Jurnal Kedokteran MEDITEK
Volume 32, Number 6, Tahun 2026 page.235-243
p-ISSN: 2686-1437 e-ISSN: 2686-0201
https://doi.org/10.36452/jkdoktmeditek.v32i6.4219

Evaluasi Eksisi *Condyloma Acuminata* pada Kehamilan dengan Seksio Sesarea dan Bayi Lahir Normal: Laporan Kasus

Lita Setyowatie[1], Nugrahanti Prasetyorini[1], Purna Dwi Saputra[1*]
[1]Rumah Sakit dr. Saiful Anwar, Malang, Jawa Timur, Indonesia

ARTICLE INFO

Article history:
Received: February 16, 2026
Revised: May 31, 2026
Accepted: October 22, 2026
Available online: November 15, 2026

Keywords: *Caesarian section, excision surgery, gestational condyloma acuminata, healthy newborn.*

This is an open-access article under the CC BY-SA 4.0 license.

Copyright © 2026 by Lita Setyowatie, Nugrahanti Prasetyorini, Purna Dwi Saputra. Published by Fakultas Kedokteran, Universitas Kristen Krida Wacana

ABSTRACT

Introduction: *During pregnancy, Condyloma acuminata (CA) can grow rapidly due to physiological changes in the external genitalia, such as moist conditions caused by increased vaginal fluid secretion, immunocompromised status, hormonal changes, and increased blood flow to the cervix.* ***Case Illustration****: An 18-year-old woman, 22-24 weeks of gestation, came to the Dermatology and Venereology Clinic at Saiful Anwar Regional General Hospital (RSSA) in Malang complaining of a lump on her genitals that had appeared two months earlier. Initially, the lump was the size of a corn kernel, but it then grew larger and caused pain with a visual analog score (VAS) of 4/10. Termination of pregnancy by cesarean section (CS) with electrocautery excision of the CA was performed at 38-39 weeks of gestation.* ***Discussion:*** *Management of CA during pregnancy aims to reduce the symptoms and minimize the toxicity of treatment on the mother and fetus. Several meta-analyses recommend by CS at 38-39 weeks of gestation due to an increased risk of Human papilloma virus (HPV) transmission through the mother's blood into the baby's respiratory tract during normal delivery.* ***Conclusion:*** *Management with CS minimizes the occurrence of perinatal vertical transmission during birth. Evaluation of the infant is necessary, especially if there are signs and symptoms suggestive of juvenile recurrent respiratory papillomatosis (JRRP) up to 6 years.*

1. PENDAHULUAN

Condyloma Acuminata merupakan jenis kutil pada area genital disebabkan oleh infeksi HPV terutama tipe 6 dan 11 dari lebih dari 120 tipe HPV.[1–5] Insiden CA sekitar 1% pada dewasa yang aktif secara seksual. Sekitar 15% dari kelompok yang terinfeksi mengalami infeksi subklinis atau laten, dan setidaknya 80% sudah terinfeksi dengan satu atau lebih strain HPV. Tingkat insiden tertinggi terjadi pada kelompok dewasa berusia 18-28 tahun.[6] Transmisi HPV terjadi melalui kontak dengan lesi epitel yang tampak maupun dalam bentuk subklinis, dan / atau cairan genital yang mengandung HPV. Bila seseorang melakukan hubungan seksual dengan pasangan yang telah terinfeksi HPV, maka kemungkinan akan tertular virus dan timbul CA sebesar 75%.[7] Faktor resiko meliputi multipartner seksual, riwayat infeksi gonorrhea dan chlamydia dan infeksi *Human immunodefiency virus* (HIV).[8]

Pada kehamilan, CA dapat tumbuh dengan cepat karena perubahan fisiologis pada genitalia eksterna seperti sekresi cairan vagina yang meningkat, kondisi lembab, status *immunocompromised*, perubahan tingkat hormon dan peningkatan aliran darah ke leher rahim yang memungkinkan replikasi HPV yang cepat.[1–4,9] Kehamilan memicu munculnya CA tiga kali lebih sering dibandingkan diluar kehamilan terutama pada area vagina dan vulva.[10,11]

Berdasarkan penelitian metaanalisis infeksi HPV pada wanita hamil dapat ditemukan di beberapa lokasi pengambilan sampel, termasuk leher rahim, plasenta, urin, atau cairan amnion.[12] Studi menunjukkan bahwa penularan vertikal HPV terjadi saat bayi melewati jalan lahir yang

*Corresponding author: Purna Dwi Saputra
E-mail address: purnasaputra@gmail.com

terinfeksi, terutama dalam kasus dengan ketuban pecah dini.[13] Riwayat CA pada ibu selama kehamilan merupakan faktor risiko berkembangnya *Juvenile recurrent respiratory papillomatosis* yang merupakan neoplasma jinak pada laring dan trakea pada anak-anak, disebabkan oleh tipe HPV 6 dan 11. Prevalensi di Amerika Serikat diperkirakan sebesar 1,7 hingga 4,3 per 100.000 anak. Dikarenakan JRPP ini sering berulang dan berdasarkan penelitian di Amerika serikat pada 603 anak dengan rerata usia 4 tahun, tatalaksana JRRP memerlukan tindakan bedah dengan rata-rata 5 kali operasi per tahun dan total 13 kali operasi yang harus dijalani selama hidupnya.[1,14,15]

Pada wanita hamil tatalaksana CA harus mempertimbangkan keselamatan ibu dan janin.[6] Selama persalinan, CA dapat menyebabkan perdarahan, mempersulit tatalaksana robekan jalan lahir akibat trauma obstetri, dan meningkatkan risiko infeksi HPV pada bayi.[13] Pencegahan penularan dari ibu ke anak pada wanita hamil dengan CA juga merupakan poin penting.[14] Laporan kasus ini bertujuan untuk menggambarkan manifestasi klinis, tatalaksana CA pada kehamilan, pencegahan transmisi dari ibu ke janin dan evaluasi pada bayi terkait risiko kehamilan dengan CA.

2. ILUSTRASI KASUS

Wanita hamil usia 18 tahun dengan usia kehamilan (UK) 22-24 minggu, rujukan dari Poliklinik Kulit dan Kelamin Rumah Sakit (RS) Swasta ke Poliklinik Kulit dan Kelamin Divisi Infeksi Menular Seksual (IMS) RSSA Malang dengan keluhan utama benjolan di area kelamin pro tatalaksana dan evaluasi lebih lanjut.

Keluhan benjolan muncul dan baru disadari pasien sejak 2 bulan yang lalu, awalnya berukuran sebesar biji jagung, kemudian membesar dalam waktu 1 bulan, disertai rasa nyeri dengan VAS 2/10 terutama saat bergesekan dengan pakaian. Keluhan benjolan mudah berdarah dan gatal disangkal. Sekitar 1 minggu sebelum dikonsultasikan pasien mengeluh nyeri pada benjolan yang semakin bertambah dengan VAS 4/10 dan merasa tidak nyaman saat berjalan dikarenakan ukuran benjolan yang semakin membesar. Pasien pergi ke RS swasta dan didiagnosis CA oleh dokter spesialis kulit dan kelamin dan kehamilan G1P0Ab0 UK 22-24 minggu T/H oleh dokter kandungan. Pasien dirujuk ke RSSA untuk terapi lebih lanjut. Keluhan benjolan di tempat lain, benjolan mudah berdarah, luka pada area kelamin dan keputihan disangkal. Riwayat ruam merah di telapak tangan dan kaki serta seluruh tubuh, penurunan berat badan, gangguan buang air kecil (BAK) dan buang air besar (BAB) juga disangkal.

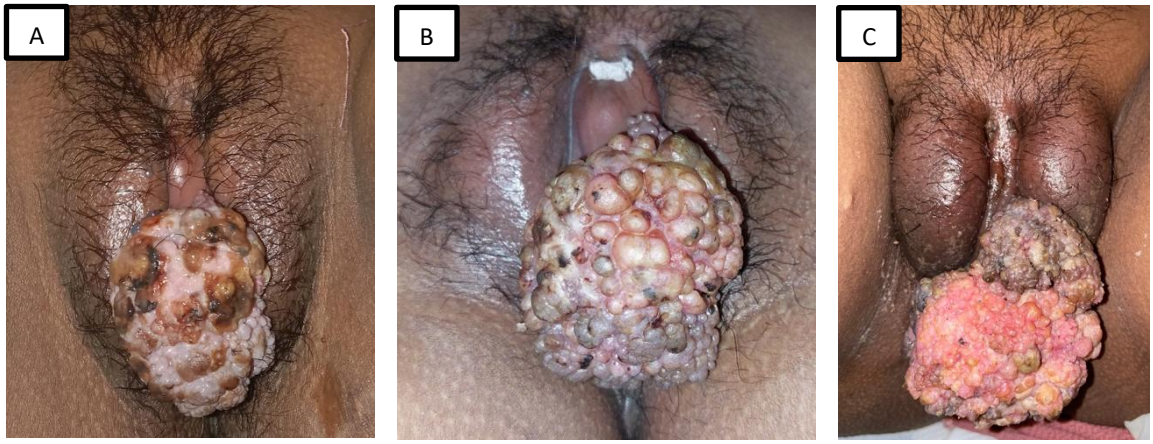
Pasien belum pernah mengalami keluhan serupa sebelumnya. Pasien merupakan seorang heteroseksual yang menikah sejak 3 tahun yang lalu, hubungan seksual pertama kali setelah menikah dengan suaminya, secara genito-genital, tanpa menggunakan kondom. Hubungan seksual orogenital dan anogenital disangkal. Terakhir berhubungan seksual dengan suaminya sekitar 1 bulan yang lalu secara genitogenital, dan tidak menggunakan kondom. Riwayat multipartner seksual disangkal. Riwayat vaksinasi HPV disangkal.

Pasien belum pernah mengobati terkait keluhannya. Status generalis tampak sakit sedang, kesadaran komposmentis dengan *Glascow Coma Scale* (GCS) 456. Tanda vital didapatkan tekanan darah 124/75 mmHg, denyut nadi 84x/menit, frekuensi pernafasan 18x/menit, suhu 36,3°C, dan saturasi O2 98% pada udara ruangan. Pemeriksaan kepala, leher dan thorax dalam batas normal, tidak didapatkan pembesaran kelenjar getah bening pada leher, submandibula, axilla maupun inguinal. Pemeriksaan ekstremitas superior dan inferior tidak didapatkan edema.

Status venereologis pada regio introitus vagina (Gambar 1) didapatkan massa merah muda - kecoklatan dengan permukaan verukosa, padat, berbentuk *irregular-cauliflower*, ukuran ± 3,5 cm x 4 cm. Pasien dilakukan pemeriksaan penunjang berupa tes manipulasi dengan asam

asetat 5% menujukkan lesi acetowhite positif. Pemeriksaan laboratorium *Treponema Pallidum Hemagglutination Assay* (TPHA), *Venereal Disease Research Laboratory Test* (VDRL) dan Anti HIV didapatkan hasil non reaktif. Pasien didiagnosis dengan *Giant Condyloma Acuminata* dengan diagnosis banding *Squamos Cell Carcinoma* dan *Verrucosa Carcinoma* serta G1P0Ab0 UK 22-24 minggu T/H. Pasien dilakukan pemeriksaan histopatologi *shaving biopsy* dan dikonsultasikan ke departemen obstetri dan ginekologi pro tatalaksana lebih lanjut dengan hasil belum ada penanganan saat ini, disarankan kontrol rutin untuk pemeriksaan *Antenatal Care* (ANC). Komunikasi, informasi dan edukasi yang diberikan adalah penjelasan mengenai penyakitnya, perjalanan serta faktor-faktor yang mendasari, serta menjelaskan kemungkinan risiko tertular IMS lainnya dengan penuh hati hati dan menimbang aspek psikososial.

Gambar 1.
Status venereologis pada regio introitus vagina



Tampak massa merah muda - kecoklatan dengan permukaan verukosa, padat, berbentuk irregular-cauliflower. Pada UK 22-24 minggu (A), UK 24-26 minggu (B) dan UK 30-31 minggu

Evaluasi 2 minggu, pada UK 24-26 minggu, keluhan benjolan di area kelamin menetap dengan nyeri yang menetap. Keluhan benjolan baru disangkal. Status venereologis pada regio introitus vagina (Gambar 1), didapatkan benjolan dengan ukuran ± 4,5 cm x 4 cm. Hasil pemeriksaan histopatologi menunjukkan potongan jaringan dilapisi epitel squamous yang mengalami hyperkeratosis dan parakeratosis. Epitel squamous tampak hiperplasia, samar berbentuk papillary dengan fibrovascular core. Tampak pula adanya sel sel koilosit dengan inti raisinoid dan sitoplasma eosinofilik dengan perinuclear halo. Kesimpulan pemeriksaan histopatologi adalah sesuai dengan gambaran *condyloma acuminata*. Berdasarkan pemeriksaan fisik dan hasil histopatologi pasien didiagnosis dengan *Condyloma Acuminata* dan G1P0Ab0 gr 24-26 minggu T/H.

Evaluasi 1 bulan kemudian, pada UK 30-31 minggu, keluhan benjolan di area kelamin semakin membesar dengan nyeri yang bertambah VAS 5/10 terutama saat berjalan. Keluhan gatal, benjolan baru dan benjolan mudah berdarah disangkal. Status venereologis regio introitus vagina (Gambar 1), didapatkan benjolan dengan ukuran ± 5 cm x 7 cm. Pasien dikonsultasikan ke departemen obstetri dan ginekologi kembali pro tatalaksana lebih lanjut dengan hasil akan dilakukan terminasi secara SC dengan pemasangan *Intrauterine Device* (IUD) dan elektrokauter CA pada UK 38 – 39 minggu. Dalam kasus ini pasien ini juga telah diedukasi dengan lengkap, SC bertujuan untuk tatalaksana CA dan untuk menurunkan risiko terjadinya transmisi virus HPV ke bayi. Hal tersebut sudah diedukasi dengan jelas ke pasien, orang tua pasien, suami dan keluarga. Pasien telah mengerti dan menyetujui jadwal operasi.

Operasi SC dan elektrokauter dilakukan pada UK 38-39 minggu dengan didapatkan dua buah benjolan berukuran masing-masing ± 3,5 x 7 cm dan ± 3 x 2 cm (Gambar 2). Pemeriksaan histopatologi didapatkan hasil menunjukkan potongan jaringan dilapisi epitel squamous yang mengalami hiperplastik sebagian bentuk papilomatotous dengan parakeratosis dan akantosis. Didapatkan sel sel koilosit dengan membran inti irregular, perinuclear vacuolisasi diantara sepertiga atas epitel squamous. Stroma bersebukan sel-sel radang limfosit, histiosit, sel plasma dan neutrofil. Tidak didapatkan keganasan pada sediaan ini. Kesimpulan pemeriksaan histopatologi adalah sesuai dengan gambaran *condyloma acuminata*. Vaksinasi HPV dosis pertama mulai diberikan 1 bulan setelah operasi. Pemeriksaan *Polimerase Chain Reaction* (PCR) terhadap HPV tipe 16, 18 dan tipe risiko tinggi lainnya, didapatkan hasil negatif terhadap HPV tipe 16, 18 dan 12 jenis HPV risiko tinggi lainnya. Evaluasi 2 minggu, 1 bulan dan 2 bulan pasca operasi tidak didapatkan keluhan benjolan baru maupun keluhan perdarahan. Keluhan BAB dan BAK dalam batas normal. Pemeriksaan status venereologis dalam batas normal (Gambar 3).

Gambar 2.
Lesi CA



Dua buah benjolan berukuran masing-masing ± 3,5 x 7 cm dan ± 3 x 2 cm

Gambar 3
Evaluasi pasca operasi

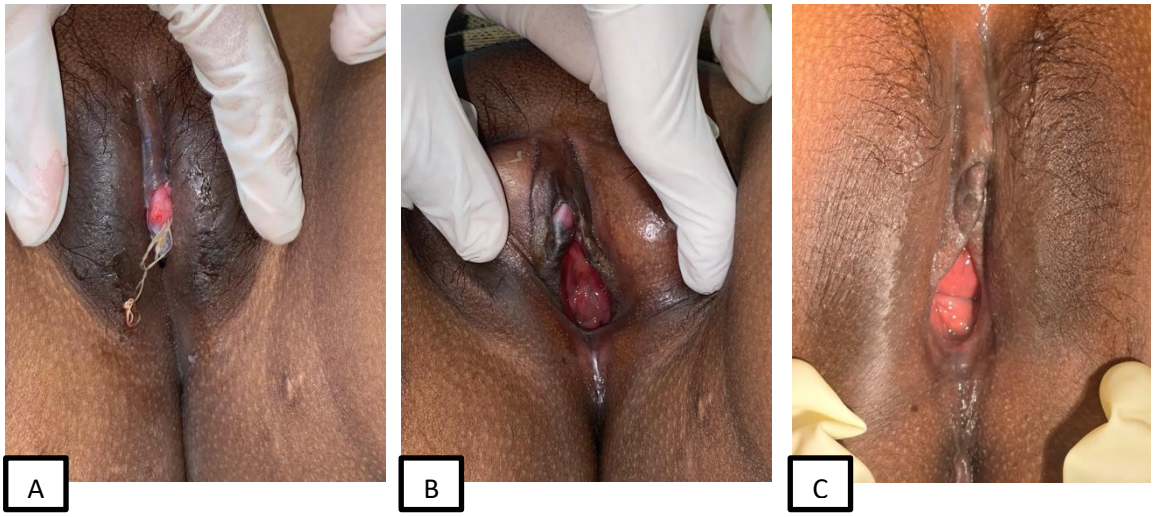


Foto evaluasi 2 minggu (A), 1 bulan (B) dan 2 bulan (C) pasca operasi

Pemeriksaan pada pasangan seksual (suami) pasien tidak didapatkan keluhan benjolan di area kemaluan, keluhan lain seperti luka pada kelamin, keluar nanah dari kemaluan, nyeri saat BAK, bercak pada badan dan telapak tangan serta telapak kaki disangkal. Riwayat penyakit sebelumnya disangkal. Pasien berkerja sebagai kuli bangunan, seorang heterokseksual dan hubungan seksual pertama kali saat menikah secara genitogenital serta tidak menggunakan kondom. Riwayat hubungan seksual secara anogenital dan orogenital disangkal. Riwayat multipartner seksual disangkal, hubungan seksual terakhir 1 bulan yang lalu. Pada pemeriksaan fisik tidak didapatkan kelainan kulit maupun kutil pada area kelamin dan anus. Pada pemeriksaan laboratorium HIV, VDRL dan TPHA didapatkan hasil non reaktif. Saat ini diagnosis dalam batas normal, pasien disarankan kontrol 3 bulan lagi untuk evaluasi.

Anak pasien lahir secara SC dengan berat lahir 2500 gram, saat lahir bayi langsung menangis kuat dengan apgar score 8-9 (baik). Status generalis bayi tampak sakit ringan, dengan nilai GCS 456, nadi 153 kali permenit teraba kuat angkat, frekuensi napas 26 kali permenit, suhu badan 36,5 ^{o}C, saturasi oksigen 99% dengan oksigen ruangan. Pemeriksaan fisik pasien tampak *normochepalic*, tidak didapatkan sesak, suara parau dan menangis lemah. Pemeriksaan status dermatologi pada seluruh tubuh dalam batas normal tidak didapatkan adanya kelainan kulit. Pada pemeriksaan status venereologi dalam batas normal. Pasien didiagnosis sebagai bayi aterm/sesuai masa kehamilan dan diberikan tatalaksana oleh Departemen Ilmu Kesehatan Anak (IKA) yakni melanjutkan ASI dan KIE imunisasi sesuai jadwal. Orang tua pasien diedukasi lebih lanjut mengenai kemungkinan risiko tertularnya virus HPV melalui kontak darah ibu ke saluran nafas janin. Penanganan lebih lanjut apabila ditemukan adanya gangguan pernapasan seperti sesak, menangis lemah, suara parau atau gangguan pertumbuhan.

3. PEMBAHASAN

Selama kehamilan, CA berkembang cepat pada lesi anogenital dan perineal, terutama pada minggu ke-12 dan ke-14. HPV bereplikasi secara aktif akibat peningkatan kadar estrogen, penurunan imunitas seluler, peningkatan vaskularisasi dan aliran darah. *Condyloma acuminata* anogenital yang berkembang selama kehamilan biasanya terletak di mulut vagina, leher rahim, dan dinding vagina, dan lebih sulit diobati karena risiko ulserasi dan infeksi. Selain itu, lesi ini rapuh dan gatal, serta dapat dengan mudah menyebabkan perdarahan. Kadang-kadang dapat menjadi sangat besar, terutama ketika baru berkembang selama kehamilan dan bersifat multipel, asimetris, polimorfik, serta dapat menyebabkan peningkatan sekresi vagina, obstruksi jalan lahir, dan infeksi neonatal.[4,16] Dalam laporan kasus ini pasien hamil 22 – 24 minggu, mulai mengeluhkan benjolan pada UK 14-16 minggu, sesuai dengan teori kondiloma bisa berkembang cepat pada UK 12 dan 14 minggu dikarenakan peningkatan aliran darah ke leher rahim, penurunan imunitas seluler, peningkatan kadar esterogen dan peningkatan sekresi cairan vagina menyebabkan lembab menyebabkan HPV bereplikasi secara cepat. Pemeriksaan fisik benjolan terletak di introitus vagina dengan ukuran ± 3,5 x 4 cm, sesuai dengan teori selama kehamilan biasanya terletak di mulut vagina, leher rahim, dan dinding vagina dan dapat menjadi sangat besar, terutama ketika lesi CA baru berkembang selama kehamilan.

Tatalaksana CA ditujukan untuk meminimalkan toksisitas pengobatan pada ibu dan janin serta mengurangi CA yang menimbulkan gejala.[3] Faktor-faktor yang dipertimbangkan antara lain ukuran lesi, jumlah, morfologi, preferensi pasien, dan efek samping.[17] Beberapa terapi yang telah diuji dan direkomendasikan untuk digunakan selama kehamilan meliputi *Trichloroacetic Acid* (TCA), krioterapi, elektrokauter, eksisi bedah dan laser.[11,18] Pada pasien dalam laporan kasus ini, prosedur pengangkatan lesi CA dilakukan bersamaan dengan SC pada UK 38-39 minggu dengan metode elektrokauter. Eksisi adalah prosedur bedah menggunakan pisau atau gunting

memungkinkan pengangkatan langsung lesi, sedangkan elektrokauter melibatkan penggunaan energi listrik. Keuntungan dari eksisi dan elektrokauter adalah semua lesi dapat ditatalaksana dalam satu sesi dan untuk evaluasi histopatologi. Prosedur ini dapat dipertimbangkan di fasilitas di mana terapi laser tidak tersedia atau ketika evaluasi histopatologi diperlukan.[14] Penelitian Pekmezci dalam analisis retrospektif selama 5 tahun di klinik dermatologi rumah sakit di kota Anatolia menyebutkan pengobatan CA dengan elektrokauter adalah sebuah modalitas efektif untuk mengangkat semua lesi, dan tingkat kekambuhan relatif rendah dari data literatur dibandingkan dengan metode ablatif lainnya.[7]

Mekanisme penularan virus bisa berupa transmisi horizontal (seksual dan non-seksual). Penularan seksual menyebabkan mikro-abrasi mukosa kemudian virus menuju lapisan basal epitel.[10] Penularan non-seksual dapat terjadi melalui heteroinokulasi, autoinokulasi, atau *fomites*. Heteroinokulasi dapat terjadi antara anggota keluarga, melalui ciuman dan kontak non-seksual lainnya seperti mengganti popok atau sentuhan fisik. *Condyloma acuminata* dapat ditemukan pada puting payudara dan areola. Hal ini dapat menyebabkan penularan HPV secara horizontal dari ibu ke bayi selama menyusui dan dapat terjadi antara pasangan seksual tanpa hubungan seksual penetrasi. Autoinokulasi adalah penularan virus dari satu bagian tubuh ke bagian tubuh lainnya contohnya menggaruk area genital dengan jari yang terinfeksi HPV. *Fomites* juga dapat dianggap sebagai salah satu cara penularan HPV secara horizontal. HPV adalah virus yang stabil dan tahan panas, yang dapat bertahan lama di luar organisme hidup. Alat-alat ginekologi memiliki risiko kontaminasi yang tinggi, selain itu ada kemungkinan terjadinya mikrotrauma atau mikroabrasi pada area genital selama pemeriksaan dengan alat-alat tersebut yang membuat mukosa rentan terhadap masuknya HPV. Dalam studi oleh Gallay dkk., HPV ditemukan sekitar 18% sampel pada peralatan ginekologi *non-disposable* yang terkontaminasi seperti kotak sarung tangan, tabung pelumas, pegangan kolposkopi, dan pegangan lampu.[12] Pada laporan kasus ini, pasien tidak memiliki riwayat berhubungan seksual sebelum menikah dan suami pasien juga memiliki riwayat yang sama serta tidak terdapat lesi kondiloma, dari keluarga tidak ada yang mengalami keluhan serupa dengan pasien.

Infeksi HPV dapat ditularkan dari ibu ke bayi (transmisi vertikal), baik pada periode perikonsepsi, prenatal, maupun perinatal. Penularan vertikal dari ayah dapat terjadi saat pembuahan, baik sebelum implantasi maupun selama implantasi, yang umumnya dikenal sebagai penularan peri-konsepsi. Studi sebelumnya telah mendeteksi HPV dalam cairan semen. Ibu juga dapat menjadi sumber penularan peri-konsepsi. Hingga saat ini, belum ada studi yang dilakukan untuk mendeteksi *Deoxyribonucleic Acid* (DNA) HPV dalam oosit, namun, studi lain telah melaporkan adanya HPV di traktus genital bagian atas, termasuk endometrium, mukosa tuba falopi, epitel ovarium pada pasien dengan kanker serviks invasif yang telah menjalani histerektomi dan salpingo-ooforektomi. Penularan HPV intrauterin, yang juga dikenal sebagai penularan prenatal, termasuk di antara rute penularan karena DNA HPV dapat terdeteksi dalam sampel plasenta, cairan amnion, dan kantong kehamilan. Inokulasi plasenta dengan HPV dapat terjadi sebagai komplikasi dari infeksi yang menyebar ke atas dari area servik dan vagina. Penyebaran hematogen dari ibu ke janin melalui tali pusat juga diduga sebagai rute penularan HPV, namun kemungkinan penularan tersebut relatif rendah. Studi mengenai penularan HPV melalui darah masih terbatas. Selama persalinan, kontak langsung janin dengan sel-sel yang terinfeksi HPV pada saluran genital, terutama vagina dan serviks, dapat menyebabkan penularan HPV pada periode perinatal. Risiko penularan HPV pada bayi yang menjalani SC jauh lebih rendah dibandingkan dengan yang melahirkan secara vaginal. Namun, SC tidak mengurangi risiko kejadian JRRP. Persalinan SC dapat bermanfaat bagi pasien yang memiliki lesi HPV yang besar atau rapuh pada jalan lahir.[12,18,19] Pada laporan kasus ini, pasien menjalani persalinan secara SC

pada usia kehamilan 38-39 minggu untuk menghindari risiko penularan perinatal serta ukuran CA yang terlalu besar dan menutupi jalan lahir sehingga persalinan normal sulit dilakukan.

Berbagai strategi pencegahan dapat diterapkan untuk menghindari infeksi HPV dan berkembangnya CA termasuk penggunaan kondom. Namun kondom tidak memberikan perlindungan 100% dan mungkin terjadi kontak kulit di lokasi lain selama hubungan seksual. Selain itu, membatasi jumlah pasangan seksual dan seks bebas akan mengurangi risiko. Vaksin HPV adalah pilihan pencegahan lainnya yang dapat melindungi individu terhadap infeksi dan perkembangan berbagai tumor jinak dan ganas akibat HPV.[2] *The Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) tidak merekomendasikan vaksinasi HPV selama kehamilan. Sebuah uji klinis pada 172 wanita yang divaksinasi dalam 30 hari setelah tanggal konsepsi diperkirakan menunjukkan tingkat aborsi spontan yang lebih tinggi setelah paparan vaksin HPV 9-valen (20%) dibandingkan dengan paparan vaksin HPV 4-valen (9,2%).[12,20] Vaksin HPV dapat dapat diberikan kepada wanita yang sedang menyusui berusia 26 tahun atau lebih muda yang belum pernah divaksinasi sebelumnya.[21] Pada laporan kasus ini pasien diberikan vaksin 9-valen setelah melahirkan untuk menghindari efek samping dari vaksinasi ke janin.

Juvenile recurrent respiratory papillomatosis adalah penyakit langka yang terutama disebabkan oleh HPV 6 dan 11. Penyakit ini ditandai dengan pertumbuhan berulang papilloma di saluran pernapasan atas, pada anak-anak berusia 2 hingga 6 tahun. Pasien dengan JRRP dapat mengalami suara serak (gejala paling umum), tangisan lemah, sering tersedak, dan hambatan pertumbuhan. CA genital pada ibu berkaitan erat dengan JRRP. Sebagian besar anak dengan JRRP adalah mereka yang dilahirkan oleh ibu muda secara pervaginam, anak pertama, dan mereka yang dilahirkan oleh ibu yang tidak divaksinasi. Tidak semua ibu yang terinfeksi HPV 6 dan 11 berkembang menjadi JRRP. Prevalensi JRRP jauh lebih rendah dibandingkan prevalensi CA akibat HPV 6 dan 11. Beberapa anak menunjukkan gejala ringan dengan remisi spontan, namun beberapa memerlukan intervensi akibat perkembangan penyakit yang cepat. Prosedur bedah dilakukan pada kasus yang bergejala dengan tujuan untuk mengurangi ukuran papilloma dan mempertahankan jaringan laring.[12,22] Pada laporan kasus ini seorang anak pertama jenis kelamin perempuan lahir dengan berat badan lahir 2500 gr secara SC pada UK 38-39 dari seorang ibu berusia 18 tahun dengan diagnosis CA dan tidak ada riwayat vaksinasi HPV sebelumnya. Sesuai dengan teori yakni anak pertama dan dilahirkan oleh ibu yang tidak divaksinasi berpotensi untuk timbulnya JRRP. Pada saat lahir bayi menangis kuat, tidak terdapat tangisan lemah selama evaluasi, tidak sering tersedak dan tidak ada hambatan pertumbuhan. Namun pasien akan dimonitoring sampai usia 6 tahun sesuai dengan prevalensi JRRP pada teori lebih sering pada rentang usia 2-6 tahun.

4. KESIMPULAN

Manajemen pada CA dengan kehamilan diperlukan sebagai upaya pertimbangan tatalaksana tidak hanya pada ibu dengan mempertimbangkan kondisi ibu dan janin melainkan juga pemeriksaan pada pasangan seksual serta evaluasi pada janin setelah lahir. Tatalaksana dengan SC meminimalkan terjadinya transmisi vertikal perinatal saat kelahiran. Tindakan pencegahan terhadap ibu seperti vaksinasi dapat diberikan setelah bayi lahir untuk meminimalkan efek samping terhadap bayi. Evaluasi terhadap pasangan diperlukan untuk mencari sumber penularan. Evaluasi terhadap bayi dibutuhkan terutama jika terdapat tanda dan gejala yang mengarah ke JRRP sampai dengan usia 6 tahun.

5. KONTRIBUSI PENULIS

PDS berkontribusi dalam pengumpulan data klinis, penelusuran literatur, dan penyusunan manuskrip. LS berkontribusi dalam supervisi evaluasi dermatologis dan prosedur biopsi *shaving*, serta memberikan masukan ilmiah selama penyusunan manuskrip. NP berkontribusi dalam pelaksanaan tindakan seksio sesarea dan eksisi kondiloma akuminata, serta memberikan masukan klinis dan saran untuk penyempurnaan manuskrip. Seluruh penulis telah meninjau dan menyetujui versi akhir manuskrip.

6. UCAPAN TERIMA KASIH

Terimakasih kepada Departemen Dermatologi, Venereologi, Estetika dan Departemen Obstetri Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya – Rumah Sakit dr. Saiful Anwar Malang.

7. DAFTAR PUSTAKA

1. Widyantari S, Maharani DR, Koesandrini K, Setyaningrum T. Condyloma accuminata in pregnancy overlapping with bacterial vaginosis. Berk Ilmu Kesehat Kulit Kelamin 2023;35(3):226-230.
   DOI : https://doi.org/10.20473/bikk.V35.3.2023.226-230
2. Andriana R, Anggraini DI, Sibero HT, Zulfadli. Kondiloma akuminata pada kehamilan: Tinjauan kasus dan tatalaksana. Medula 2024;14(2):343-350.
   DOI : https://doi.org/10.53089/medula.v14i2.1019
3. Vijay NR, Bhalerao A. Condyloma acuminatum, an opportunistic condition during pregnancy: A Case report. J South Asian Feder Obst Gynae 2023;15(5):612-613.
   DOI : https://doi.org/10.5005/jp-journals-10006-2327
4. Choudhary N, Verma S, Gandhi S, Sharma AK et al. A rare case of giant condyloma acuminata during pregnancy. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol 2022;11(9):2562-2564.
   DOI : https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20222333
5. Verma V, Shree P, Kumar S. Genital wart during pregnancy: A Rare case. J Clin Diagn Res 2021;15(4).
   DOI : https://doi.org/10.7860/jcdr/2021/47510.14691
6. Oktaviyanti RN, Cinthya IP. Giant condyloma accuminata in pregnancy, use of trichloroacetic acid combined with electrocauterization and excision procedure: A Case report. Herb Med J 2021;*4*(3):82–86.
   DOI : https://doi.org/10.30595/hmj.v4i3.10252
7. Setyowatie L, Atif M. Terapi kombinasi pada pasangan suami istri dengan kondilomata akuminata. J Dermatol Venereol Aesthet 2021;2(2):1-12.
   DOI : https://doi.org/10.21776/ub.jdva.2021.002.02.07
8. Chang KC, Chen YC, Ding DC. Condyloma acuminatum mimicking cervical cancer in a pregnant woman and treatment with cryotherapy: A Case report. Medicine (United States) 2022;101(49).
   DOI : https://doi.org/10.1097/MD.0000000000032273
9. Brahmana IB, Inayati I. Massive condyloma acuminata on a 20-week pregnant primigravida. Open Access Maced J Med Sci 2022;10(C):222-226.
   DOI : https://doi.org/10.3889/oamjms.2022.9010

10. Chaimaa N, Sara C, Samia DA, et al. Vulvovaginal condyloma acuminata and pregnancy: About two cases. World J Pharm Med Res 2024;10(10),12-14.
DOI : https://doi.org/10.3889/oamjms.2022.9010
11. Yang LJ, Zhu DN, Dang YL, Zhao X. Treatment of condyloma acuminata in pregnant women with cryotherapy combined with proanthocyanidins: Outcome and safety. Exp Ther Med 2016;11(6):2391-2394.
DOI : https://doi.org/10.3892/etm.2016.3207
12. Ardekani A, Taherifard E, Mollalo A, Hemadi E et al. Human papillomavirus infection during pregnancy and childhood: A Comprehensive review. Microorganisms 2022;10(10):1932.
DOI : https://doi.org/10.3390/microorganisms10101932
13. Tanoğlu Fb, Çetin Ç, Gökmen-Karasu AF, Kiran G. Giant condyloma acuminata in pregnancy: A Case report. Turk J Reprod Med Surg 2024;8(1):27-30.
DOI : https://doi.org/10.24074/tjrms.2023-97541
14. Sugai S, Nishijima K, Enomoto T. Management of condyloma acuminata in pregnancy: A Review. Sex Transm Dis 2021;48(6):403-409.
DOI : https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000001322
15. Ghasemi ZS, Torabi S, Yaghoubi SF, Hosseininezhad M et al. Treatment of genital warts in pregnant women. Arch Women Health Care 2024;Vol 7(5):1-5.
DOI: 10.31038/AWHC.2024752
16. Stănescu AMA, Cioti AM, Simionescu AA, Grăjdeanu IV. Condyloma acuminata during pregnancy. Obstet Ginecol. 2020;68(4):164.
DOI : 10.26416/ObsGin.68.4.2020.4019
17. Saloni, Potdar J, Dave A, Dahiphale SM. First-trimester pregnancy loss due to condyloma acuminata: a twisted tale of gravidity. Cureus 2024;16 (1).
DOI : https://doi.org/10.7759/cureus.51847
18. Prasad C, Davile M, Gupta A, Mundle S. Large vulval lesion during pregnancy: A Diagnostic challenge. Oman Med J 2024;39(4).
DOI : https://doi.org/10.5001/omj.2024.73
19. Pilar NA, Mappamasing H, Agusni RI, Widyantari S et al. Transmission and therapeutic modalities on condyloma acuminata in children: A Case report. Pan Afr Med J 2025;50(101).
DOI : https://doi.org/10.11604/pamj.2025.50.101.45681
20. Roy PS, Mahata S, Ghosh D, Sahoo PK et al. Human papillomavirus infections in pregnant women and its impact on pregnancy outcomes: Possible mechanism of self-clearance. IntechOpen 2020(1-27).
DOI : https://doi.org/10.5772/intechopen.90197
21. American College of Obstetricians and Gynecologists. Human papillomavirus vaccination. ACOG Committee Opinion No. 809. Washington, DC: ACOG; 2020 Aug. [Internet]. (update August 2020; cited October 2025).
Available from : https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2020/08/human-papillomavirus-vaccination
22. Lepine C, Leboulanger N, Badoual C. Juvenile onset recurrent respiratory papillomatosis: What do we know in 2024?. Tumour Virus Res 2024;17.
DOI : https://doi.org/10.1016/j.tvr.2024.200281