

OKULAR SIFILIS YANG DISERTAI HERPES ZOSTER OFTALMIKUS : LAPORAN KASUS

Pieter Juanarta^{1,2*}, Susi Heryati^{1,2}, Angga Fajriansyah^{1,2}, Arief Akhdestira
Mustaram^{1,2}, Patriotika Muslima^{1,2}, Elfa Ali Idrus^{1,2}

¹Departemen Oftalmologi Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran

²Pusat Mata Nasional, Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung

[*Email korespondensi: pieter.juanarta95@gmail.com]

Abstract: Ocular Syphilis Associated With Herpes Zoster Ophthalmic. *Syphilis can affect any part of the eye, making it the "great masquerade" and must be considered in immunocompromised patients. Thorough history taking, physical examination, ophthalmologic examination, and serologic testing can differentiate ocular syphilis from other etiologic. Aim of this study is to report the diagnosis and management of ocular syphilis associated with Herpes Zoster Ophthalmic. A 27 years old male patient complains of pain-full vesicle eruption on left forehead and eyelid two days ago with also blurred vision on both eyes seven months ago. Physical examination showed maculopapular rash on both palms. Vitreous cell and haze and bilateral blurred optic disc was found. Laboratory results show reactivity in VDRL/RPR and TPHA. Patient was diagnosed with Syphilitic Intermediate Uveitis, Herpes Zoster Ophthalmic Sinistra, and Bilateral Atypical Optic Neuritis. Patient was given intramuscular Benzathine Penicillin, oral Valacyclovir, systemic corticosteroid, topical steroids, and was referred to dermatology and venereology specialist. Herpes Zoster Ophthalmic in young age can be a sign of immunocompromised state. Appropriate examination and laboratory testing are important in determining the exact cause of uveitis. Patient with ocular syphilis will benefits from early course of antibiotic therapy. Misdiagnosis will lead to deterioration of uveitis and affect visual outcome.*

Keywords : *Ocular Syphilis, Herpes Zoster Ophthalmic, Uveitis*

Abstrak: Okular Sifilis Yang Disertai Herpes Zoster Oftalmikus. Sifilis dapat menyerang seluruh bagian mata, menjadikannya "great masquerade" dan harus dipertimbangkan pada pasien dengan gangguan sistem imun. Anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan oftalmologi, dan pemeriksaan serologis dapat membedakan sifilis okular dari etiologi lain. Tujuan dari laporan kasus ini adalah untuk melaporkan diagnosis dan penatalaksanaan sifilis mata yang disertai dengan Herpes Zoster Ophthalmic. Pada laporan kasus ini, seorang pasien laki-laki berusia 27 tahun mengeluh erupsi vesikel yang disertai nyeri pada dahi dan kelopak mata kiri sejak dua hari yang lalu, serta pandangan kabur pada kedua mata sejak tujuh bulan yang lalu. Pemeriksaan fisik didapatkan ruam makulopapular pada kedua telapak tangan. Ditemukan sel vitreus dan kabut serta diskus optik bilateral yang kabur. Hasil laboratorium menunjukkan reaktivitas pada VDRL/RPR dan TPHA. Pasien didiagnosis menderita Uveitis Intermediate karena Sifilis, *Herpes Zoster Ophthalmic Sinistra*, dan Optik Neuritis Atipikal Bilateral. Pasien diberikan Benzatin Penisilin intramuskular, Valasiklovir oral, kortikosteroid sistemik, steroid topikal, dan dirujuk ke dokter spesialis kulit dan kelamin. Herpes Zoster Ophthalmic pada usia muda dapat menjadi tanda kondisi *immunocompromised*. Anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan laboratorium penting dalam menentukan penyebab uveitis. Pasien dengan Okular sifilis akan mendapat manfaat dari terapi antibiotik dini. Kesalahan diagnosis akan menyebabkan kerusakan yang lebih berat dan mempengaruhi tajam penglihatan.

Kata Kunci : Okular Sifilis, Herpes Zoster Oftalmik, Uveitis

PENDAHULUAN

Herpes Zoster Oftalmik (HZO) adalah penyakit yang disebabkan oleh reaktivasi virus Varicella Zooster pada cabang oftalmik dari nervus trigeminal. Penyakit ini seringkali terjadi pada usia tua, yaitu lebih dari lima puluh tahun. Pasien berusia kurang dari empat puluh tahun yang terkena penyakit ini, seringkali memiliki penyakit penyerta yang menurunkan immunitas tubuh (Brown, 2016; N. Gupta et al., 2011; Hardy & Medicine, 2019). Manifestasi klinis tersering dari penyakit sistemik yang dapat ditemukan di mata adalah uveitis. Uveitis merupakan proses peradangan pada lapisan uvea. Uveitis yang disebabkan oleh infeksi lebih banyak terjadi di negara berkembang. Secara anatomi uveitis dapat dibagi menjadi uveitis anterior, uveitis intermediet, uveitis posterior, dan panuveitis (González et al., 2018; Sen et al., 2019; Sitompul, 2016).

Sifilis merupakan salah satu penyebab utama uveitis pada pasien dengan penurunan imunitas. Insidensi sifilis mengalami peningkatan dari tahun ke tahun, terutama pada populasi dengan hubungan seksual yang berisiko. Sifilis disebabkan oleh spiroseta *Treponema Pallidum* yang menular melalui kontak seksual dan transmisi transplasental. Sifilis diklasifikasikan menjadi sifilis kongenital dan sifilis yang didapat, kedua klasifikasi ini dapat menyebabkan keterlibatan okular (Agarwal et al., 2018; Apinyawasisuk et al., 2016; Jones, 2015; Trevelyan et al., 2019; Zhang et al., 2017).

Diagnosis dapat dilakukan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan oftalmologis, dan pemeriksaan serologis darah maupun cairan serebrospinal. Pemeriksaan serologis berkala dapat dilakukan untuk melihat keberhasilan pengobatan. Injeksi intravena Benzathine Penicillin G merupakan terapi utama dalam kasus okular sifilis. Deteksi dini dan pengobatan pada tahap awal penyakit akan memberikan prognosis visual yang lebih baik pada pasien (Agarwal et al.,

2018; Apinyawasisuk et al., 2016; Sen et al., 2019; Trevelyan et al., 2019; Zhang et al., 2017) Laporan kasus ini bertujuan untuk membahas diagnosis dan tatalaksana pada pasien dengan okular sifilis.

LAPORAN KASUS

Pasien Tn. SB usia 27 tahun dikonsulkan dari ruangan bougenville oleh unit neuro-oftalmologi dengan diagnosis Herpes Zoster Oftalmik Sinistra, Uveitis Intermediate Bilateral, dan Optik Neuritis Atipikal Bilateral. Pasien mengeluhkan vesikel yang sakit pada bagian dahi dan kelopak mata kiri sejak dua hari yang lalu. Keluhan disertai adanya mata merah berulang dan pandangan buram sejak tujuh bulan yang lalu dan dirasakan semakin memburuk. Pasien pernah mengalami cacar saat berumur empat belas tahun. Riwayat mata buram seperti ini tidak pernah dialami pasien sebelumnya. Pasien memiliki riwayat berhubungan dengan sesama dan lawan jenis sekitar satu tahun yang lalu. Keluhan nyeri saat berkemih, luka pada bagian kemaluan, maupun kencing nanah tidak dikeluhkan oleh pasien. Riwayat darah tinggi, kencing manis, alergi, batuk lama, asma, nyeri sendi, dan penggunaan kacamata sebelumnya tidak dikeluhkan oleh pasien.

Pasien sebelumnya berobat ke poli retina Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo dua hari yang lalu dengan diagnosis korioretinitis bilateral, Herpes Zoster Ophthalmicus Sinistra, dan optik neuritis bilateral. Pasien dikonsulkan ke unit neuro oftalmologi dan unit infeksi dan imunologi. Unit infeksi dan imunologi menyetujui pemberian Acyclovir oral 5x800 mg, methylprednisolone oral 1x48 mg, dan lansoprazole oral 1x30 mg. Unit neuro oftalmologi menyarankan pasien untuk dirawat agar dapat diberikan injeksi methylprednisolone intravena 250 mg sebanyak dua belas kali suntikan.

Pasien dirawat di ruangan rawat inap dua hari yang lalu dengan diagnosis Herpes Zoster Ophthalmicus Sinistra, Uveitis Intermediate Bilateral, dan Optik

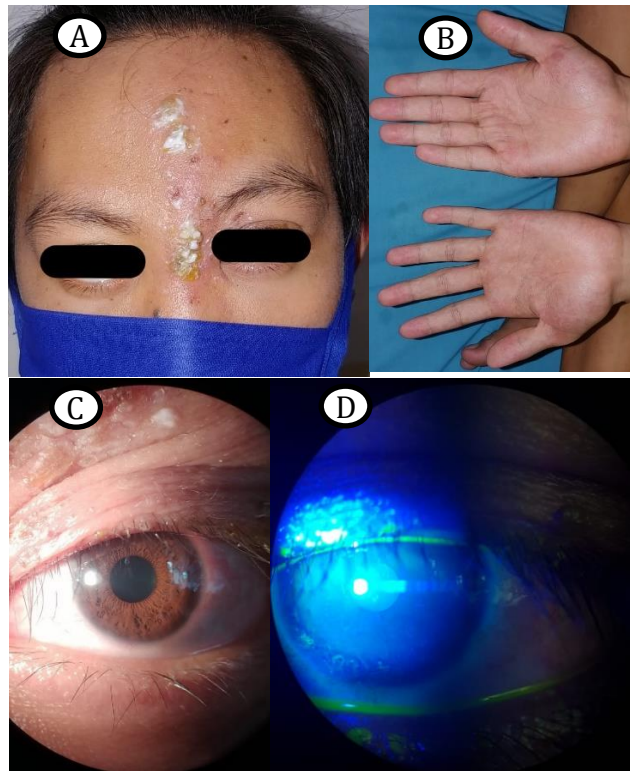
Neuritis Atipikal Bilateral. Pasien mendapat terapi injeksi methylprednisolone intravena 4x250 mg, injeksi omeprazole intravena 1x40 mg, injeksi mecobalamine intravena 1x500 mcg, cholecalciferol oral 3x1 tablet, acyclovir oral 5x800 mg, dan prednisolone asetat 4x1 tetes untuk mata kanan dan kiri. Pasien dikonsulkan ke dokter spesialis kulit dan kelamin untuk pengobatan Herpes Zoster Ophthalmik Sinistra.

Pada perawatan hari kedua terdapat hasil pemeriksaan sebagai berikut. Pemeriksaan fisik pasien terdapat lesi vesikel pada dahi kiri pasien, dan bercak makulopapular pada kedua telapak tangan pasien. Visus mata kanan dan kiri pasien adalah 1/300. Tekanan kedua bola mata dalam batas normal. Pada pemeriksaan gerak bola mata didapatkan hasil kedudukan kedua bola mata ortotropia, gerak bola mata normal ke segala arah. Refleks cahaya langsung dan tidak langsung pada kedua mata menurun. Pemeriksaan segmen anterior mata kanan dalam batas normal, tes sensibilitas kornea mata kanan normal, pada segmen posterior ditemukan vitreous cell (+) dan vitreous strand (+). Pada pemeriksaan segmen anterior mata kiri ditemukan palpebra yang hiperemis dengan vesikel yang terasa nyeri, injeksi silier pada bagian konjungtiva, dan tes fluoresen yang positif berbentuk keratitis punctata superficial pada bagian inferior kornea, tes sensibilitas kornea mata kiri normal, pada segmen posterior ditemukan vitreous cell (+) dan vitreous strand (+). Pada pemeriksaan funduskopi ditemukan diskus optik batas kabur pada kedua mata. Pasien didiagnosis dengan Blepharokeratitis Herpes Zoster Ophthalmik Sinistra, Uveitis Intermediate Bilateral, dan Optik Neuritis Atipikal Bilateral. Pasien mendapat terapi acyclovir oral 5x800 mg, levofloxacin 6x1 tetes untuk mata kanan dan kiri, prednisolone asetat 6x1 tetes untuk mata kanan dan kiri, artifisial tears 6x1 tetes untuk mata kanan dan kiri, injeksi methylprednisolone intravena 4x250 mg,

injeksi omeprazole intravena 1x40 mg, injeksi mecobalamine intravena 1x500 mcg, dan cholecalciferol oral 3x1 tablet. Pasien direncanakan untuk diperiksa VDRL/RPR di Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung.

Pada perawatan hari ketiga, keluhan pandangan buram masih dirasakan. Hasil konsultasi dengan dokter spesialis kulit dan kelamin, pasien didiagnosis sebagai herpes zoster oftalmikus sinistra dan diberikan valasiklovir oral 3x1000 mg, asam mefenamat oral 2x500 mg, kompres terbuka pada luka dengan NaCl 0.9% dua kali sehari, dan pemberian krim gentasolon 2 kali sehari setelah kompres. Pemeriksaan fisik pasien terdapat lesi vesikel pada dahi kiri pasien, dan bercak makulopapular pada telapak tangan pasien. Visus mata kanan dan kiri pasien masih tetap yaitu 1/300. Pada pemeriksaan segmen anterior mata kiri masih terdapat vesikel pada palpebra, injeksi silier, dan keratitis punctata superficial pada bagian inferior kornea. Segmen posterior kedua mata ditemukan vitreous cell (+) dan vitreous strand (+). Terapi acyclovir diganti menjadi valasiklovir oral 3x1000 mg, asam mefenamat oral 2x500 mg, kompres terbuka pada luka dengan NaCl 0.9% dua kali sehari, pemberian krim gentasolon 2 kali sehari setelah kompres, levofloxacin 6x1 tetes untuk mata kanan dan kiri, prednisolone asetat 6x1 tetes untuk mata kanan dan kiri, artifisial tears 6x1 tetes untuk mata kanan dan kiri, injeksi methylprednisolone intravena 4x250 mg, injeksi omeprazole intravena 1x40 mg, injeksi mecobalamine intravena 1x500 mcg, dan cholecalciferol oral 3x1 tablet.

Perawatan hari ke empat, keluhan pandangan buram masih dirasakan namun keluhan nyeri sudah mulai berkurang. Hasil laboratorium VDRL / RPR dan TPHA menunjukkan hasil reaktif. Pemeriksaan fisik pasien terdapat lesi vesikel pada dahi kiri pasien, dan bercak makulopapular pada telapak tangan pasien. Visus mata kanan dan kiri pasien masih tetap yaitu 1/300.

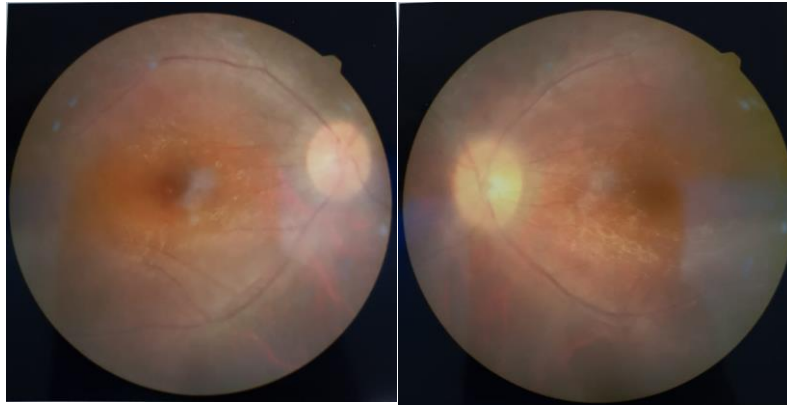


Gambar 1. Tampilan Klinis dan Segmen Anterior Mata Kiri Tn SB (A) Lesi Vesikel pada Dahi Pasien (B) Bercak Makulopapular pada kedua tangan (C) Vesikel di Palpebra Superior dan Injeksi Konjungtiva Mata kiri (D) Keratitis Punctata Superfisial pada Inferior Kornea Mata Kiri

Pada pemeriksaan segmen anterior mata kiri masih terdapat vesikel pada palpebra, injeksi silier, dan keratitis punctata superfisial pada bagian inferior kornea. Segmen posterior kedua mata ditemukan vitreous cell (+) dan vitreous strand (+). Pasien dilakukan foto fundus mata kiri dan kanan, dan didapatkan diskus optik dengan batas kabur, vascular sheathing, dan snowball pada kedua mata.

Pasien didiagnosis dengan Blepharokeratitis Herpes Zoster Ophthalmik Sinistra, Uveitis Intermediate Bilateral et causa Sifilis, dan Optik Neuritis Atipikal Bilateral. Pasien mendapat terapi valasiklovir oral 3x1000 mg, asam mefenamat oral 2x500

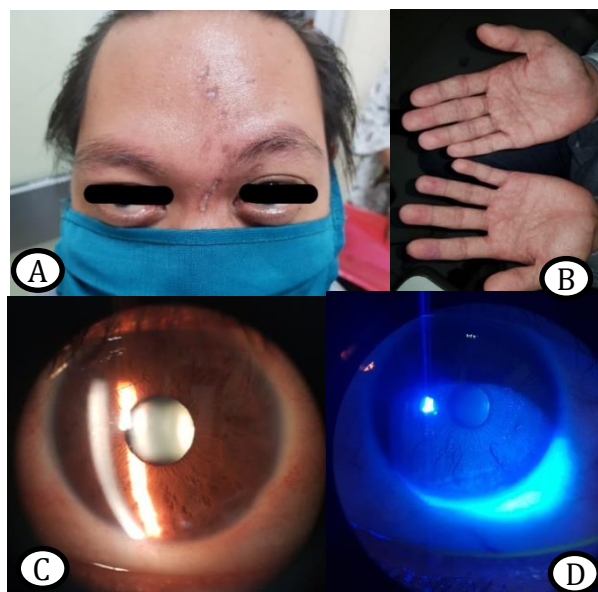
mg, kompres terbuka pada luka dengan NaCl 0.9% dua kali sehari, pemberian krim gentasolon 2 kali sehari setelah kompres, levofloxacin 6x1 tetes untuk mata kanan dan kiri, prednisolone asetat 6x1 tetes untuk mata kanan dan kiri, artifisial tears 6x1 tetes untuk mata kanan dan kiri. Pasien telah mendapatkan injeksi methylprednisolone sebanyak dua belas kali, sehingga terapi diganti dengan methylprednisolone oral 1x56 mg, lansoprazole oral 1x30 mg, lapibal oral 1x500 mg, dan cholecalciferol oral 3x1 tablet. Pasien direncanakan untuk rawat jalan dan dikonsulkan ke dokter spesialis kulit kelamin di Rumah Sakit Gunung Jati.



Gambar 2. Hasil Foto Fundus didapatkan Diskus Optik dengan Batas Kabur, Vascular Sheathing, dan Snowball pada Kedua Mata

Pasien kontrol ke poli Infeksi dan Immunologi Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo satu minggu kemudian, keluhan pandangan buram masih dirasakan. Pasien sudah berobat ke Rumah Sakit Gunung Jati dan diberikan terapi injeksi muscular Benzatine Penicillin 2.4 milyar unit setiap minggu hingga tiga minggu. Pemeriksaan fisik pasien terdapat lesi vesikel yang mulai meredah pada dahi kiri pasien, dan bercak maculopapular pada telapak tangan pasien sudah

membah. Visus mata kanan dan kiri pasien masih tetap yaitu 1/300. Pemeriksaan segmen anterior mata kiri ditemukan palpebra yang tenang dan tes fluoresen yang negatif. Tidak ditemukan flare maupun sel pada bilik mata depan pasien. Pada segmen posterior kedua mata masih ditemukan vitreous strand (+). Pasien didiagnosis dengan Blepharokeratitis Herpes Zoster Ophthalmicus Sinistra, Uveitis Intermediate Bilateral et causa Sifilis, dan Optik Neuritis Atipikal Bilateral.

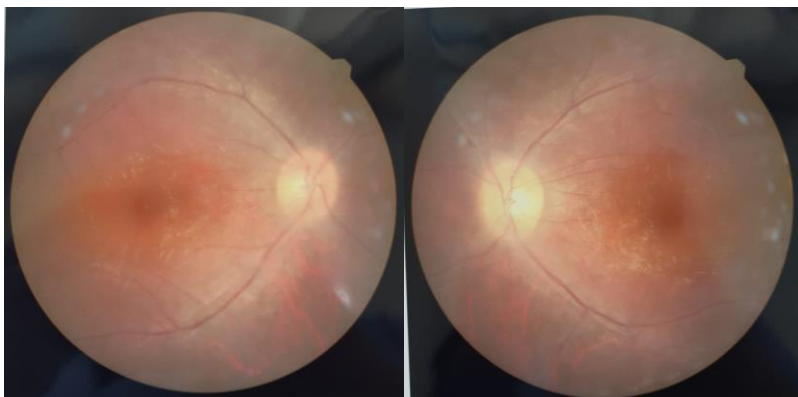


Gambar 3. Tampilan Klinis dan Segmen Anterior Mata Kiri Tn SB Tiga Minggu setelah Terapi (A) Lesi Vesikel berkurang pada Dahi Pasien (B) Bercak Makulopapular membaik pada kedua tangan (C) Segmen Anterior Mata Kiri tenang (D) Tes Fluorescein negative pada Kornea Mata Kiri

Pasien mendapat terapi prednisolone asetat 5x1 tetes untuk mata kanan dan kiri, artifisial tears 6x1 tetes untuk mata kanan dan kiri, methylprednisolone oral 1x48 mg, lansoprazole oral 1x30 mg, lapibal oral 1x500 mg, cholecalciferol oral 3x1 tablet, asam mefenamat oral 2x500 mg, kompres terbuka pada luka dengan NaCl 0.9% dua kali sehari, dan pemberian krim gentasolon 2 kali sehari setelah kompres.

Pasien kontrol dua minggu kemudian dengan keluhan pandangan buram masih dirasakan. Pasien telah mendapatkan

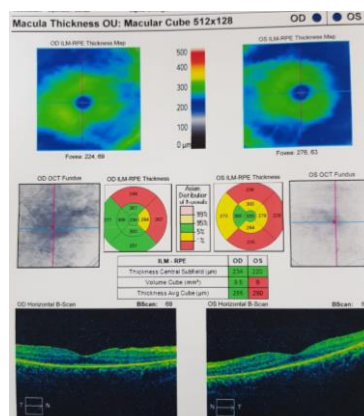
injeksi muscular Benzatine Penicillin 2.4 milyar unit kedua. Hasil pemeriksaan laboratorium dari dokter spesialis kulit dan kelamin menunjukkan reaktif untuk HIV dan pasien telah mendapatkan pengobatan ARV. Pemeriksaan fisik pasien terdapat bekas luka pada dahi kiri pasien, dan bercak maculopapular pada telapak tangan pasien sudah membaik. Visus mata kanan dan kiri pasien masih tetap yaitu 1/300. Pada segmen posterior kedua mata ditemukan vitreous strand (+).



Gambar 4. Hasil Foto Fundus setelah Terapi didapatkan Diskus Optik dengan Batas Kabur, Vascular Sheathing, dan Snowball pada Kedua Mata

Hasil foto fundus menunjukkan diskus optik dengan batas kabur, vascular sheathing, *snowball* pada kedua mata, disertai dengan edema makular pada mata kiri pasien. Pemeriksaan OCT

dilakukan untuk menilai struktur anatomis makula. Pada OCT didapatkan edema makula yang lebih berat pada mata kiri pasien.



Gambar 5. Hasil Pemeriksaan OCT Makula Menunjukkan Edema Makula terutama di Mata Kiri

Pasien didiagnosis dengan Blepharokeratitis Herpes Zoster Ophthalmicus Sinistra, Uveitis Intermediate Bilateral et causa Sifilis, dan Optik Neuritis Atipikal Bilateral. Pasien mendapat terapi prednisolone asetat 5x1 tetes untuk mata kanan dan kiri, artifisial tears 6x1 tetes untuk mata kanan dan kiri, methylprednisolone oral 1x48 mg, lansoprazole oral 1x30 mg, lapibal oral 1x500 mg, cholecalciferol oral 3x1 tablet, dan ARV. Pasien disarankan untuk dirawat inap oleh dokter spesialis kulit dan kelamin di RSUD Gunung Jati untuk diberikan terapi intravena Aqueous Penicillin G.

PEMBAHASAN

Varicella zoster adalah vesikel generalis pada seluruh tubuh. Manifestasi klinis pada mata dapat berupa vesikel pada kelopak, konjungtivitis folikuler, dan keratitis epitelial. Setelah itu virus akan bersifat dorman pada ganglion trigeminal. Herpes Zoster Oftalmik (HZO) disebabkan oleh reaktivasi dari virus varicella zoster pada cabang oftalmik nervus trigeminal. Epidemiologi HZO paling sering terjadi pada usia lebih dari lima puluh tahun dengan prevalensi

9.4/1000 orang, sedangkan pada usia kurang dari empat puluh tahun mempunyai prevalensi 1.2/1000 orang (Brown, 2016; D. M. Gupta, 2017; N. Gupta et al., 2011; Trevelyan et al., 2019).

Herpes Zoster Oftalmik yang terjadi pada usia muda, biasanya disertai dengan penurunan imunitas. Penelitian yang dilakukan Gupta et al menunjukkan persentase HIV pada pasien berusia muda dengan HZO sebesar 66%. Penyakit Sifilis seringkali ditemukan juga pada pasien HZO yang disertai dengan HIV. Gambaran klinis pasien HZO tanpa HIV lebih terlokalisir, mempunyai prognosis visual yang baik, dan lebih responsif terhadap terapi. Sedangkan pada pasien dengan status HIV yang reaktif ditemukan prognosis visual yang buruk disertai rekurensi kronis seperti *post herpetic neuralgia*. Terapi yang diberikan adalah antiviral oral seperti acyclovir 5x800 mg, valacyclovir 3x1 g, atau famciclovir 3x500mg, diberikan selama tujuh sampai sepuluh hari. Pada pasien dengan keratouveitis dapat diberikan steroid topikal dan sikloplegik (D. M. Gupta, 2017; Hardy & Medicine, 2019; Weisenthal et al., 2019).

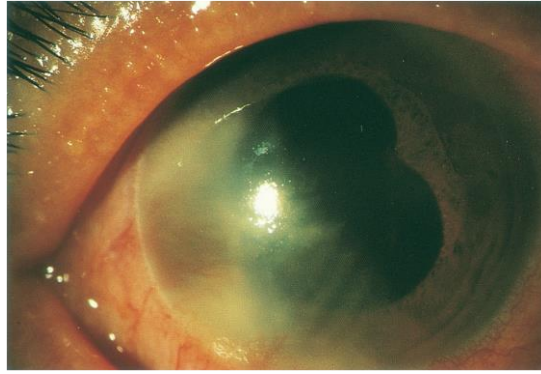


Gambar 6. Gambaran Klinis Kulit pada HZO

Dikutip dari : Weisenthal, dkk.(Weisenthal et al., 2019)

Pasien Tn SB berumur 27 tahun saat terdiagnosis dengan HZO. Hal ini meningkatkan kecurigaan kita terhadap status immunitas pasien tersebut. Setelah dilakukan anamnesis yang lebih lengkap, diketahui bahwa pasien mempunyai riwayat hubungan seksual yang berisiko tinggi dengan laki-laki

sekitar satu tahun yang lalu. Pemeriksaan fisik menunjukkan bahwa terdapat bercak makulopapul pada kedua telapak tangan pasien. Hal ini menginisiasi dilakukannya pemeriksaan laboratorium untuk sifilis, dan rujukan pada dokter spesialis kulit dan kelamin untuk penanganan lebih lanjut.



Gambar 7. Keratitis Interstitial

Dikutip dari : Sen, dkk.(Sen et al., 2019)

Sifilis disebabkan oleh spiroseta *Treponema Pallidum*, yang menular melalui kontak seksual dan transplacentar. Sifilis disebut sebagai *Great Masquerades*, yang menunjukkan manifestasi klinis yang berbeda-beda. Insidensi uveitis yang disebabkan oleh Sifilis hanya sekitar 2% dari total penyakit uveitis, namun memiliki tingkat kesembuhan dan prognosis yang baik jika diberikan terapi antibiotik yang sesuai, karena itu etiologi ini harus selalu dipikirkan terutama pada pasien-pasien dengan penyakit menular seksual, hubungan seksual yang beresiko tinggi, dan uveitis yang refrakter terhadap pengobatan steroid (Agarwal et al.,

2018; Wasserheit et al., 2016; Wetarini et al., 2020; Zhang et al., 2017).

Sifilis dapat dikategorikan menjadi Sifilis kongenital dan Sifilis yang didapat. Sifilis kongenital terjadi pada bayi yang lahir dari ibu yang mempunyai penyakit Sifilis. Gejala awal ditemui pada umur kurang dari dua tahun, dapat berupa hepatosplenomegali, distensi abdomen, pneumonia, anemia berat, dan berat badan lahir yang rendah. Gejala selanjutnya terjadi pada umur lebih dari tiga tahun, yaitu *Hutchinsons Teeth*, *Mulberry Molars*, *Saber Shins*, *Rhagades*, gangguan nervus kranial VIII, dan perforasi palatum (D. M. Gupta, 2017; Sen et al., 2019; Sitompul, 2016; Trevelyan et al., 2019).



Gambar 8. Manifestasi Okular Sifilis (A) Iris Roseola (B) Salt and Pepper Fundus Dikutip dari : Gupta, dkk.(D. M. Gupta, 2017)

Manifestasi okular yang paling sering ditemukan adalah keratitis interstitial, yang muncul pada usia enam hingga dua belas tahun, ditandai dengan edema kornea progresif dan vaskularisasi baru di lapisan stroma dalam. Manifestasi lain yang dapat terjadi adalah uveitis, optik neuritis, glaukoma, dan katarak

kongenital. Korioretinitis multifokal sering terjadi dan memberikan gambaran *Salt and Pepper Fundus*, yang ditandai dengan kerusakan dan migrasi epitel pigmen retina (Kobayashi et al., 2017; Sahin & Ziaei, 2015; Zhang et al., 2017).

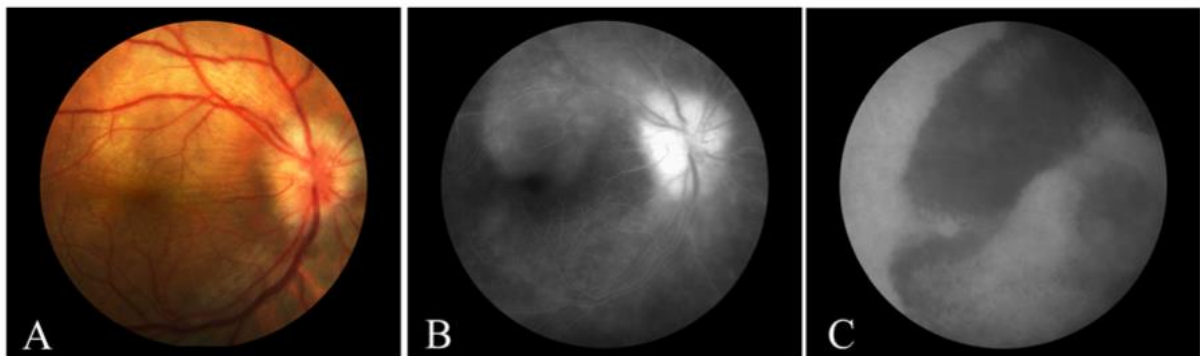


Gambar 9. Manifestasi Klinis Kulit pada Sifilis sekunder

Dikutip dari : Whiting, dkk. (Whiting et al., 2023)

Sifilis yang didapat diklasifikasikan menjadi Sifilis primer, Sifilis sekunder, Sifilis laten, dan Sifilis tersier. Sifilis primer terjadi tiga minggu setelah infeksi dan ditandai oleh lesi *chancre* yang bersifat soliter dan tidak sakit pada bagian kelamin pasien. Sifilis sekunder terjadi sekitar enam hingga delapan minggu kemudian dan ditandai oleh limfadenopati dan bercak makulopapular pada telapak tangan dan kaki. Sifilis

laten ditandai dengan serologi sifilis yang positif tanpa disertai manifestasi klinis. Sifilis laten dapat dibagi menjadi tahap awal jika kurang dari dua tahun dan tahap lanjut jika lebih dari dua tahun. Sifilis tersier ditandai oleh *gumma*, keterlibatan dari jantung dan juga sistem saraf, termasuk mata (Apinyawasisuk et al., 2016; D. M. Gupta, 2017; Sitompul, 2016; Trevelyan et al., 2019; Wasserheit et al., 2016).



Gambar 10. Acute Syphilitic Posterior Placoid Chorioretinopathy (ASPPC) (A) Foto Fundus (B) Pemeriksaan Fundus Fluoresceins Angiography dan (C) Pemeriksaan Indocyanine Green Angiography

Dikutip dari : Neri, dkk. (Neri & Pichi, 2022)

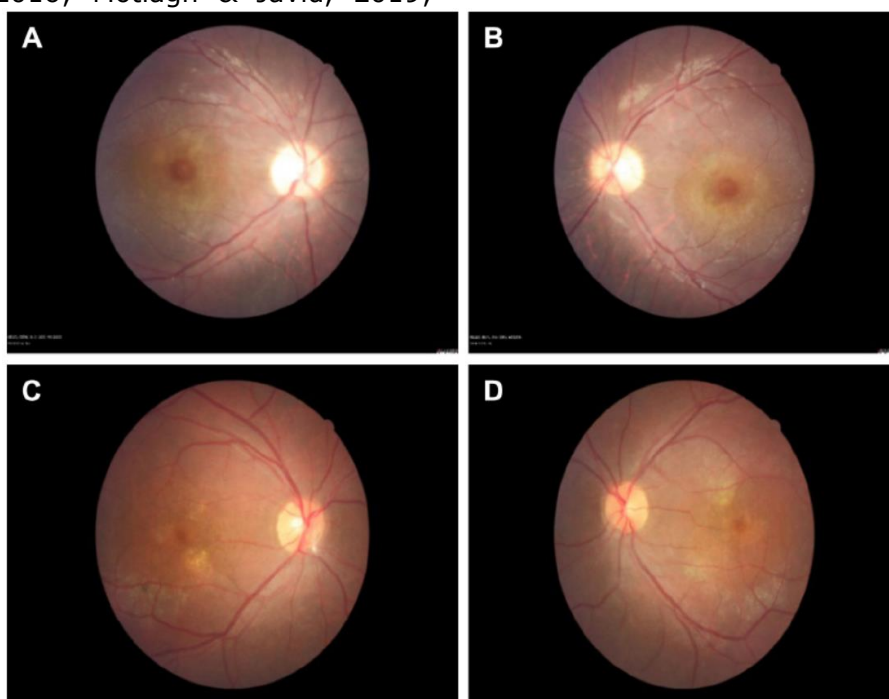
Manifestasi okular pada Sifilis dapat bersifat granulomatous maupun non-granulomatous. Pada bagian anterior dapat ditemukan *Iris Roseola*, *Iris Nodosa*, *Gummata*, dan papul iris teravaskularisasi. Pada bagian posterior dapat ditemukan vitritis, korioretinitis, retinitis fokal dan multifokal, vaskulitis, ablasio retina eksudatif, dan neuroretinitis. Pada pasien dengan neuroretinitis sering ditemukan optik

neuropati, pupil Argyll Robertson, kelumpuhan saraf kranial III, dan optik neuritis retrobulbar. *Acute Syphilitic Posterior Placoid Chorioretinopathy* (ASPPC) adalah salah satu tanda khas pada Sifilis akut. Hal ini disebabkan oleh infeksi pada lapisan epitel pigmen retina daerah makula dan peripapil (Agarwal et al., 2018; Kobayashi et al., 2017; Sahin & Ziaei, 2015; Wetarini et al., 2020).

Manifestasi okular sifilis pada pasien dengan penurunan status imunitas akan menunjukkan gambaran uveitis posterior, panuveitis, dan neurosifilis. Pada pasien dengan status imunitas yang baik, seringkali bermanifestasi sebagai uveitis anterior. Okular sifilis merupakan manifestasi klinis awal pada pasien dengan neurosifilis, sehingga pungsi lumbal rutin disarankan untuk dilakukan secara berkala. Diagnosis dan terapi yang awal dan tepat akan menghasilkan prognosis visual yang baik, walaupun pada pasien dengan penurunan status imunitas (Hah et al., 2016; Motlagh & Javid, 2019;

Trevelyan et al., 2019; Tucker et al., 2014).

Manifestasi klinis okular sifilis pada pasien ini adalah uveitis intermediate yang ditunjukkan oleh vascular sheathing dan *snowball* pada kedua mata. ASPPC tidak ditemukan dikarenakan perjalanan penyakit pasien yang sudah kronis, sesuai dengan keluhan pasien sejak tujuh bulan yang lalu. Edema makular yang bersifat kistoid merupakan komplikasi kronis dari okular sifilis. Diskus optik dengan batas kabur dan atrofi meningkatkan kecurigaan neurosifilis.



Gambar 11. Foto Fundus Pasien dengan Fokal Korioretinitis (A dan C) Mata Kanan (B dan D) Mata Kiri

Dikutip dari : Sahin, dkk.(Sahin & Ziaei, 2015)

Pemeriksaan laboratorium primer dapat menggunakan tes antibody fluoresen direk, dan mikroskop ruang gelap untuk melihat Sphirocetha. Sampel diambil dari *Chanchre* pada Sifilis primer, kelenjar limfa pada Sifilis sekunder, dan cairan aqueous atau vitreous pada Sifilis okular. Selain itu dapat dilakukan pemeriksaan serologis treponemal maupun non treponemal. Pemeriksaan treponemal

akan mendeteksi antibodi terhadap *Treponema Pallidum*, dan menghasilkan hasil positif pada Sifilis sekunder dan akan tetap positif. Pemeriksaan ini mempunyai sensitifitas yang tinggi, namun tidak dapat digunakan untuk memonitor respon dari terapi. Pemeriksaan treponemal terdiri dari *Fluorescent Treponemal Antibody Absorption* (FTA-ABS) dan

Microhemagglutination Assay for Treponema Pallidum Antibodies (MHA-TP). Pemeriksaan non treponemal akan mendeteksi antibodi terhadap antigen yang dikeluarkan jaringan yang rusak pada infeksi Sifilis. Hasil ini akan meningkat pada Sifilis primer dan sekunder, dan menurun pada Sifilis laten dan pasien dalam pengobatan antibiotik. Pemeriksaan ini dapat dilakukan untuk memonitor efektifitas terapi. Pemeriksaan ulang dapat dilakukan enam bulan, dua belas bulan, dan dua puluh empat bulan setelah pemberian terapi antibiotik. Selain itu dapat dilakukan pengambilan sampel dari cairan serebrospinal menggunakan pungsi lumbal. Peningkatan sel darah putih lebih dari lima dalam satu mikroliter, peningkatan protein, dan hasil positif pada VDRL maupun FTA-ABS akan menegakkan diagnosis. (Zhang et al., 2017) (Agarwal et al., 2018) (Sahin & Ziaei, 2015) (Rishi et al., 2016)

Pengobatan pada Sifilis bergantung dari klasifikasi Sifilis tersebut. Benzathine Penicillin G merupakan obat utama untuk pengobatan Sifilis. Pada pasien dengan Sifilis primer dan sekunder dapat diberikan injeksi intramuscular Benzathine Penicillin G 2.4 milyar unit sebagai dosis tunggal. Pasien dengan Sifilis laten dan tersier tanpa adanya keterlibatan neurosifilis diberikan injeksi intramuscular Benzathine Penicillin G 2.4 milyar unit setiap minggu untuk tiga kali dosis. Pasien dengan neurosifilis diberikan injeksi intravena Aqueous Penicillin G 18-24 milyar unit tiap hari diberikan dalam dosis 3-4 milyar unit setiap empat jam atau infus kontinu selama sepuluh hingga empat belas hari. Pasien mendapatkan terapi sesuai dengan regimen sifilis laten yaitu injeksi intramuscular Benzathine Penicillin G 2.4 milyar unit setiap minggu untuk tiga kali dosis di RSUD Gunung Jati. (Zhang et al., 2017) (Agarwal et al., 2018) (Wasserheit et al., 2016) (Kobayashi et al., 2017)

Pada pasien ini pemeriksaan VDRL/RPR, dan TPHA menunjukkan hasil yang reaktif. Pasien mendapatkan injeksi intramuscular Benzathine Penicillin G 2.4

milyar unit setiap minggu untuk tiga kali dosis. Dokter spesialis kulit dan kelamin menyarankan pasien untuk melakukan tes HIV, dan ditemukan hasil yang reaktif. Pasien direncanakan untuk dirawat inap dan diberikan injeksi intravena Aqueous Penicillin G 18-24 milyar unit tiap hari secara kontinu selama empat belas hari. Prognosis pada pasien ini, ad vitam adalah dubia dikarenakan pasien mempunyai penurunan status imunitas pada usia muda, ad functionam adalah dubia ad malam dikarenakan perjalanan penyakit yang sudah kronis dan tidak adanya perubahan setelah diberikan injeksi Benzathine Penicillin G, ad sanationam adalah dubia ad malam dikarenakan adanya penurunan status imunitas pasien sehingga lebih rentan untuk terjadi kekambuhan penyakit.

KESIMPULAN

Pasien dengan Herpes Zoster Oftalmik yang terjadi pada usia muda, seringkali disertai oleh penyakit sistemik yang menurunkan imunitas pasien. Manifestasi klinis yang terjadi di mata dapat menjadi gejala awal pada penyakit sistemik tersebut. Anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan oftalmologis yang sistematis dapat membantu kita dalam mendiagnosis pasien dengan okular sifilis. Pemeriksaan serologi sifilis harus selalu dilakukan pada pasien-pasien uveitis yang mempunyai faktor risiko tinggi. Diagnosis pada tahap awal penyakit dan pengobatan antimikrobal yang tepat akan memberikan prognosis visual yang baik pada pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Agarwal, M., Ranjan, R., Paul, L., & Sharma, D. (2018). Syphilitic uveitis misdiagnosed as viral retinitis—a misleading history. *Journal of Ophthalmic Inflammation and Infection*, 8(1), 4–9.
<https://doi.org/10.1186/s12348-018-0164-5>
- Apinyawasisuk, S., Poonyathalang, A.,

- Preechawat, P., & Vanikieti, K. (2016). Syphilitic Optic Neuropathy: Re-emerging Cases over a 2-Year Period. *Neuro-Ophthalmology*, 40(2), 69–73. <https://doi.org/10.3109/01658107.2015.1134586>
- Brown, D. (2016). The Relationship Between Herpes Zoster, Syphilis and Chickenpox. *JAMA*, 316(23), 2555. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.17114>
- González, M. M., Solano, M. M., Porco, T. C., Oldenburg, C. E., Acharya, N. R., Lin, S. C., & Chan, M. F. (2018). Epidemiology of uveitis in a US population-based study. *Journal of Ophthalmic Inflammation and Infection*, 8(1), 4–11. <https://doi.org/10.1186/s12348-018-0148-5>
- Gupta, D. M. (2017). Ocular Changes in Sexually Transmitted Diseases: Review of literature. *Journal of Medical Science And Clinical Research*, 05(03), 18896–18904. <https://doi.org/10.18535/jmscr/v5i3.97>
- Gupta, N., Sachdev, R., Sinha, R., Titiyal, J., & Tandon, R. (2011). Herpes zoster ophthalmicus: Disease spectrum in young adults. *Middle East African Journal of Ophthalmology*, 18(2), 178–182. <https://doi.org/10.4103/0974-9233.80710>
- Hah, Y. Y., Yap, S. C., HO, S. U. L., TEOH, S., & Agrawal, R. V. (2016). A comparison of ocular syphilis phenotypes between HIV-Infected and non-HIV adult patients. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 57(12), 3288.
- Hardy, W. D., & Medicine, A. A. of H. (2019). *Fundamentals of HIV Medicine 2019*. Oxford University Press, Incorporated. <https://books.google.co.id/books?id=CNqUDwAAQBAJ>
- Jones, N. P. (2015). The Manchester Uveitis Clinic: The first 3000 patients--epidemiology and casemix. *Ocular Immunology and Inflammation*, 23(2), 118–126. <https://doi.org/10.3109/09273948.2013.855799>
- Kobayashi, T., Katsumura, C., Shoda, H., Takai, N., Takeda, S., Okamoto, T., Maruyama, K., Tada, R., Tajiri, K., Kida, T., & Ikeda, T. (2017). A Case of Syphilitic Uveitis in Which Vitreous Surgery Was Useful for the Diagnosis and Treatment. *8686*, 55–60. <https://doi.org/10.1159/000455910>
- Motlagh, M. N., & Javid, C. G. (2019). Case Report Presentation of Ocular Syphilis in a HIV-Positive Patient with False-Negative Serologic Screening. *Case Reports in Infectious Diseases*, 2019(Cmv).
- Neri, P., & Pichi, F. (2022). Acute syphilitic posterior placoid chorioretinitis: when the great mimicker cannot pretend any more; new insight of an old acquaintance. *Journal of Ophthalmic Inflammation and Infection*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/s12348-022-00286-2>
- Rishi, E., Govindarajan, M. V, Biswas, J., Agarwal, M., Sudharshan, S., & Rishi, P. (2016). Photo Essay Syphilitic uveitis as the presenting feature of HIV. 149–151. <https://doi.org/10.4103/0301-4738.179714>
- Sahin, O., & Ziaei, A. (2015). Clinical and laboratory characteristics of ocular syphilis, co-infection, and therapy response. *Clinical Ophthalmology*, 10, 13. <https://doi.org/10.2147/OPHTH.S94376>
- Sen, N., Albin, T. A., Burkholder, B. M., Dahr, S. S., Dodds, E. M., & Leveque, T. K. (2019). Infectious Uveitis: Bacterial Causes. In *American Academy of Ophthalmology. Basic Clinical Science Course 9: Uveitis and Ocular Inflammation* (pp. 219–227). American Academy of

- Ophthalmology.
- Sitompul, R. (2016). Diagnosis dan Penatalaksanaan Uveitis dalam Upaya Mencegah Kebutaan. *EJournal Kedokteran Indonesia*, 4(1).
<https://doi.org/10.23886/ejki.4.5913.60-70>
- Trevelyan, G., Kumar, K., Russell, G. K., & Wickremasinghe, M. (2019). *Secondary syphilis presenting with acute unilateral vision loss and a widespread maculopapular rash*. 1–4. <https://doi.org/10.1136/bcr-2019-230341>
- Tucker, J. D., Li, J. Z., Robbins, G. K., Davis, B. T., Lobo, A., Kunkel, J., Papaliadis, G. N., Durand, M. L., Felsenstein, D., & Franklin, C. B. (2014). Ocular syphilis among HIV-infected patients: a systematic analysis of the literature. *BMJ Journal*, 87(1), 4–9.
<https://doi.org/10.1136/sti.2010.043042>
- Wasserheit, J., Schünemann, H., & Garcia, P. (2016). WHO Guidelines for the Treatment of *Treponema pallidum* (Syphilis). *World Health Organization*, 60.
- Weisenthal, R. W., Daly, M. K., Freitas, D., Feder, R. S., Orlin, S. E., Tu, E. Y., Meter, W. S. Van, & Verdier, D. D. (2019). Infectious Diseases of the External Eye: Basic Concepts. In *External Disease and Cornea* (pp. 266–230). American Academy of Ophthalmology.
- Wetarini, K., Made, N., & Mahayani, W. (2020). *Diagnosis dan Tatalaksana Uveitis Posterior*. 47(8), 673–675.
- Whiting, C., Schwartzman, G., & Khachemoune, A. (2023). Syphilis in Dermatology: Recognition and Management. *American Journal of Clinical Dermatology*, 24(2), 287–297.
<https://doi.org/10.1007/s40257-022-00755-3>
- Zhang, T., Zhu, Y., & Xu, G. (2017). Clinical Features and Treatments of Syphilitic Uveitis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Ophthalmology*, 2017, 15.
<https://doi.org/10.1155/2017/6594849>