

## SIFILIS KONGENITAL: LAPORAN KASUS CONGENITAL SYPHILIS: CASE REPORT

Matahari Bunga Permata Hati<sup>1</sup>, Muh. Nasir<sup>2</sup>, M. Sabir<sup>2</sup>, Vera Diana Towidjojo<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Program Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Tadulako-Palu, Indonesia, 94118

<sup>2</sup>Departemen Infeksi Tropis dan Traumatologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Tadulako-Palu, Indonesia, 94118

<sup>3</sup>Departemen Parasitologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Tadulako-Palu, Indonesia, 94118

\*Correspondent Author: [mataharibunga030@gmail.com](mailto:mataharibunga030@gmail.com)

### ABSTRACT

*Syphilis is a sexually transmitted infection caused by Treponema Pallidum which can infect by passing from the mother to the fetus she is carrying. WHO estimates that the incidence of syphilis throughout the world is 10 to 12 million cases each year, Europa shows that more than 20% of women infected with syphilis are pregnant women, and the Director General of Disease Prevention and Control (P2P) of the Indonesian Ministry of Health in 2017 there were 3,295 confirmed cases syphilis during pregnancy. A 4-day-old baby girl was born to a mother diagnosed with stage II syphilis who did not receive adequate treatment. The diagnosis of congenital syphilis was made based on an anamnesis history of the mother suffering from syphilis without adequate treatment, or a positive serological test, or a dark field microscope examination found bacteria. Treponema pallidum in body fluids. On physical examination, jaundice, hepatosplenomegaly, anemia, thrombocytopenia, radiological abnormalities in the long bones, and abnormalities in the cerebrospinal fluid were found. The patient was given penicillin treatment with Procaine 100,000 units per day intramuscularly for 10 consecutive days. Clinical monitoring is planned every month until the 3rd month, then the 6th and 12th months after treatment. VDRL serology monitoring at 3 and 6 months.*

**Keywords:** Congenital Syphilis, Neonate, TPHA, CSF, VDRL

### ABSTRAK

*Sifilis merupakan penyakit Infeksi Menular Seksual yang disebabkan oleh Treponema Pallidum yang dapat menginfeksi dengan cara menurun dari ibu yang menularkan ke janin yang dikandungnya. WHO memperkirakan kejadian sifilis diseluruh dunia 10 s/d 12 juta kasus setiap tahunnya, Europa menunjukkan lebih dari 20% wanita terinfeksi sifilis adalah wanita hamil, dan Dirjen Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (P2P) Kementerian Kesehatan RI pada tahun 2017 terdapat 3.295 kasus yang terkonfirmasi sifilis selama kehamilan. Seorang bayi perempuan usia 4 hari dilahirkan oleh ibu yang terdiagnosis sifilis stadium II yang tidak mendapatkan pengobatan adekuat, Diagnosis sifilis kongenital ditegakkan berdasarkan anamnesis riwayat ibu yang menderita sifilis tanpa pengobatan yang adekuat, atau uji serologis positif, atau pada pemeriksaan mikroskop lapangan pandang gelap ditemukan bakteri Treponema pallidum dalam cairan tubuh. Pada pemeriksaan fisis didapatkan ikterik, hepatosplenomegali, anemia, trombo sitopenia, kelainan gambaran radiologis tulang panjang, dan kelainan pada cairan serebro spinalis. Pada pasien diberikan tatalaksana penisilin Prokain 100 000 unit per hari intramuskular selama 10 hari berturut-turut. Direncanakan pemantauan secara klinis setiap bulan sampai bulan ke-3, selanjutnya bulan ke-6 dan ke-12 sesudah pengobatan. Pemantauan serologi VDRL pada bulan ke-3 dan ke-6.*

**Kata Kunci :** Sifilis Kongenital, Neonatus, TPHA, CSF, VDRL

## PENDAHULUAN

Setiap individu memiliki kesempatan atau peluang untuk mengalami penyakit menular, termasuk bayi yang dikandung ibunya maupun bayi baru lahir.<sup>(1)</sup> Salah satu Infeksi Menular Seksual (IMS) yaitu Sifilis atau dikenal sebagai raja singa merupakan infeksi bakteri *Treponema Pallidum* yang menular melalui ibu kejanin dan dapat menyebabkan morbiitas serta mortalitas. Infeksi sifilis yang terjadi sejak dalam kandungan dapat melahirkan bayi dengan sifilis yang disebut sifilis kongenital.

Penyebaran sifilis terjadi melalui *sexually transmitted disease* dengan cara kontak vaginal, anogenital dan orogenital, dapat juga secara nonsexual seperti kulit ke kulit, transfusi darah, hingga sistemik dari transmisi vertical ibu ke janin. Ibu hamil dengan Sifilis dapat menularkan penyakit ke janinnya melalui plasenta, terutama jika tidak ditangani pada usia kehamilan 14-27 minggu.<sup>(2)</sup> Transmisi dari ibu ke anak atau dikenal dengan istilah *Mother to Child Transmission* (MTCT), menyebabkan lebih dari 90% anak yang terinfeksi dari ibu ke janin dapat terjadi ketika intrauterine, intrapartum bahkan post – partum.

Berdasarkan WHO memperkirakan kejadian sifilis diseluruh dunia yaitu 10 s/d 12 juta kasus setiap tahunnya. Data dari *Europa* menunjukkan lebih dari 20% wanita yang terinfeksi dengan sifilis termasuk diantara wanita hamil. Laporan dari Dirjen Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (P2P) Kementerian Kesehatan RI pada tahun 2017 terdapat 3.295 kasus yang terkonfirmasi sifilis selama kehamilan dan 39.660 kasus ketika melakukan skrining ANC. Jumlah ini menurun dibandingkan tahun 2016 dimana terdapat 4.169 kasus yang terkonfirmasi sifilis selama kehamilan.<sup>(3)</sup>

Sifilis memberikan berbagai macam gambaran klinis. Pada stadium primer terdapat gambaran berupa ulkus/luka/tukak berbatas tegas, tidak nyeri, dan adanya limfadenopati dengan durasi 3 minggu pertama. Pada stadium sekunder terdapat bercak polimorfik pada telapak tangan dan kaki, adanya lesi papuloskuamosa, disertai demam, malaise limfadenopati generalisata, dapat ditemukan kandidoma lata, patchy alopecia, uveitis serta rinitis dengan durasi 2-12 minggu. Pada stadium laten biasanya asimtomatik, apabila gejala lanjutan >1 tahun stadium tersier menunjukkan destruksi jaringan di organ (gumma), sifilis kardiovaskulae, serta neurosifilis yang dapat berlangsung >2 tahun hingga 20 tahun.<sup>(4)</sup>

## LAPORAN KASUS

Seorang bayi perempuan usia 4 hari, dengan riwayat kelahiran di kamar bersalin kebidanan dan kandungan RS Shindu Trisno dari ibu yang menderita sifilis stadium II. Pasien lahir tidak cukup bulan dengan berat 2000 gram dan panjang lahir 45 cm. Nilai apgar 7/8. Dari anamnesis dengan ibu pasien didapatkan keterangan bahwa ibu pasien didiagnosis sebagai sifilis stadium II, serta ditemukannya lesi pada kedua telapak tangan dan kaki berupa bercak eritematoso, sebagian berbentuk plak berukuran lentikular sampai numular dengan skuama kolaret, dan pembesaran kelenjar getah bening submandibula kiri dan inguinal medial kiri. Pada pemeriksaan serologi didapatkan titer *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) (+) 1:16 dan *Treponema pallidum Hemagglutination Assay* (TPHA) (+) 1:320. Pasien adalah anak pertama, ibu pasien belum mendapat pengobatan yang adekuat. Pada pemeriksaan fisik saat lahir didapatkan pasien tampak sadar, menangis kuat, tidak sesak, tidak sianosis. Tanda vital dalam batas

normal. Berat lahir 2000 gram dan panjang lahir 45 sentimeter. Kepala bulat, ubun-ubun besar datar, lingkaran kepala 30 sentimeter. Konjungtiva tidak pucat, sklera tidak ikterik, dan tidak didapatkan adanya sekret. Kelenjar getah bening tidak membesar. Dada terlihat simetris, tidak terdapat retraksi. Bunyi jantung I-II normal, tidak terdengar bising maupun irama derap. Suara nafas vesikular, tidak terdengar ronki. Perut teraba lemas, hati dan limpa tidak teraba, bising usus normal. Pada genitalia tidak didapatkan kelainan. Alat gerak akral hangat, perfusi perifer baik. Pada pemeriksaan darah tepi didapatkan kadar

Pada pemeriksaan penunjang didapatkan Hb 13,3 g/dl, Ht 40 volume %, leukosit 6.800/ml dan trombosit 249 000/ml. Hitung jenis (%): basofil 0, eosinofil 4, batang 2, segmen 41, limfosit 50, monosit 3. Hasil pemeriksaan C-Reactive Protein (CRP) (-), IT ratio 0,07, SGOT 54 U/l, SGPT 16 U/l. Hasil pemeriksaan cairan serebro spinal (CSS) tampak jernih, Nonne (-), Pandy (-), sel 36/3, NaCl 714 mg/dl, Cl 433 mg/dl, glukosa 40mg/dl, protein 96 mg/dl. VDRL dan TPHA dari bahan CSS negatif, VDRL serum (+) 1:4, TPHA serum (+) 1:320. Kultur darah steril. Terapi yang diberikan kepada pasien berupa perawatan dalam inkubator, diberikan cairan intravena dekstrosa 10% 4,5 ml/jam, vitamin K 1 mg intra muskular, dan penisilin Prokain 100 000 unit per hari intramuskular selama 10 hari berturut-turut. Direncanakan pemantauan secara klinis setiap bulan sampai bulan ke-3, selanjutnya bulan ke-6 dan ke-12 sesudah pengobatan. Pemantauan serologi VDRL pada bulan ke-3 dan ke-6.

## PEMBAHASAN

Pasien terdiagnosis sifilis berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik serta pemeriksaan laboratorium. Anamnesis yaitu partner seksual penderita serta riwayat

penyakit sebelumnya. Ibu yang menderita sifilis dengan ditemukannya lesi pada kedua telapak tangan dan kaki berupa bercak eritematosa, sebagian berbentuk plak berukuran lentikular sampai numular dengan skuama kolaret, dan pembesaran kelenjar getah bening submandibula kiri dan inguinal medial kiri tanpa pengobatan yang adekuat, dan uji serologis positif.

Pemeriksaan Uji Haemaglutinasi *Treponema Pallidum* (TPHA) merupakan *gold standar* (dari pemeriksaan sifilis<sup>(6)</sup>) pada kasus ini ibu dengan sifilis melahirkan bayi dengan hasil TPHA positif dan uji serologis positif. Hal ini terjadi akibat infeksi *T. pallidum* melalui transplasenta sehingga menginvasi sistem retikuloendotelial janin dan menyebabkan spirokaetemia. Organisme masuk hematogen kemudian menginvasi organ lain seperti kulit, membran mukosa, tulang, dan sistem saraf pusat. Bakteri *T. pallidum* akan melekat pada sel endotel sehingga terjadi destruksi dan nekrosis jaringan lokal akibat proliferasi endotel kapiler dan oklusi lumen pembuluh darah. Keterlibatan infeksi awal janin dimulai dengan keterlibatan plasenta dan berlanjut menjadi disfungsi hati, infeksi cairan ketuban, kelainan hematologik, dan gagal organ pada stadium lanjut (Santis)

Pada kasus ini langkah awal yang dapat diberikan pada pasien neonatus yang lahir dari ibu penderita sifilis tidak bergejala dan tidak mendapatkan pengobatan yang adekuat: Manajemen *proven or highly probable congenital syphilis* (Sifilis kongenital yang terbukti atau sangat mungkin dikonfirmasi) dengan terapi Aqueous Crystalline Penicillin G 50.000 unit/kg/12jam, IM selama 7 hari, dilanjutkan 50.000 unit/kg/8 jam sampai total 10 hari atau Procaine Penisillin G 50.000unit/kg/24 jam selama 10 hari.

Berdasarkan teori tersebut bayi terkonfirmasi sifilis diberikan Procaine Penisillin G 100 000 unit per hari intramuskular selama 10 hari berturut-turut. Jika >1 hari terapi terlewatkan, seluruh terapi harus dimulai kembali. Data tidak cukup mengenai penggunaan agen antimikroba lainnya (misalnya, ampisilin). Bila memungkinkan, penisilin 10 hari penuh lebih disukai, bahkan jika ampisilin pada awalnya disediakan untuk kemungkinan sepsis (648-650). Menggunakan agen selain penisilin memerlukan tindak lanjut serologis yang dekat untuk menilai kecukupan terapi.<sup>(5)</sup>

Evaluasi yang direkomendasikan selanjutnya berupa : Analisis CSF untuk VDRL, jumlah sel, dan protein; Hitung darah lengkap (CBC) dan jumlah diferensial dan trombosit; Radiografi tulang panjang; Tes lain yang diindikasikan secara klinis (misalnya, radiografi dada, tes fungsi hati, neuroimaging, pemeriksaan oftalmologis, dan respons batang otak pendengaran) Pasien dengan sifilis dini dan telah diterapi dengan adekuat kemudian dievaluasi secara klinis dan serologis tiap 3 bulan selama satu tahun pertama (bulan ke 3, 6, 9, 12) dan setiap 6 bulan di tahun kedua (bulan ke 18, dan 24).

Tes TPHA dan titer RPR akan dilakukan pada tiga bulan setelah terapi untuk sifilis primer dan sekunder, titer RPR diperlukan untuk mengevaluasi keberhasilan terapi dan mendeteksi infeksi ulang (reinfeksi). Terapi dianggap berhasil jika titer RPR turun. Jika titer tidak turun atau malah naik, kemungkinan terjadi reinfeksi dan ulangi terapi. Jika RPR non reaktif atau reaktif lemah (serofast) maka pasien dianggap sembuh.

### **Pertimbangan Khusus**

Neonatus yang memerlukan pengobatan untuk sifilis kongenital tetapi yang memiliki

riwayat alergi penisilin atau mengembangkan reaksi alergi yang diduga sekunder terhadap penisilin harus diterapi dengan (Manajemen Orang yang Memiliki Riwayat Alergi Penisilin). Pada kasus ketersediaan penisilin G terbatas, pilihan manajemen mirip dengan pilihan untuk neonatus yang terbukti klinis sifilis kongenital, penisilin prokain G (50.000 unit / kg berat badan / dosis IM hingga dosis dewasa 2,4 juta unit sehari dalam dosis harian tunggal selama 10 hari) dianjurkan.

Jika penisilin prokain G tidak tersedia, ceftriaxone (dalam dosis untuk usia dan berat badan) dapat dipertimbangkan dengan tindak lanjut klinis dan serologis menyeluruh. Bayi dan anak-anak yang menerima ceftriaxone harus dikelola dengan berkonsultasi dengan ahli karena bukti tidak cukup untuk mendukung penggunaan ceftriaxone untuk pengobatan sifilis kongenital di antara bayi atau anak-anak. Untuk bayi berusia  $\geq 30$  hari, gunakan ceftriaxone 75 mg / kg berat badan / hari IV atau IM dalam dosis harian tunggal selama 10-14 hari (penyesuaian dosis mungkin diperlukan berdasarkan berat saat ini). Untuk anak-anak, ceftriaxone 100 mg / kg berat badan / hari dalam dosis harian tunggal dianjurkan.

Bayi dan anak-anak tanpa bukti klinis infeksi, gunakan penisilin prokain G 50.000 unit/kg berat badan/dosis IM hingga dosis dewasa 2,4 juta unit sehari dalam dosis tunggal selama 10 hari, atau benzathine penisilin G 50.000 unit/kg berat badan IM sampai dengan dosis dewasa 2,4 juta unit sebagai dosis tunggal. Jika ada bagian dari evaluasi untuk sifilis kongenital abnormal atau tidak dilakukan, pemeriksaan CSF tidak dapat ditafsirkan, atau tindak lanjut tidak pasti, penisilin prokain G dianjurkan.

## KESIMPULAN

Sifilis kongenital merupakan penyakit sifilis yang diderita bayi dengan manifestasi klinis sifilis kongenital; atau ditemukannya *Treponema pallidum* pada lesi, plasenta, tali pusat atau otopsi jaringan; atau bayi yang dilahirkan oleh ibu penderita sifilis yang belum mendapat pengobatan atau telah mendapat pengobatan namun tidak adekuat sebelum atau selama kehamilan.

Pada populasi ibu hamil yang terinfeksi sifilis, bila tidak diobati dengan adekuat, akan menyebabkan 67% kehamilan berakhir dengan abortus, lahir mati, atau infeksi neonatus (sifilis kongenital).

Semua neonatus yang lahir dari wanita yang memiliki tes serologis nontreponemal reaktif untuk sifilis saat melahirkan harus diperiksa secara menyeluruh untuk bukti sifilis kongenital (misalnya, hydrops nonimmune, hiperbilirubinemia terkonjugasi atau langsung atau ikterus kolestatik atau kolestasis, hepatosplenomegali, rinitis, ruam kulit, atau pseudoparalysis ekstremitas). Semua neonatus dengan tes nontreponemal reaktif harus menerima pemeriksaan tindak lanjut menyeluruh dan pengujian serologis (yaitu, RPR atau VDRL) setiap 2-3 bulan sampai tes menjadi tidak reaktif.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Mega Silvian Natalia, et al. Penyakit Infeksi Dalam Kehamilan dan Nifas. Sumatera Barat: PT Global Eksekutif Teknologi. 2023.
2. Chasanah S, Dewanti L, Anis W. Pengaruh Faktor Internal Ibu Hamil dalam Melakukan Pemeriksaan Triple Eleminasi. Indonesia Midwifery and Health Science Journal. 2021 Januari. 5(1). 89
3. Iskandar, Reza MD. Sifilis Pada Kehamilan. Jurnal Kedokteran dan

Kesehatan Mahasiswa Malikusallesh. 2023 Februari. 2(1). 14-15

4. Indriatmi, W. Sexually transmitted infections. 5th ed. Jakarta: FK UI. 2017. pp. 103–150
5. CDC. Sexually Transmitted Infection Treatment Guidelines. 2021.
6. Putra, Eka I W G A, Sutarga, Made, Kardiwinata, Made Pasek, et al. Diagnostic and screening tests. Research Module for Public Health Study Program, Faculty of Medicine Udayana University Denpasar. 2016. 1(1).
7. Fadhila, et al. Evaluation Of Rapid *Treponema Pallidum* Examination (TP-Rapid) and *Treponema Pallidum* Haemagglutination Assay (TPHA) in The Group Of Female Sex Workers in Bandung City. Journal of Indonesian Medical Laboratory and Science. 2023. 4(1). 59-59
8. Centers for Disease Control and Prevention. HIV Risk Among Persons Who Exchange Sex for Money or Nonmonetary Hems. 2016.
9. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Tatalaksana Sifilis untuk Pengendalian Sifilis di Layanan Kesehatan Dasar. 2023
10. Siagian M, Rinawati. Diagnosis dan Tatalaksana Sifilis Kongenital. Jurnal Sari Pediatri. 2023 September. 5(2). 52-56
11. Janier M, Unemo M, Dupin N, Tiplica G S, Potonik M, Patel R. European Guideline on the Management Of Syphilis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2022 Oktober. 35(3). 574-588

12. Lancet. The Lancet Sifilis kongenital di Amerika Serikat. 2018 Oktober. 392 (10154). 1168.
13. Li, et al. Regulatory T cells in peripheral blood and cerebrospinal fluid of syphilis patients with and without neurological involvement. PLOS Neglected Tropical Diseases Journal. 2013. 7(11).
14. Ortiz H A, et al. Congenital Syphilis in Mexico. Analysis of National and International Journal. 2022. 155(5). 464-472
15. Siagian, M. and Rinawati, Diagnosis dan Tatalaksana Sifilis Kongenital. Pediatric journal. 2016. 5(2) 52-57
16. Workowski KA, Bolan GA. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. 2015. Juni. 64(RR-03).1-137.
17. World Health Organization. WHO guideline on syphilis screening and treatment for pregnant women. 2016.
18. Cisneros S G, et al. Re-emergence of syphilis in women of reproductive age and its association with the increase in congenital syphilis in Mexico during 2010– 2019: an ecological study. BMC Infectious Diseases. 2021. 21.992.
19. Bowen V, Su J, Torrone E, Kidd S, Weinstock H. Increase in incidence of congenital syphilis - United States. 2015 Nov 13;64(44).1241