilaporkan terkait dengan malnutrisi berat, alkoholisme kronis, dan diabetes mellitus.² Jumlah sel T CD4 pada pasien menurun karena infeksi HIV. Kadarnya kemudian meningkat setelah mendapatkan ARV seperti halnya laporan kasus oleh Sammet dan Draenert (2017).⁷ Oleh karena itu, muncul hipotesis bahwa terganggunya sistem kekebalan pasien cenderung mengembangkan jenis reaksi ini terhadap *Treponema pallidum*. Pada pasien dengan koinfeksi HIV, gambaran klinis dan serologis sifilis menjadi atipikal, berespons buruk terhadap terapi, serta berisiko terjadi neurosifilis yang prematur. Hal tersebut disebabkan karena pada pasien sifilis sekunder dengan koinfeksi HIV, invasi *Treponema pallidum* bersifat lebih agresif sehingga meningkatkan risiko keterlibatan neurologis yang lebih dini. Hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik tidak menunjukkan tanda-tanda neurosifilis, namun departemen dermatologi dan venerologi tetap menyarankan pemeriksaan cairan serebrospinalis untuk mendeteksi tanda-tanda neurosifilis, tetapi pasien menolak.

Pemeriksaan mikroskop lapangan gelap untuk mendeteksi *Treponema pallidum* langsung dari eksudat lesi atau jaringan merupakan metode definitif untuk mendiagnosis sifilis dini. Diagnosis dugaan sifilis memerlukan setidaknya 2 tes terdiri tes nontreponemal dan tes treponemal. Penggunaan hanya satu jenis tes serologi tidak cukup untuk menegakkan diagnosis karena tes nontreponemal dapat memberikan hasil negatif palsu sehingga perlu dipastikan dengan menjalani tes treponemal untuk memastikan diagnosis sifilis.⁵ Pemeriksaan mikroskop lapangan gelap pada lesi pasien tidak menunjukkan adanya *Treponema pallidum*. Hal tersebut sesuai dengan sebagian besar kasus sifilis maligna lainnya, sering tidak ditemukan spiroketa sehingga diagnosis *presumptive* masih dapat dibuat. Pemeriksaan serologis VDRL dan TPHA pasien menunjukkan hasil reaktif sehingga pasien didiagnosis sifilis.

Manifestasi klinis kasus ini dapat menjadi tantangan diagnostik karena sifilis maligna sering menyerupai penyakit lain yaitu infeksi jamur, mikobakterium, herpes zoster, *pityriasis lichenoides et varioliformis acuta* (PLEVA), limfoma kulit, dan sarkoma Kaposi.¹ Pada awal pemeriksaan, pasien juga kami diagnosis banding dengan PLEVA dan sarkoma Kaposi. Setelah dilakukan berbagai pemeriksaan penunjang, diagnosis banding tersebut dapat disingkirkan. Untuk menegakkan diagnosis sifilis

maligna dapat menggunakan kriteria diagnostik Fisher, yaitu: (1) morfologi makroskopik dan mikroskopis yang sesuai; (2) titer serologi sifilis yang tinggi; (3) Reaksi *Jarisch-Herxheimer*; dan (4) perbaikan lesi yang dramatis setelah pemberian antibiotik.¹⁰ Pada kasus ini terdapat 3 kriteria yang memenuhi, kecuali tidak terdapat reaksi *Jarisch-Herxheimer*.

Pemeriksaan histopatologis pada sifilis sekunder dapat ditemukan gambaran yang bervariasi mulai epidermis yang normal, hiperkeratosis, psoriasiform, nekrotik hingga ulserasi. Dapat juga ditemukan neutrofil atau pustul di epidermis. Terdapat infiltrat likenoid atau perivaskuler yang menunjukkan banyak sel plasma, limfosit dan histiosit. Pada lesi yang sudah lama, kadang dijumpai gambaran infiltrat granulomatos. Tampak juga proliferasi dan pembengkakan endotel. Pada sepertiga kasus dapat ditemukan *spirochaeta* di epidermis atau dermis dengan menggunakan pewarnaan *Warthin-Starry*. Pada variasi sifilis sekunder mialnya sifilis maligna, ditemukan gambaran ulserasi disertai vaskulitis seperti juga pada kasus ini.¹¹ Namun, tidak dapat dilakukan pewarnaan *Warthin-Starry* karena keterbatasan fasilitas.

Saat pemberian penisilin, penting untuk melakukan observasi terjadinya reaksi *Jarisch-Herxheimer*. Reaksi ini ditandai dengan demam akut yang sering disertai sakit kepala, nyeri otot, demam, dan gejala lain yang dapat terjadi dalam 24 jam pertama setelah terapi apapun untuk sifilis. Selama observasi, tidak muncul reaksi tersebut pada pasien. Meskipun reaksi *Jarisch-Herxheimer* ini tidak muncul pada pasien, hal ini tidak dapat menyingkirkan diagnosis sifilis maligna, serta tidak memberikan pengaruh pada presentasi klinis tertentu. Tidak munculnya reaksi *Jarisch-Herxheimer* telah dijelaskan dalam banyak kasus sifilis maligna, dan kadangkala terjadi kesulitan mengkonfirmasi pada pasien yang sedang mengalami demam dan dalam kondisi umum yang buruk sebagai akibat dari penyakit tersebut.¹⁰ Sebagian besar pasien sifilis dengan infeksi HIV memberikan respons yang baik terhadap pengobatan benzatin penisilin.⁵ Namun, beberapa kasus juga menunjukkan respons yang buruk. Banyak kasus sifilis primer atau sekunder pada pasien HIV mengalami kegagalan terapi penisilin konvensional. Sehingga pengobatan infeksi primer dan sekunder sifilis harus lebih intensif dibandingkan dengan yang umumnya direkomendasikan. Beberapa laporan bahkan menunjukkan bahwa benzatin penisilin yang diberikan dalam 3 kali pemberian dilaporkan kurang efektif pada pasien sifilis dengan HIV.¹⁰ Namun pada kasus

ini, pemberian benzatin penisillin sebanyak 3x dengan interval 1 minggu telah menunjukkan perbaikan lesi yang baik. Hal tersebut sesuai dengan beberapa laporan kasus sifilis maligna dengan HIV.⁹

Semua pasien sifilis membutuhkan pemantauan yang baik untuk mengawasi timbulnya rekurensi, tanda-tanda kelainan neurologis, dan peningkatan titer serologis. Setelah pengobatan, sebaiknya diperiksa kembali secara klinis setelah 1 sampai 2 minggu dan dilakukan

pemeriksaan tes serologi pada bulan ke-3, 6, 9, 12, dan 24 setelah pengobatan sifilis primer, sekunder dan laten dini.⁶ Pada kasus ini, pemeriksaan serologis pada bulan pertama setelah pemberian injeksi benzatin penisilin belum menunjukkan penurunan titer VDRL. Pada bulan ketiga, titer VDRL turun menjadi 1:64, penurunan titer nontreponemal 4 kali lipat menunjukkan keberhasilan terapi. Pemeriksaan serologi masih akan dilanjutkan pada bulan ke-6, 9, 12, dan 24.

DAFTAR PUSTAKA

1. Mena Lora AJ, Braniecki M, Nasir A, Brito M. The great impostor: Lues maligna in an HIV-infected male. *SAGE Open Med Case Reports*. 2017;5:1–3.
2. Bjekić M. Lues Maligna as an Initial Presentation of Underlying HIV Infection in a Homosexual Man. *Serbian J Dermatology Venereol*. 2017;9(4):159–62.
3. Li Z, Lu X, Hu Z, Luo Z, Jiang W, Wu H, dkk. Syphilis infection differentially regulates the phenotype and function of gd T cells in hiV-1-infected patients depends on the hiV-1 disease stage. *Front Immunol*. 2017;8(AUG).
4. World Health Organization. WHO guidelines for the treatment of treponema pallidum (Syphilis). Geneva:WHO,2016.
5. Workowski KA. Centers for Disease Control and Prevention Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. *Clin Infect Dis*. 2015;61(suppl_8):S759–62.
6. Tuddenham SA, Zenilman JM. Dalam: Kang S, Amagai M, Brucker AL, Enk AH, Margolis DJ, Mc Michael AJ, dkk. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. Edisi ke-9. New York: McGraw-Hill Companies; 2019:3145-68.
7. Sammet S, Draenert R. Case report of three consecutive lues maligna infections in an HIV-infected patient. *Int J STD AIDS*. 2017;28(5):523–5.
8. Pradhan S, Sirka CS, Panda M, Baisakh M. Lues maligna in an immunocompetent female. *Indian Dermatol Online J*. 2018;9(5):344–6.
9. Johnson RA, Spivak AM. Lues maligna. *Infect Dis Soc Am*. 2017;4:1–3.
10. Fustà-Novell X, Morgado-Carrasco D, Barreiro-Capurro A, Manzardo C, Alsina-Gibert M, Fuertes-de Vega I, dkk. Syphilis Maligna: A Presentation to Bear in Mind. *Actas Dermosifiliogr*. 2019;110(3).
11. Rapini RP. Bacterial Diseases. Dalam: Practical Dermatopathology. Edisi ke-2. Houston: Elsevier Health Sciences; 2012;(12):185–92.