

GIANT KONDILOMA AKUMINATA ANAL PADA SEORANG PRIA HOMOSEKSUAL YANG MENDERITA HIV

Wizar Putri Mellaratna¹, Kristina Nadeak², Yuziani³

¹Departemen Dermatologi dan Venereologi, Fakultas kedokteran Universitas Malikussaleh, Indonesia

²Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara/RSUP H. Adam Malik, Indonesia

³Departemen Farmakologi, Fakultas kedokteran Universitas Malikussaleh, Indonesia

Corresponding Author : wizar.putri@unimal.ac.id

Abstrak

Pendahuluan : *Giant* kondiloma akuminata sering dikaitkan dengan HPV tipe 6 dan 11, namun memiliki perbedaan dengan kondiloma anal pada umumnya, seperti papilomatosis yang terbatas tegas, akantosis, *rete ridges* yang memanjang, dan meningkatnya aktivitas mitosis. Kasus: Pria, umur 33 tahun, dengan keluhan muncul benjolan yang menyerupai kembang kol di sekitar lubang dubur yang terasa gatal sejak 1 tahun yang lalu. Pemeriksaan status venereologis didapatkan nodul vegetasi, berukuran 8x5x1 cm³, multipel, berbentuk seperti kembang kol, permukaan verokosa, batas tegas, berkelompok, konsistensi padat, warna hiperpigmentasi, tidak dapat digerakkan dan nyeri jika ditekan pada area perianal. Lesi tersebut tidak mudah berdarah. Pasien sudah mendapatkan penotolan TCA (50%) sebanyak tujuh kali namun belum tampak perbaikan, sehingga selanjutnya dilakukan eksisi lesi oleh dokter bedah. Setelah dilakukan pembedahan tampak ada perbaikan lesi. Diskusi: *giant* kondiloma akuminata merupakan massa eksofitik yang berukuran besar, dapat disertai dengan keluhan gatal, nyeri, perdarahan dan fistel pada lesi. pemeriksaan histopatologi kondiloma akuminata dan *giant* kondiloma akuminata sangat sulit dibedakan. Mikroskopis *giant* kondiloma akuminata menunjukkan epitel skuamous berlapis yang mengalami hiperkeratosis, parakeratosis, akantosis dan papilomatosis dengan sedikit sel-sel atypia. Pada epitel juga ditemukan koilositosis. Pada jaringan fibrokollagen didapatkan infiltrat inflamasi kronik. bedah eksisi merupakan terapi lini pertama untuk *giant* kondiloma akuminata, dengan tingkat kesuksesan mencapai (63-91%) diikuti tingkat relaps yang rendah. Kesimpulan : *giant* kondiloma akuminata (*Buschke-Löwenstein*) merupakan penyakit yang sering mengenai kelompok immunosupresif. *Giant* kondiloma akuminata dapat merupakan prekursor karsinoma sel skuamosa sehingga harus didiagnosis secara tepat dan segera diterapi. Terapi eksisi merupakan terapi lini pertama untuk *giant* kondiloma akuminata.

Kata kunci : *giant kondilom*; *koilositosis*; *imunosupresif*; *bedah eksisi*

Giant Condiloma Acuminata Anal In A Homosexual Men With HIV

Abstract

Introduction: Giant condyloma accuminata usually caused by HPV types 6 and 11, but it differs from common anal condyloma, such as well-defined papillomatosis, acanthosis, elongated rete ridges and mitotic activity. Case: Male, 33 years old with chief complaints of lumps that resemble cauliflower around the anal canal followed by itching since 1 year ago. Physical examination revealed nodules of vegetation, size 8x5x1 cm³, multiple, cauliflower-like, verocosal surface, well-defined, clustered, solid consistency, hyperpigmented color, immobile and painful when pressed on the perianal area. The lesion does not bleed easily. The patient had received a (50%) TCA spotting seven times but there was no improvement, so the surgeon then performed excision of the lesion. After surgery, there was improvement in the lesion. Discussion: Giant condyloma accuminata is a large exophytic mass, which can be accompanied by complaints of itching, pain, bleeding and fistula in the lesion. Histopathological examination of condyloma accuminata and giant condyloma accuminata is very difficult to distinguish. Giant condyloma accuminata microscopy showed

stratified squamous epithelium with hyperkeratosis, parakeratosis, acanthosis and papillomatosis with few atypia cells. In the epithelium also found koilocytosis. He fibrocollagenous tissue found a chronic inflammatory infiltrate. Surgical excision is the first line therapy for giant condyloma accuminata, with a success rate of (63-91%) followed by a low relapse rate. Conclusions: giant condyloma accuminata (Buschke-Lowenstein) is a disease that often affects the immunosuppressive patients. Giant condyloma accuminata can be a precursor to squamous cell carcinoma, so it must be diagnosed correctly and treated immediately. Excision therapy is the first line of therapy for giant condyloma accuminata.

Keywords : giant condyloma accuminata; koilocytosis; immunosuppressive; excision surgery

Pendahuluan

Giant kondiloma akuminata anal pertama kali dideskripsikan oleh Buschke dan Löwenstein pada tahun 1925. Penyakit ini juga sering dikaitkan dengan HPV tipe 6 dan 11, namun memiliki perbedaan dengan kondiloma anal pada umumnya, seperti papilomatosis yang terbatas tegas, akantosis, *rete ridges* yang memanjang, dan meningkatnya aktivitas mitosis. Sebagian besar kasus melibatkan sel kanker karsinoma skuamous atau karsinoma verukosa, sehingga terdapat suatu dugaan bahwa *giant* kondiloma akuminata anal merupakan suatu proses peralihan dari kondiloma menjadi kanker sel skuamous.(1)

Pada laki-laki yang seks dengan laki-laki (LSL), daerah anal digunakan untuk mendapatkan kepuasan seksual. Prevalensi hubungan seksual semakin meningkat seiring dengan meningkatnya praktek hubungan melalui anal. Berdasarkan penelitian terkini terdapat peningkatan insidensi displasia pada LSL, bersama dengan kondiloma yang disebabkan oleh beberapa tipe HPV. Pada penderita HIV, risiko menderita kanker anal lebih tinggi dibandingkan dengan penderita HIV negatif.(2)

Manifestasi klinis dari kondiloma akuminata yaitu berupa papul-papul atau lesi yang bertangkai dengan ukuran 2 mm sampai dengan 5 mm dengan papul yang bergranular pada permukaan lesi, predileksi pada area genital dan perineal yang diawali dengan adanya mikrotrauma. Bentuk *giant* kondiloma akuminata (*Buschke-Löwenstein*) atau dikenal dengan istilah BLT memiliki bentuk massa *fungating*, yang berukuran 1,2x0,6x0,4 cm³ sampai 14x7x4 cm³.^{2,3} Gejala-gejala lain yang dapat dijumpai pada *giant* kondiloma akuminata antara lain nyeri, fistel, abses, drainase yang persisten, perdarahan, pruritus, kesulitan dalam berjalan dan susah BAB.² Dapat dijumpai bau yang tidak sedap dan *giant* kondiloma akuminata sering mengenai kelompok immunosupresif.(3)

Tumor BLT berbeda dari kondiloma akuminata, dimana kondiloma akuminata lebih bersifat superfisial dan tidak menginvasi jaringan sekitarnya. Sedangkan BLT menginvasi dan merusak jaringan sekitarnya melalui kompresi jaringan tersebut. Meskipun terdapat pertumbuhan yang tidak terkendali, namun pada pemeriksaan histopatologi BLT tidak menunjukkan perubahan-perubahan ke arah malignansi dan tidak bermetastasis. Pada pemeriksaan mikroskopis, tumor membentuk massa *luxuriant* yang terusun dari sel epitel skuamous yang tidak menunjukkan aplasia. Sel-sel ini dikelilingi oleh sel-sel inflamasi akut dan kronik.(4)

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien kondiloma akuminata antara lain tes asam asetat, dimana dengan aplikasi asam asetat (5%) pada lesi yang dicurigai, dalam waktu 3-5 menit, lesi akan berubah warnanya menjadi putih (*acetowhite*). (5) Pemeriksaan histopatologi pada *giant* kondiloma akuminata dapat dijumpai epitel skuamous berlapis dengan papiler tampak proliferasi eksofitik dan endofitik menekan stroma di bawahnya dengan *basement membrane* yang tetap intak. Dapat juga dijumpai koilositis, hiperkeratosis dan akantosis. Tidak didapatkan inti yang atipik.⁶ Alat dermoskopi dapat membedakan kondiloma akuminata dengan lesi liken planus, keratosis seboroik, dan *papulosis bowenoid*. Lesi kondiloma akuminata pada dermoskopi menunjukkan gambaran pola vaskular dan gambaran yang khas berupa pola mosaik pada lesi awal yang masih datar dan pola menyerupai tombol (*knoblike*), serta menyerupai jari-jari (*fingerlike*) pada lesi papilomatosa. Pemeriksaan identifikasi genom HPV dengan *Polymerase Chain Reaction* (PCR) mampu mendeteksi HPV dengan sensitivitas dan spesifisitas yang tinggi.(5)

Laporan Kasus

Seorang pria, umur 33 tahun, suku Jawa, datang ke poliklinik Kulit dan Kelamin RSUP HAM dengan keluhan muncul benjolan yang menyerupai kembang kol di sekitar lubang dubur yang terasa gatal sejak 1 tahun yang lalu. Awalnya, 1 tahun yang lalu muncul bintil-bintil kecil seperti kutil di sekitar lubang dubur dan terasa gatal. Kutil awalnya kecil, disertai rasa gatal dan tidak mudah berdarah. Selanjutnya dalam 1 tahun terakhir pasien rutin berobat ke Puskesmas dan mendapatkan pengobatan untuk menghilangkan gatalnya

saja. Keluhan gatal sudah berkurang, namun ukuran kutil makin membesar dalam 2 bulan terakhir sehingga kutil tampak berkelompok menyerupai kembang kol, sehingga menimbulkan ketidaknyamanan pada pasien dan pasien merasakan nyeri jika duduk dalam jangka waktu yang lama. Hal inilah yang melatarbelakangi pasien berobat ke RSUP HAM. Tidak terdapat riwayat kesulitan buang air besar (BAB). Pasien belum menikah, memiliki riwayat pasangan seksual lebih dari 1 dalam 3 bulan terakhir, pasien memiliki orientasi seks dengan sesama jenis, dan riwayat kontak seksual terakhir yaitu 1 bulan sebelum muncul keluhan. Tidak terdapat riwayat penggunaan obat-obatan terlarang pada pasien. Pasien ini juga terdiagnosis menderita Human Immunodeficiency Virus (HIV) pada tanggal 8 Agustus 2018.

Pemeriksaan status venereologis didapatkan nodul-nodul vegetasi, berukuran 8x5x1 cm³, multipel, berbentuk seperti kembang kol, permukaan verokosa, batas tegas, berkelompok, konsistensi padat, warna hiperpigmentasi, tidak dapat digerakkan dan nyeri jika ditekan pada area perianal. Lesi tersebut tidak mudah berdarah. Pemeriksaan kadar CD4% didapatkan (17%) dan CD4 absolut didapatkan 165 cell/ul. Pemeriksaan VDRL dan TPHA didapatkan hasil yang nonreaktif. Pemeriksaan anti HSV-1 IgM didapatkan 0,39 COI, anti HSV-2 IgG 10,2 COI, dan anti HSV-2 IgM 0,52 COI. Pasien didiagnosis banding dengan *giant* kondiloma akuminata, kondiloma akuminata dan karsinoma sel skuamous. Diagnosis kerja sementara pada pasien ini adalah *giant* kondiloma akuminata.

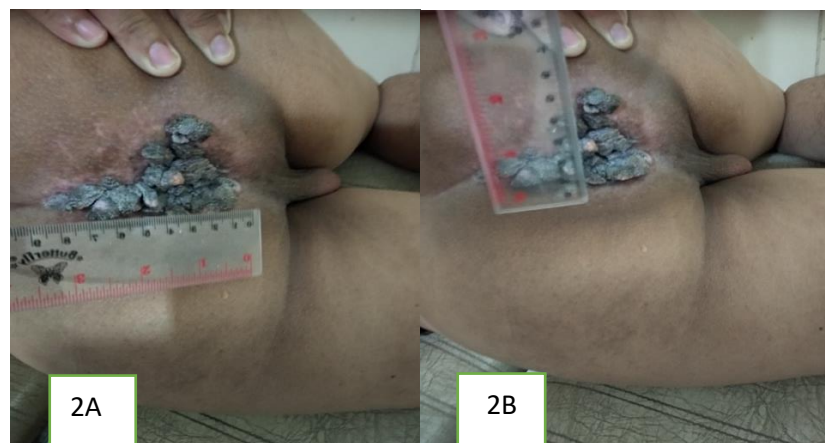
Pasien pada awal kunjungan diberikan terapi TCA (50%), yang selanjutnya rutin diberikan sebanyak 1 kali setiap minggu. TCA (50%) ditotolkan pada lesi dengan menggunakan *cotton bud*, sebelumnya area sekitar lesi terlebih dahulu dioleskan vaselin untuk mencegah iritasi pada jaringan yang sehat. Berikut adalah foto pasien pada saat datang pertama sekali.



Gambar 1A dan 1B : Foto pengolesan TCA pertama sekali

Tampak nodul verukosa, berbentuk seperti kembang kol, ukuran 8x5x1 cm³, multipel, berkelompok, warna hiperpigmentasi, batas tegas, konsistensi padat, tidak dapat digerakkan, dan nyeri jika ditekan pada regio perianal.

Pasien selanjutnya rutin kontrol ke poliklinik Kulit dan Kelamin RSUP HAM untuk mendapatkan terapi TCA (50%) setiap minggu. Berikut ini adalah foto hasil *follow up* pasien pada saat kontrol ketujuh kali.

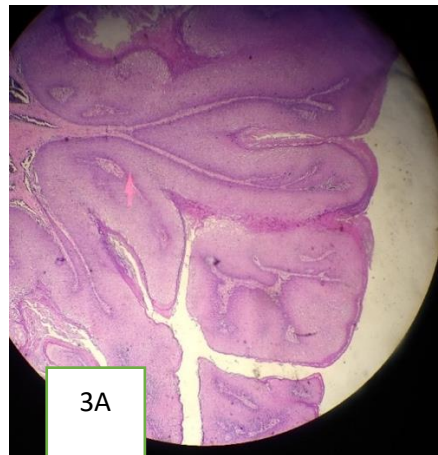


Gambar 2A dan 2B : foto kontrol terakhir pasien sebelum bedah eksisi

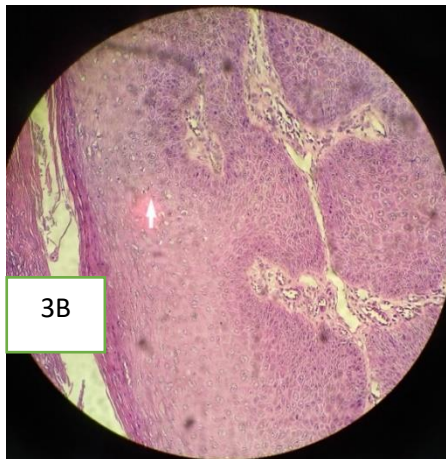
Tampak nodul verukosa, berbentuk seperti kembang kol, ukuran 8x5x1 cm³, multipel, berkelompok, warna hiperpigmentasi, batas tegas, konsistensi padat, tidak dapat digerakkan, dan nyeri jika ditekan pada regio perianal.

Setelah pemberian TCA (50%) sebanyak 7 kali namun tidak didapatkan perbaikan pada lesi, pasien selanjutnya dikonsulkan ke bagian bedah digestif untuk dilakukan tindakan bedah eksisi. Berikut merupakan hasil *follow up* pasien sebelum dilakukan tindakan bedah eksisi.

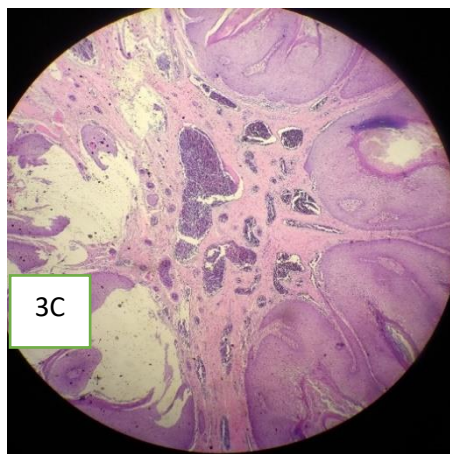
Pada pemeriksaan histopatologi didapatkan epitel tatah berlapis yang mengalami hiperkeratosis, parakeratosis, akantosis dan papilomatosis, dan pada daerah epitel tampak sel-sel dengan koilositas. Pada daerah subepitelial tampak sel-sel radang limfosit dan proliferasi pembuluh darah yang mengalami dilatasi dan kongesti dan juga tampak struktur folikel rambut. Berikut ini merupakan gambar hasil pemeriksaan histopatologi pasien.



Gambar 3A : Tampak hiperkeratosis, parakeratosis, akantosis, dan tampak struktur folikel rambut.



Gambar 3B : Pada daerah epitel tampak sel-sel dengan koilositosis.



Gambar 3C : Tampak hiperkeratosis, parakeratosis, akantosis, dan papilomatosis. Pada daerah subepitel tampak sel-sel radang limfosit dengan proliferasi pembuluh darah yang mengalami dilatasi dan kongesti.

Pasien selanjutnya dilakukan tindakan bedah eksisi, dan berikut ini merupakan hasil *follow up* pasien setelah dilakukan pembedahan.



Gambar 4 : foto setelah lesi *giant* kondiloma akuminata dieksisi

Nodus verukosa yang menyerupai kembang kol telah hilang, tampak area kulit perianal yang mengalami ulserasi dengan ukuran 4x2x0,1 cm³, dasar eritematous, batas tegas, *slough* tidak dijumpai.

Prognosis pada pasien ini adalah *quo ad vitam dubia ad malam, quo ad functionam dubia ad bonam, dan quo ad sanationam dubiad ad malam.*

Diskusi

Seorang pria, umur 33 tahun, suku Jawa, datang ke poliklinik Kulit dan Kelamin dengan keluhan muncul benjolan yang menyerupai kembang kol di sekitar lubang dubur yang terasa gatal sejak 1 tahun yang lalu. Berdasarkan kepustakaan, *giant* kondiloma akuminata merupakan massa eksofitik yang berukuran besar, dapat disertai dengan keluhan gatal, nyeri, perdarahan dan fistel pada lesi.(7) Awalnya, 1 tahun yang lalu muncul bintil-bintil kecil seperti kutil di sekitar lubang dubur dan terasa gatal. Kutil awalnya kecil, disertai rasa gatal dan tidak mudah berdarah. Sarkar menyebutkan bahwa *giant* kondiloma akuminata yang disebabkan oleh HPV 6 dan HPV 11, memiliki karakteristik pertumbuhan yang agresif ke atas dan ke bawah, dan tampak sebagai benjolan tunggal yang besar menyerupai tumor dan berbau tidak sedap.(8)

Pasien belum menikah, memiliki riwayat pasangan seksual lebih dari 1 dalam 3 bulan terakhir, pasien memiliki orientasi seks dengan sesama jenis, dan riwayat kontak

seksual terakhir yaitu 1 bulan sebelum muncul keluhan. Berdasarkan kepustakaan disebutkan bahwa HPV subtype 6 dan 11 paling sering terjadi pada laki-laki seks dengan laki-laki (LSL) dan pada penderita imunokompromais, peningkatan insiden penyakit ini juga dipengaruhi oleh peningkatan jumlah pasangan seksual.(9) Masa inkubasi kondiloma akuminata berkisar antara 2 minggu sampai dengan 9 bulan, dan kelainan fisik dimulai kira-kira 2-3 bulan sesudah kontak seksual.(5)

Tidak terdapat riwayat penggunaan obat-obatan terlarang pada pasien. Pasien juga terdiagnosis menderita HIV pada tanggal 8 Agustus 2018. Atkinson menyebutkan bahwa risiko infeksi HPV 6 dan HPV 11 sangat dipengaruhi oleh sistem imunitas seluler, sehingga risiko *giant* kondiloma akuminata sering meningkat pada pasien HIV.(10)

Pemeriksaan status venereologis didapatkan nodul-nodul vegetasi, berukuran 8x5x1 cm³, multipel, berbentuk seperti kembang kol, permukaan verukosa, batas tegas, berkelompok, konsistensi padat, warna hiperpigmentasi, tidak dapat digerakkan dan nyeri jika ditekan pada area perianal. Lesi tersebut tidak mudah berdarah. Berdasarkan kepustakaan disebutkan bahwa *giant* kondiloma akuminata pada area ano-perianal memiliki karakteristik massa eksofitik, berbentuk seperti kembang kol, mengalami pedunkulasi, berbau tidak enak, dengan ukuran 1,5 cm sampai dengan 30 cm, dan jika mengalami ulserasi dapat disertai dengan gejala-gejala lokal seperti perdarahan, *discharge* mukosa, dan disertai rasa gatal. Penyakit ini juga dapat disertai dengan gejala infeksi seperti kehilangan berat badan dan anoreksia.(11)

Pemeriksaan laboratorium didapatkan kadar CD4% didapatkan (17%) dan CD4 absolut didapatkan 165 cell/ul. Pemeriksaan VDRL dan TPHA didapatkan hasil yang nonreaktif. Pemeriksaan anti HSV-1 IgM didapatkan 0,39 COI, anti HSV-2 IgG 10,2 COI, dan anti HSV-2 IgM 0,52 COI. Gottesman dalam Bailey menyatakan bahwa prevalensi infeksi HPV anal pada LSL dengan HIV negatif yaitu 60%, sedangkan pada kelompok HIV positif prevalensi HPV anal sangat tinggi yaitu sebesar 93%. Infeksi HPV juga sangat berkaitan dengan kadar CD4 penderita, dimana jika terjadi penurunan kadar CD4 juga disertai dengan peningkatan derajat keparahan infeksi HPV. Terdapat suatu sinergi epidemiologis antara infeksi HIV dengan lesi ulseratif ataupun nonulseratif dari penyakit menular seksual. Ulkus genital seperti sifilis, herpes simpleks virus (HSV), atau

Haemophilus ducreyi dapat memfasilitasi *shedding* virus HIV pada traktus anogenital dan perdarahan pada ulkus saat melakukan hubungan seksual dapat meningkatkan risiko terinfeksi HIV. Suatu penelitian terkini yang menentukan insiden penyakit menular seksual pada LSL yang menderita proktitis didapatkan bahwa (86%) pasien memiliki riwayat penyakit menular seksual yang teridentifikasi, diantaranya mencakup gonorea (43%), HSV (29%), limfogranuloma venereum (19%) , chlamydia (10%), dan sifilis (10%). Sementara itu pada 11% pasien proktitis etiologinya tidak diketahui.(1)

Pasien didiagnosis banding dengan *giant* kondiloma akuminata, kondiloma akuminata dan karsinoma sel skuamous. Berdasarkan kepustakaan disebutkan bahwa perbedaan antara *giant* kondiloma akuminata dengan kondiloma akuminata antara lain pada *giant* kondiloma akuminata ditemukan ukuran 1,5 sampai dengan 30 cm, lesi lebih dalam, dan menyebabkan kompresi jaringan sekitar. Meskipun demikian pada pemeriksaan histopatologi tidak ditemukan tanda-tanda keganasan. Sementara itu, dari pemeriksaan histopatologi kondiloma akuminata dan *giant* kondiloma akuminata sangat sulit dibedakan. Karsinoma sel skuamous pada daerah anus biasanya berkembang lambat, dengan beberapa gejala mencakup nyeri, perdarahan, *discharge*, kehilangan berat badan, dan ditemukan massa. Hasil pemeriksaan histopatologi karsinoma sel skuamous pada daerah anus dapat bervariasi mencakup tumor yang berdiferensiasi baik, berkeratin dan ada juga yang berdiferensiasi buruk. (2,12)

Pemeriksaan histopatologi menunjukkan hiperkeratosis, parakeratosis, akantosis dan papilomatosis, dan pada daerah epitel tampak sel-sel dengan koilositis. Pada daerah subepitelial tampak sel-sel radang limfosit dan proliferasi pembuluh darah yang mengalami dilatasi dan kongesti. Pada laporan kasus oleh Pathak di India menyebutkan bahwa secara mikroskopis *giant* kondiloma akuminata menunjukkan epitel skuamous berlapis yang mengalami hiperkeratosis, parakeratosis, akantosis dan papilomatosis dengan sedikit sel-sel atypia. Pada epitel juga ditemukan koilositis. Pada jaringan fibrokollagen didapatkan infiltrat inflamasi kronik.(13)

Pasien pada awal kunjungan diberikan terapi TCA (50%) yang diulang setiap minggu. Setelah mendapatkan 7 kali pemberian TCA (50%) tidak didapatkan perbaikan pada lesi, pasien selanjutnya dikonsulkan ke bagian bedah digestif untuk dilakukan

tindakan bedah eksisi. Berdasarkan kepustakaan disebutkan bahwa bedah eksisi merupakan terapi lini pertama untuk *giant* kondiloma akuminata, dengan tingkat kesuksesan mencapai (63-91%) diikuti tingkat relaps yang rendah. Chu et al menyimpulkan bahwa terapi yang efektif yaitu dengan eksisi yang luas dari tumor yang meliputi batas sampai dengan 1 cm dari lesi, dan selanjutnya perlu dilakukan *skin graft* atau *flap*. Tindakan bedah eksisi yang luas ini dapat disertai dengan atau tanpa kemoterapi ajuvan. Trombetta et al merekomendasikan teknik eksisi sederhana, operasi radikal, eksisi lokal yang luas, operasi radikal dan eksisi abdominoperineal. Eksisi abdominoperineal biasanya dilakukan jika terdapat keterlibatan spingter anal.^{1,2} Uribe et al mengemukakan bahwa bedah eksisi radikal dapat mencegah rekurensi pada sejumlah 8 pasien dari total 9 pasien. Metode yang sama juga dikemukakan oleh Guttadauro et al dimana dari sejumlah 3 orang yang menjalani bedah eksisi radikal, hasil yang diperoleh cukup baik, serta tidak dijumpai rekurensi dalam kurun waktu 1 tahun. Selanjutnya tidak terdapat laporan tentang terjadinya stenosis anal atau ektropion mukosa meskipun terdapat reseksi anodermal yang cukup luas. Dengan demikian, terapi pembedahan pada *giant* kondiloma akuminata cukup aman dan memberikan kesempatan pada pasien terhadap pengontrolan penyakit yang lebih baik dan mengurangi risiko keganasan.(14)

Pada kontrol lanjutan setelah pembedahan didapatkan tanda-tanda infeksi sekunder sehingga diberikan terapi ciprofloxacin 2x500 mg dan kompres NaCl (0,9%) selama 15 menit per 4 jam. Kepustakaan menyebutkan bahwa pada beberapa luka post operasi ada yang dibiarkan terbuka diantaranya pada daerah dengan risiko tinggi terinfeksi atau banyak jaringan yang hilang saat dilakukan eksisi. Umumnya hal ini dilakukan jika melibatkan daerah bokong. Dua komplikasi luka post operasi yang paling sering dijumpai yaitu infeksi sekunder dan dehisensi luka. Tanda-tanda infeksi sekunder antara lain demam, hematoma, pemisahan tepi luka dan terdapatnya *discharge* purulen pada luka. Infeksi sekunder dapat diberikan tatalaksana berupa antibiotik empirik dan antiseptik.(15,16)

Kesimpulan

Giant kondiloma akuminata (*Buschke-Löwenstein*) merupakan penyakit yang sering mengenai kelompok immunosupresif. *Giant* kondiloma akuminata dapat merupakan

prekursor karsinoma sel skuamosa sehingga harus didiagnosis secara tepat dan segera diterapi. Terapi eksisi merupakan terapi lini pertama untuk ginat kondiloma akuminata.

Referensi

1. Gottesman L, Gandhi N. Anogenital Condyloma and Other Sexually Transmitted Disease. In: Philips R, Clark S. *Colorectal Surgery*. [internet]. 5th Edition. London: Elsevier; 2015. [cited 2018 September 29]. p:201.
https://www.clinicalkey.com/service/content/pdf/watermarked/3s2.0B9781437717242000118.pdf?locale=en_US
2. Safi F, Bekdache O, Al-salam S, Alashari M, Mazen T, El-Salhat H. Management of peri-anal giant perianal condyloma acuminatum-A case report and literatures review. *Asian J Surg*. [internet]. 2013.[cited 2018 September 29]. 36(1): 43-52. Available from: <https://www.clinicalkey.com/#!/content/journal/1-s2.0S1015958412001005?scrollTo=%23hl0000854>
3. Granada-Prieto C, Lobo AZ, Mihm MC. Skin Infection. In: Kradin RL. *Diagnostic Pathology of Infectious Disease*. 2nd Edition. Boston: Elsevier; 2018. [cited 2018 September 29]. 574-5.
Available from: https://www.clinicalkey.com/service/content/pdf/watermarked/3-s2.0-B9780323445856000205.pdf?locale=en_US
4. Pettaway CA, Crook JM, Lance C, Pagliaro. Tumors of the Penis. In: Spiess PE. *Penile Cancer*. [internet]. Second edition. Florida: Human Press. 2017. Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/bfm%3A978-1-4939-6679-0%2F1.pdf>
5. Indriatmi W, Zubier F. Kondiloma Akuminata. In: Daili SF, Nilasari H, Makes WI, Zubier F, Rowawi R, Pudjiati SR. *Infeksi Menular Seksual*. Edisi kelima. Jakarta: Balai Penerbit FKUI. 2017. pp: 176-87.
6. Alcantara GS, Brilhante MAV, Melo DN, Oliveira DN. Buschke-Lowenstein Tumor. *Int Arch Med*. [internet]. 2017. [cited 2018 October 2]. 10(72):1-3. Available from: <https://zdoc.site/buschke-lowenstein-tumor-international-medical-society.html>. doi: 10.3823/2342.
7. Baewer D, Adair C. Pathology of the Anus. In: Donahue I, Christine A, Elizabeth: *Gastrointestinal and Liver Pathology*. 2nd Edition. [internet]. New York: Elsevier; [cited 2018 October 2]. 2012; p: 475 Available from: https://www.clinicalkey.com/service/content/pdf/watermarked/3-s2.0-B9781437709254000249.pdf?locale=en_US
8. Sarkar R, Nair V, Sinha S, Garg VK, Rodriguez DA. Infectious Disease. In: Susan T, Gathers, Cochran R, Callender, Valerie D, Rodriguez, David A et al. *Treatment for Skin of Color*. [cited 2018 October 2]. London: Elsevier. 2011; p: 133. Available from: [:file:///F:/IMS/LAPKAS%20GIANT%20KONDILOMA/dp%208%203-s2.0-B9781437708592000139.pdf](file:///F:/IMS/LAPKAS%20GIANT%20KONDILOMA/dp%208%203-s2.0-B9781437708592000139.pdf)

9. Abdelnaby A, Downs M. Disease of the Anorectum. In: Feldman M, Friedman L, Brandt L. *Gastrointestinal and Liver Disease*. Tenth Edition. [internet]. Texas : Elsevier; 2016. p:485. Available from: <https://www.clinicalkey.com/#!/content/book/3-s2.0-B9781455746927001290?scrollTo=%23hl0000839>
10. Atkinson A.L, Pursell N, Sisay A. The Giant Condyloma (Buschke-Loweinstein Tumor) in the Immunocompromised Patient. *Case Rep Obstet Gynecol*. [internet]; 2014. [cited 2018 October 2]. pp:1-5. Available from: <file:///F:/IMS/LAPKAS%20GIANT%20KONDILOMA/dp%2010%20atkinson2014.pdf>
11. Leone V, Misuri D, Giovane A, Console N, Chiara D, Faggi U. Perianal Giant Condyloma Accuminata (Buschke-Loweinstein Tumor): Report of 3 Cases. *Chirurgia*. [internet]; 2013. [cited 2018 October 2]. 26: 137-40. Available from : <https://www.minervamedica.it/en/journals/chirurgia/article.php?cod=R20Y2013N02A0137>
12. Pathak SS, Jaison J. Buschke-Lowenstein Tumor: A Case Report. *APALM*. [internet]; 2015. [cited 2018 October 4]. 2(4): C262-C264. Available from: <https://www.pacificjournals.com/journal/index.php/apalm/article/view/apalm386>
13. Giordano P, Gravante G. Minor Anorectal Condition. In: Clark, Sue. *Colorectal Surgery*. Sixth Edition. [internet]. London: Elsevier. pp: 240-42. Available from: <https://www.clinicalkey.com/#!/content/book/3-s2.0-B9780702072437000180>
14. Guttadauro et al. Circumferential anal Giant Condyloma Accuminata: A new Surgical Approach. *Dis Colon Rectum*. [internet]. 2015 April. [cited 2018 October 18]. 58(4):e49-e52. Available from: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=25751807> DOI: 10.1097/DCR.0000000000000339
15. Norman G, Dumville JC, Mohapatra DP, Owen GL, Crosbie EJ. Antibiotics and Antiseptics for surgical wounds healing by secondary intention. *Cochrane Database Syst Rev*. [internet]. March 29 2016. [cited 2018 October 27]. 3 (CD011712). Available from: https://www.cochrane.org/CD011712/WOUNDS_antibiotics-and-antiseptics-surgical-wounds-healing-secondary-intention. DOI: 10.1002/14651858.CD011712.pub2.
16. Yao K, Yew WP. Post-operative wound management. *AJGP*. [Internet]. 2013 December. [cited 2018 October 27]. 42(12): 867-9. Available from: <https://www.racgp.org.au/afp/2013/december/post-operative-wound-management/>