

Case Report

KEHAMILAN DENGAN KONDILOMA

Andika Adi Saputra^a, Rezki Amelia^b

^aProgram Studi Profesi Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Mulawarman, Samarinda, Indonesia,

^bFakultas Kedokteran Universitas Mulawarman, Samarinda, Indonesia

Korespondensi: andika.adi.s@gmail.com

Abstrak

Kondiloma akuminata merupakan penyakit kulit yang apabila terjadi pada perempuan hamil dapat menyebabkan kondisi patologis pada plasenta dan janin. Penyebaran infeksi akan mengganggu homeostasis intrauterin dan menyebabkan disfungsi plasentasi di awal kehamilan. Laporan kasus ini mempresentasikan kasus terjadinya *intra uterine fetal death* dan *rest placenta* yang diduga terkait erat dengan terjadinya kondiloma akuminata. Manajemen obstetrik untuk melahirkan janin yang telah meninggal, kuretase plasenta yang tersisa, dan eksisi lesi kondiloma akuminata penting untuk dilakukan.

Kata kunci: kondiloma akuminata; retensi plasenta; *intra uterine fetal death*

Abstract

Condyloma acuminata is a skin disease which, if it occurs in pregnant women, can cause pathological conditions in the placenta and fetus. Spread of infection will disrupt intrauterine homeostasis and cause placental dysfunction in early pregnancy. This case report presents cases of intra uterine fetal death and rest placenta which are thought to be closely related to the occurrence of condyloma acuminata. Obstetric management for delivery of the deceased fetus, curettage of the remaining placenta, and excision of the lesion of condyloma acuminata are important.

Key words: genital warts; retained placenta; intra uterine fetal death

PENDAHULUAN

Kutil anogenital yang sering disebut dengan kondiloma akuminata merupakan salah satu penyakit menular seksual yang disebabkan oleh Human Papiloma Virus (HPV). Infeksi HPV dapat menyebar melalui kontak langsung atau autoinokulasi. Masa inkubasi bervariasi dari 1-12 bulan dengan rata-rata 2-3 bulan. Infeksi HPV pada genital diduga subklinis sampai 70% dan tidak disadari oleh pasien tetapi terdeteksi dengan pemeriksaan klinis lengkap, histologis, dan sitologis atau analisis molekular¹.

Angka kejadian kondiloma akuminata semakin bertambah banyak bahkan melebihi herpes genital. Prevalensi Kasus di Amerika Serikat berdasarkan data dari Center For Disease Control and Prevention (CDCP) tercatat ada lebih dari 19,7 juta kasus baru Infeksi Menular Seksual (IMS) tiap tahun, dan 14,1 juta kasus merupakan infeksi HPV. Penelitian tentang IMS pada 12 Rumah Sakit Pendidikan di Indonesia menunjukkan kejadian kondiloma akuminata menduduki peringkat ke-3 terbesar dengan usia terbanyak didapatkan pada golongan usia 25-45 tahun². Diagnosis kondiloma akuminata umumnya dapat ditegakkan berdasarkan dengan gambaran klinis, pemeriksaan fisik dengan pencahayaan yang baik dan pemeriksaan dengan kaca pembesar. Meskipun gejala klinis sangat khas, tetapi masih dibutuhkan pemeriksaan penunjang seperti uji asam asetat, kolposkopi, histopatologi, dermoskopi dan juga identifikasi genom HPV¹.

Kondiloma akuminata memiliki infektivitas yang tinggi, di mana permukaan mukosa yang lebih tipis akan lebih rentan terhadap inokulasi virus dibanding kulit yang memiliki keratin tebal. Infektivitas HPV genital dari ibu sehubungan dengan papiloma pada anak tampaknya rendah¹. Selama

kehamilan, kondiloma akuminata dapat berproliferasi dengan cepat karena perubahan imunitas dan peningkatan suplai darah, dan kelainan ini dapat muncul dalam bentuk klinis atau subklinis (laten). Bentuk klinis lebih menyebabkan gangguan emosional dan fisik pada pasien karena ibu harus melahirkan secara *sectio caesaria* dan jika melahirkan secara spontan akan terdapat kemungkinan risiko kontaminasi HPV pada bayi³.

Modalitas terapi utama untuk kondiloma akuminata adalah terapi destruktif, seperti kauterisasi, krioterapi dengan nitrogen cair, eksisi, tingtura podofilin, podofilin resin, asam trikloroasetat (TCA), injeksi bleomisin sulfat, ataupun laser vaporasi, tetapi tidak ada dari modalitas terapi ini yang memberikan jaminan kesembuhan dan rekurensi biasa terjadi. Pada wanita hamil, tidak semua modalitas terapi di atas dapat digunakan, pilihan terapi yang dapat diberikan antara lain krioterapi, elektrokauterisasi, terapi laser, dan asam trikloroasetat. Dari keempat modalitas terapi di atas, TCA tidak membutuhkan peralatan khusus karena dapat diaplikasikan langsung di atas lesi, sehingga mudah digunakan dan biaya lebih murah. Berdasarkan Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 2010, konsentrasi TCA yang digunakan untuk terapi kondiloma adalah 80% - 90%, tetapi ada beberapa literatur yang menyatakan keberhasilan terapi dengan TCA 50%³.

Kutil anogenital yang muncul pada wanita hamil sebagai pertumbuhan datar, popular, bertangkai atau seperti kembang kol berwarna merah muda, abu-abu, atau warna coklat, yang terdapat pada kulit perineum dan anogenital dan/ selaput lendir. Kutil anogenital sering bersifat multipel, asimetris, dan polimorfik dan kadang-kadang dapat menyebabkan perdarahan, pruritus, peningkatan

sekret vagina, obstruksi jalan lahir, dan bisa menyebabkan terjadi infeksi pada neonatus. Selama kehamilan, kondiloma akuminata dapat mengalami perkembangan lesi perineum dan anogenital yang cepat, terutama selama kehamilan minggu ke-12 dan 14 kehamilan dan menurun secara signifikan pada periode postpartum. Risiko kondiloma akuminata pada kehamilan adalah dua kali lipat⁴.

Lesi HPV yang berupa kondiloma dapat terjadi pada daerah serviks (kondiloma serviks) atau kondiloma avulva yang cenderung berkembang dalam ukuran dan vaskularitas selama kehamilan karena adanya perubahan anatomi termasuk vaskularisasi selama kehamilan dan adanya penurunan kekebalan alami serta pengaruh hormonal. Keadaan ini dapat menghalangi saluran reproduksi dan dapat berakibat terjadinya perdarahan banyak saat persalinan. Kehamilan dan obat-obat kontrasepsi oral merangsang pertumbuhan kondiloma akuminata, karena peningkatan hormon estrogen saat itu⁴. Dampak infeksi pada kehamilan bergantung pada organisme penyebab, lamanya infeksi, dan usia kehamilan pada saat perempuan terinfeksi. Hasil konsepsi yang tidak sehat seringkali terjadi akibat Infeksi salah satunya HPV, misalnya kematian janin (abortus spontan atau lahir mati), bayi berat lahir rendah (akibat prematuritas, atau retardasi pertumbuhan janin dalam rahim), dan infeksi kongenital atau perinatal (kebutaan, pneumonia neonatus, dan retardasi mental)⁵.

KASUS

Seorang perempuan berusia 22 tahun G₂P₀A₁ usia kehamilan 7 bulan datang ke rumah sakit dengan keluhan keluar darah dari jalan lahir disertai nyeri pada perut yang menjalar sampai ke pinggang, hilang timbul, relatif teratur, sejak 1 jam sebelum masuk

rumah sakit. Hasil pemeriksaan fisik menunjukkan tinggi fundus uteri 24 cm (taksiran berat janin 1.860 gram), bagian terendah janin adalah kepala, belum masuk panggul, punggung kanan, tidak ditemukan detak jantung janin, his 2 kali per 10 menit dengan durasi 15-20 detik, terlihat adanya massa berbentuk jengger ayam di vulva, portio tertutup, konsistensi lunak. Di daerah sekitar perineum terdapat jaringan bertangkai dengan konsistensi lunak berbentuk seperti kembang kol. Pemeriksaan laboratorium menunjukkan leukositosis. *Assessment* awal G₂P₀A₁ belum dalam persalinan, *intra uterine fetal death*, dan kondiloma akuminata. Diberikan obat misoprostol 50 mcg tablet pervaginam. Sekitar 4 jam kemudian, kepala janin masuk panggul, intensitas dan kualitas his meningkat, cervix dilatasi lengkap, sehingga persalinan dilakukan. Lahir bayi dengan kondisi kulit berwarna biru kehitaman, kulit terkelupas, tidak menangis, dan tidak ada pergerakan. Kemudian dilahirkan plasenta yang berlangsung selama lebih dari 1 jam dengan kondisi plasenta tidak utuh. Pasien diobservasi di ruang *high care unit*. Dua hari berikutnya, dilakukan kuretase untuk membersihkan sisa plasenta sekaligus dilakukan eksisi kondiloma akuminata. Hasil pemeriksaan Patologi Anatomi post eksisi Kondiloma didapatkan potongan jaringan dilapisi sel epitel squamous epidermis kulit yang menebal dengan gambaran acanthosis dan papillomatosis luas, pada sel epitel squamous superfisial terdapat gambaran koilositosis dan pada dermis terdapat infiltrasi sel-sel radang neutrofil, limfosit dan sel plasma.

PEMBAHASAN

Kondiloma akuminata merupakan infeksi *Human Papilloma Virus* (HPV) yang menyebabkan pertumbuhan lesi yang proliferasif atau hiperplasia dengan ukuran yang bervariasi dan konsistensi lunak

dengan area yang paling sering terkena adalah penis, vulva, vagina, serviks, dan perineum. Selama kehamilan, kondiloma akuminata dapat mengalami perkembangan lesi perineum dan anogenital yang cepat, terutama selama kehamilan minggu ke-12 dan 14 kehamilan. Pada pasien ini ditemukan lesi berupa massa yang bentuknya menyerupai jengger ayam di area vulva dan terdapat jaringan bertangkai dengan konsistensi lunak berbentuk seperti kembang kol di sekitar perineum. Hasil pemeriksaan histopatologi jaringan kondiloma post eksisi pada pasien juga didapatkan potongan jaringan yang dilapisi sel epitel squamous epidermis kulit yang menebal dengan gambaran acanthosis dan papillomatosis luas, pada sel epitel squamous superfisial terdapat gambaran koilositosis dan pada dermis terdapat infiltrasi sel-sel radang neutrofil, limfosit dan sel plasma. Hal ini sesuai gambaran khas atau karakteristik dari kondiloma akuminata yaitu ditandai dengan gambaran koilosit (keratinosit berukuran besar dengan area halo dan vakuolisasi perinuklear). Pada epidermis terdapat akantosis, parakeratosis, dan rete redges yang memanjang dan menebal.

Pada individu yang tidak hamil, infeksi ini relatif terbatas pada kulit, tetapi pada ibu hamil kondiloma akuminata dapat meluas hingga ke serviks, vagina, vulva, dan dapat meluas hingga menutupi jalan lahir. Hal ini terjadi karena adanya perubahan anatomi termasuk vaskularisasi selama kehamilan dan adanya penurunan kekebalan alami serta pengaruh hormonal. Keadaan ini dapat menghalangi saluran reproduksi dan dapat berakibat terjadinya perdarahan banyak saat persalinan. Kehamilan juga dapat merangsang pertumbuhan kondiloma akuminata, karena peningkatan hormon estrogen saat itu. Kondisi ini akan meningkatkan risiko terjadinya kondisi patologis pada janin.

Pada pasien ini, terdapat kecurigaan Intra Uterine Fetal Death (IUFD) karena tidak ditemukan gerakan dan detak jantung janin, sehingga perlu dilakukan induksi persalinan. Persalinan dapat terjadi secara aktif dengan induksi persalinan dengan oksitosin dan misoprostol. Pada kematian janin 24-28 minggu dapat digunakan, misoprostol secara vaginal (50-100 mikrogram setiap 4-6 jam) dan induksi oksitosin. Pada kehamilan diatas 28 minggu dosis misoprostol 25 mikrogram pervaginam/6 jam⁵. Induksi persalinan yang dilakukan pada pasien ini menggunakan misoprostol 50 mcg tablet pervaginam perlu dilakukan untuk mengeluarkan janin yang telah meninggal dari dalam uterus. Misoprostol dapat diberikan hingga empat kali tiap 4-6 jam, dilanjutkan dengan oksitosin secara intravena, tetapi pada pasien ini persalinan telah terjadi pada sekali pemberian saja. Diagnosis IUFD kemudian dipastikan dengan didapatkannya bayi lahir dengan kondisi kulit berwarna biru kehitaman, kulit terkelupas, tidak menangis, dan tidak ada pergerakan.

Pada pasien, plasenta yang lahir juga didapatkan tidak utuh, bila sebagian kecil dari plasenta masih tertinggal dalam uterus disebut *rest placenta*, dan dapat menimbulkan perdarahan pasca persalinan primer atau (lebih sering) sekunder. Pada proses kala III didahului dengan tahap pelepasan plasenta yang ditandai oleh perdarahan pervaginam (cara pelepasan Duncan) atau plasenta sudah sebagian lepas tetapi tidak keluar pervaginam (cara pelepasan Schultze), sampai akhirnya tahap ekspulsi, plasenta lahir. Pada retensio plasenta, sepanjang plasenta belum terlepas, maka tidak akan menimbulkan perdarahan. Sebagian plasenta yang sudah lepas dapat menimbulkan perdarahan yang cukup banyak (perdarahan kala III) dan harus diantisipasi dengan segera melakukan *placenta manual*. Pada pasien ini *assasment rest placenta*

ditegakkan. Sisa plasenta bisa diduga bila kala uri berlangsung tidak lancar, atau setelah melakukan plasenta manual atau menemukan adanya kotiledon yang tidak lengkap pada saat melakukan pemeriksaan plasenta dan masih terjadi perdarahan dari ostium uteri eksternum pada saat kontraksi rahim sudah baik dan robekan jalan lahir sudah terjahit. Untuk itu, harus dilakukan eksplorasi ke dalam rahim dengan cara manual/digital atau dilakukan kuret⁵. Pada pasien ini tindakan yang diambil adalah kuretase. Kuretase perlu dilakukan untuk mencegah perdarahan paska persalinan.

Pada pasien, lesi kondiloma akuminata pasien juga dieksisi. Modalitas terapi utama untuk kondiloma akuminata adalah terapi destruktif, seperti kauterisasi, krioterapi dengan nitrogen cair, eksisi, tingtura podofilin, podofilin resin, asam trikloroasetat (TCA), injeksi bleomisin sulfat, ataupun laser vaporasi, tetapi tidak ada dari modalitas terapi ini yang memberikan jaminan kesembuhan dan rekurensi biasa terjadi. Pada wanita hamil, tidak semua modalitas terapi di atas dapat digunakan, pilihan terapi yang dapat diberikan antara lain krioterapi, elektro kauterisasi, terapi laser, dan asam trikloroasetat. Terapi bedah eksisi dipilih dikarenakan pada pasien telah dilakukan terminasi kehamilan karena terjadinya IUFD. Bedah eksisi kondiloma merupakan salah satu tatalaksana dari kondiloma, terutama untuk kondiloma yang ukurannya besar dan dapat menimbulkan obstruksi. Lesi dapat diambil secara keseluruhan dalam 1 sesi terapi. Efek samping berupa nyeri, perdarahan, sampai timbul jaringan parut. Diagnosis kondiloma akuminata dikonfirmasi melalui pemeriksaan histopatologi. Kondisi IUFD dan *rest placenta* pada pasien diduga terkait dengan infeksi kondiloma akuminata.

Intra uterine fetal death dapat terjadi pada ibu dengan beberapa faktor risiko yang dikelompokkan berdasarkan sumbernya, yaitu faktor maternal, faktor fetal, dan faktor plasenta. Pada kasus ini, didapatkan faktor maternal berupa infeksi HPV. Pada wanita hamil, terjadi penurunan jumlah sel pembunuh alami yang berakibat sebagai immunosupresi ringan yang dialami selama kehamilan sehingga pada wanita hamil rentan mengalami infeksi, termasuk infeksi virus. Pada wanita hamil juga terjadi peningkatan risiko kondiloma akuminata hingga dua kali lipat. Infeksi HPV yang terjadi dapat menginfeksi janin melalui infeksi asendens secara langsung atau secara hematogen.

Infeksi intrauterin menyebabkan reaksi inflamasi intrauterin yang mengganggu homeostasis biomarker imun dan hormonal yang berperan dalam memodulasi kontraktilitas uterus serta perkembangan plasenta. Pada awal kehamilan, infeksi HPV menurunkan jumlah sel trofoblas karena terjadinya peningkatan apoptosis disertai penurunan adhesi seluler ke desidua ibu yang menyebabkan plasentasi abnormal dan juga mempengaruhi kualitas embrio. Kondisi ini menyebabkan perkembangan janin terhambat dan risiko terjadinya IUFD juga meningkat. Infeksi HPV juga dapat mempengaruhi kompetensi serviks, mengubah mikrobiota vagina, dan menginfeksi cairan ketuban menyebabkan amnionitis. Selain itu, infeksi asenden vili korionik akan menyebabkan disfungsi plasenta, sehingga meningkatkan risiko terjadinya *rest placenta* setelah persalinan⁶⁻⁸.

SIMPULAN

Kondiloma akuminata merupakan kondisi klinis yang menjadi faktor risiko *intrauterine fetal death*, sehingga penting bagi klinisi untuk dapat mengidentifikasi kondiloma akuminata pada

perempuan di usia subur untuk mencegah morbiditas dan mortalitas terkait kehamilan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Sugai S, Nishijima K, Enomoto T. Management of Condyloma Acuminata in Pregnancy: A Review. Vol. 48, Sexually Transmitted Diseases. 2021.
2. Indiatmi W. Epidemiologi Infeksi Menular Seksual. Semarang : 2012. dibawakan pada Simposium Sexually Transmitted Infections A rising concern 15-16 September 2012 Semarang
3. Yenny SW, Hidayah R. Kondiloma Akuminata Pada Wanita Hamil: Salah Satu Modalitas Terapi. J Kesehat Andalas. 2013;2(1).
4. Stanescu A, Cioti M, Simionescu A, Veronica L. *Condyloma Acuminata During Pregnancy*. Vol, 68. 2020.
5. Prawirahardjo S. Ilmu Kebidanan. Jakarta : PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. 2016.
6. Slatter TL, Hung NGLY, Clow WM, Royds JA, Devenish CJ, Hung NA. A clinicopathological study of episomal papillomavirus infection of the human placenta and pregnancy complications. Mod Pathol [Internet]. 2015 Oct 3 [cited 2022 Oct 24];28(10):1369–82. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26293778/>
7. Bober L, Guzowski G, Moczulska H, Sieroszewski P. Influence of human Papilloma Virus (hPV) infection on early pregnancy. Ginekol Pol [Internet]. 2019 Feb 1 [cited 2022 Oct 24];90(2):72–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30860272/>
8. Popescu SD, Boianu AG, Sima RM, Bilteanu L, Vladareanu S, Vladareanu R. Maternal HPV Infection and the Estimated Risks for Adverse Pregnancy Outcomes— A Systematic Review. Diagnostics [Internet]. 2022 Jun 1 [cited 2022 Oct 24];12(6). Available from: </pmc/articles/PMC9221727/>