

RAPORTUL ANUAL AL CAZURILOR DE SIFILIS ÎNREGISTRATE LA SPITALUL CLINIC COLENTINA – 2007

G.-S. ȚIPLICĂ*, E. SEVERIN*, C.M. SĂLĂVĂSTRU*, M.M. CONSTANTIN*, M. PANDURU*,
A. PÂRVU*, C. VINȚE*, A. RUȘINOIU*

București

Rezumat

Autorii au efectuat un studiu statistic retrospectiv referitor la cazurile de sifilis înregistrate în anul 2007 în cadrul Spitalului Clinic Colentina din București.

Obiectiv: evidențierea aspectelor epidemiologice ale sifilisului înregistrate în Spitalul Clinic Colentina în anul 2007.

Material și metodă: Datele au fost obținute din evidențele Biroului epidemiologic din cadrul Spitalului Clinic Colentina. Au fost analizate statistic fișele epidemiologice ale pacienților declarați.

Rezultate. În anul 2007, în Spitalul Clinic Colentina, au fost înregistrate 200 de cazuri noi de sifilis, 57% (115) dintre acestea provenind din București. Numărul de cazuri noi de sifilis este în scădere cu 20,31% față de 2006 și cu 55,75% față de 2005. În ultimii trei ani nu s-a înregistrat nici un caz de sifilis congenital. A fost înregistrat un caz de sifilis la copii (intervalul 10-14 ani) în 2007, spre deosebire de anii 2006 și 2005, când nu se înregistra nici un caz în acest interval de vârstă). Comparativ cu anii precedenți (2005, 2006), în anul 2007 se constată o scădere a intervalului de vârstă în care se înregistrează numărul maxim de cazuri la bărbați (20-24 ani), iar la femei o creștere a acestuia (30-34 ani). Tinerii care provin din medii defavorizate constituie principala categorie cu risc crescut față de sifilis.

Concluzii. Scăderea numărului de cazuri în 2007 față de 2006, nu reflectă o scădere a incidenței sifilisului, dovadă fiind numărul mare de cazuri VDRL pozitive depistate de laboratorul de analize din cadrul Spitalului Clinic Colentina și nedirecționate către Biroul epidemiologic pentru înregistrare. Principalii factori care determină creșterea incidenței reale a sifilisului sunt modificarea comportamentului sexual, prostituția necontrolată, degradarea condițiilor socio-economice și nivelul scăzut de educație pentru sănătate.

Cuvinte cheie: sifilis, epidemiologie, Spitalul Clinic Colentina.

Summary

The authors achieved an retrospective study regarding syphilis cases recorded in 2007 in Colentina University Hospital - Bucharest.

Objective: to analyze syphilis epidemiological aspects in Bucharest in 2007.

Methods: Information were obtained from the "Epidemiologic Office" of Colentina University Hospital. We had in view to evaluate the evolution of incidence of syphilis and to identify the main factors involved in this evolution. Those at greatest risk for syphilis are the young, economically deprived, residents of the inner city.

Results. During 2007 there have been noted 200 new cases of syphilis, 57% of which coming from Bucharest only. The number of new cases of syphilis is getting lower with 20,31% compared to those in 2006 and with 55,75% in 2005. No case of congenital syphilis has been noted in the past 3 years. Meanwhile, juvenile syphilis is coming back with one case in 2007 between the age of 10-14, unlike years 2006 and 2005 when no such cases have been noted at this age. Comparing to last years (2005, 2006), in 2007 the age range for the highest number of cases decreased for men (age 20-24) and increased for women (age 30-34). Young people with low life standards are the main target of high risk towards syphilis.

Conclusions. Syphilis represents a major public health issue. The decreased number of new cases in 2007 comparing to year 2006 does not reflect a lower incidence of the disease proved by the great number of VDRL positive cases found in the Colentina Hospital Laboratory which have not been reported to the Epidemiology Office for registration. Between the main factors that promote the increase of syphilis incidence are the modification of sexual behavior, prostitution, degradation of socioeconomic condition and the deficiencies in health behavior.

Key words: syphilis, epidemiology, Colentina Hospital.

DermatoVenerol. (Buc.), 53: 37-45

* Clinica II Dermatologie, Spitalul Clinic Colentina - București.

Introducere

Sifilisul este o infecție cu transmitere sexuală (ITS) cu evoluție cronică și intermitentă, produsă de spirocheta *Treponema pallidum*. Infecția treponemică evoluează stadial, progresiv, diferitele stadii evolutive fiind despărțite de perioade de latență. Acest mod particular de evoluție întârzie deseori prezentarea pacientului la medic (1, 2, 3).

Datorită pericolului epidemiologic ridicat, evoluției severe a bolii și lipsei unui tratament adecvat, pacienții suferinzi de sifilis au fost căutați, identificați și blamați de societate. Impunerea unor măsuri de supraveghere epidemiologică au fost introduse din secolul XVIII. Cea mai veche lege în care s-a stipulat declararea obligatorie a sifilisului a fost elaborată în anul 1788 în Danemarca. A urmat apoi Italia, exact după o sută de ani (1888). Odată cu începutul secolului XX și în special după primul război mondial, principiul declarării obligatorii a bolilor venerice câștigă teren, cuprinzând un număr tot mai mare de state din Europa. Astfel, în anul 1918 Suedia și Austria introduc declararea obligatorie, în 1921 Turcia, în 1922 Cehoslovacia și în 1930 Spania.

În România încă din secolul XIX se constată o preocupare a forurilor medicale pentru limitarea efectelor dezastruoase ale bolii. Carol Davila, întemeietorul învățământului medical din țara noastră, și-a susținut la Paris teza de doctorat cu titlul „Profilaxia sifilisului” (1853) iar în perioada 1870-1880 a desfășurat câteva largi campanii anti-veneriene în Muntenia și Moldova. În scurta perioadă în care a activat la Cluj Napoca Constantin Levaditi s-a preocupat intens de combaterea bolilor venerice, o dovadă în acest sens fiind și realizarea primului film documentar sanitar românesc de lung metraj intitulat „Din grozăviile lumii” (1920) în care se prezenta publicului larg necesitatea profilaxiei bolilor venerice. Declararea obligatorie a pacienților suferinzi de sifilis este impusă prin lege și aplicată în mod organizat numai începând cu anul 1943 deși încă din anul 1930 au fost raportate oficial primele cazuri de sifilis (4).

Frecvența sifilisului în perioada actuală este extrem de greu de apreciat, deoarece în foarte multe țări, dar mai ales în țările lumii a treia, această boală nu este declarată, iar în țările avansate se admite că numai aproximativ 50%

din cazurile existente sunt luate în evidență. Răspândirea rapidă a sifilisului (ca de altfel și a altor ITS) în țările lumii a treia (Africa, Asia de Sud-Est, America de Sud, America Centrală), țări care nu dispun de fonduri și nici de instituții medicale puternice pentru a combate acest flagel neliniștește forurile internaționale care încearcă să impună programe și acțiuni pentru combaterea eficientă a bolii.

Interesul pentru sifilis se menține și în prezent din următoarele motive: capacitatea crescută a acestei infecții de a determina epidemii, chiar și acolo unde frecvența bolii pare scăzută; imposibilitatea societății moderne de a obține eradicarea acestei boli; menținerea capacității acestei afecțiuni, chiar în condiții terapeutice moderne, de a produce leziuni viscerale grave (cardio-vasculare, neurologice); transmiterea infecției pe cale neveneriană, de la mamă la făt, cu consecințe nefaste asupra dezvoltării produsului de concepție (1).

În România, începând cu anul 1989, sifilisul a început să prezinte valori crescute, astfel încât în anul 1990 incidența prin sifilis s-a dublat față de anul 1988 (de la 11‰ locuitori în anul 1988 la 23,2‰ locuitori în anul 1990), valorile crescând an de an, ajungând în anul 2002 să aibă o incidență de 58,53‰. În anul 2003 incidența sifilisului scade, atingând valori asemănătoare anului 2000 (44,6‰ locuitori în anul 2003 față de 44,344,6‰ în anul 2000), când a avut loc prima scădere semnificativă a incidenței după cea înregistrată în 1986. După anul 2003, România cunoaște o scădere ușoară, liniară a numărului de cazuri de sifilis, ajungându-se în anul 2006 la un număr de 5661 cazuri. Această evoluție a incidenței sifilisului în țara noastră se încadrează în modelul general urmat de incidența ITS în țările ex-comuniste după 1989 (Fig. 1). (1, 4, 5).

În anul 2005 a fost înființat la Stockholm (Suedia) ECDC (The „European Centre for Disease Prevention and Control”). ECDC este o organizație independentă, nonprofit care se dorește un echivalent al CDC Atlanta, obiectivul principal fiind intensificarea apărării împotriva bolilor infecțioase. ECDC lucrează în parteneriat cu instituții naționale de protecție a sănătății din toată Europa (inclusiv România) pentru a-și dezvolta și întări sistemele de supraveghere și avertizare asupra evoluției diverselor boli. Din

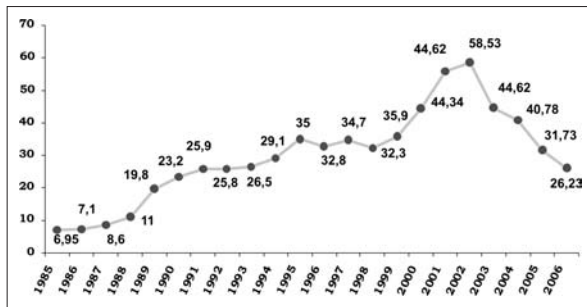


Fig. 1. Incidența sifilisului (toate formele clinice) în România în perioada 1985-2006) (după Dr. Vasile Benea – Sesiunea SRD București ianuarie 2007)

ianuarie 2007, ECDC se ocupă de centralizarea datelor privind incidența sifilisului în Europa. Anterior, aceste date făceau parte din colecția de date a Basic Surveillance Network (BSN). Din cauza faptului că în unele țări sifilisul nu se găsește pe lista bolilor declarabile, datele asupra supravegherii pot să fie incomplete sau pot lipsi.

Material și metodă

În cadrul Spitalului Clinic Colentina din București funcționează două secții clinice dermatologice cu mare adresabilitate din partea pacienților. Analiza statistică a cazurilor de sifilis înregistrate în acest spital nu poate fi extrapolată la nivel național dar poate oferi o imagine realistă a fenomenului analizat. Cazurile noi de îmbolnăvire prin sifilis sunt investigate epidemiologic și se declară pe baza unui formular oficial (tipizat și codificat) în vederea memorării statistice la Centrul de Calcul și Statistică al Ministerului Sănătății. Declararea se face avându-se drept unic criteriu domiciliul stabil al pacientului, evitându-se astfel raportarea dublă a cazului nou de îmbolnăvire. În Biroul epidemiologic, personalul specializat este reprezentat de o singură persoană, iar activitatea este necomputerizată. Centrul de Calcul și Statistică al Ministerului Sănătății prelucrează după încheierea anului, datele furnizate de rețea prin buletinele de declarare a cazurilor noi de îmbolnăvire, rezultatele statistice fiind astfel oficializate. Pe baza fișelor de declarare a cazurilor de sifilis înregistrate la Biroul epidemiologic al Spitalului Colentina în perioada 01 ianuarie 2007 – 31 decembrie 2007 a fost realizat studiul următor.

Rezultate

I Sifilisul

În anul 2007, Spitalul Clinic Colentina a raportat 200 de cazuri noi de sifilis, cu 51 mai puține comparativ cu anul 2006. Se continuă scăderea numărului de cazuri de sifilis începută în anul 2005, când s-au raportat 452 cazuri noi, cu 269 de cazuri mai puțin față de anul 2004 (Fig. 2).

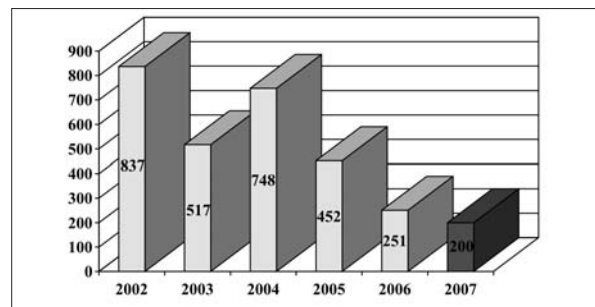


Fig. 2. Evoluția numărului de cazuri de sifilis în Spitalul Clinic Colentina în perioada 2002-2007

Analiza structurii morbidității prin sifilis - toate formele clinice- raportate de Spitalul Clinic Colentina, efectuată anual, păstrează în general aceleași caracteristici cu cele din anii precedenți.

În anul 2007 s-a constatat că 57% din cazuri au fost din București, iar 43% din provincie. Se observă că tendința crescătoare a numărului de cazuri din provincie, în 2006 înregistrându-se un procent de 37%, iar în 2005, 31,9% cazuri (Tabelul 1, Fig. 3). O explicație posibilă ar fi mobilitatea crescută a populației prin urbanizare și industrializare. Are loc astfel, apariția, staționarea temporară și circulația intensă a unor grupuri compacte de muncitori proveniți din mediu rural, colectivități cu anumite particularități sociale și

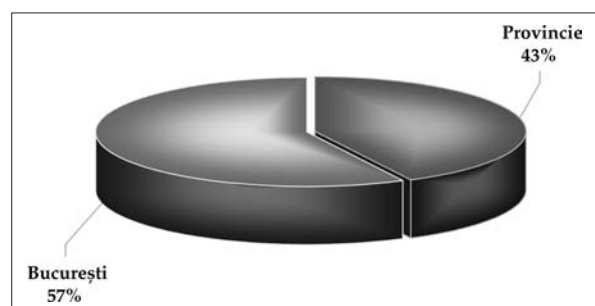


Fig. 3. Structura cazurilor de sifilis în Spitalul Clinic Colentina (2007)

Tabelul 1

Situția statistico-epidemiologică pentru sifilis pe anul 2007 comparativ cu anii 2005-2006- Spitalul Clinic Colentina

	2005		2006		2007	
Numar total cazuri noi toate formele clinice	452		251		200	
1. Repartiție pe medii	%		%		%	
București	308	68,14	158	62,94	115	57
provincie	144	31,85	93	37,05	85	43
2. Repartiție pe sexe						
masculin	151	49,02	69	43,67	64	55,65
feminin	157	50,98	89	56,32	51	44,34
3. Repartiție după starea civilă						
necăsătoriți	74	24,02	36	22,78	28	24,34
căsătoriți	84	27,27	41	25,94	30	26,08
concubine	107	34,74	58	36,7	40	34,78
divorțați	28	9,09	16	10,12	11	9,56
văduvi	15	4,87	7	4,43	6	5,21
4. Repartiție pe forme clinice						
sifilis I seronegativ	3	0,97	6	3,79	4	3,47
sifilis I seropozitiv	38	12,33	6	3,79	21	18,26
sifilis secundar	60	19,48	18	11,39	27	23,47
sifilis latent recent	196	63,63	78	49,36	41	35,65
sifilis latent tardiv	11	3,57	50	31,64	22	19,13
5. Repartiție pe grupe de vârstă						
Sifilis congenital sub un an	0	0	0	0	0	0
1-9 ani	0	0	0	0	0	0
10-14 ani	0	0	0	0	1	0,86
15-19 ani	13	4,22	15	9,49	11	8,69
20-24 ani	60	19,48	19	12,02	22	19,13
25-29 ani	63	20,45	42	26,58	16	13,91
30-34 ani	61	19,8	29	18,35	26	22,6
35-39 ani	29	9,41	23	14,55	6	5,21
40-44 ani	24	7,79	6	3,79	14	12,17
45-49 ani	17	5,51	4	2,53	8	6,95
50-59 ani	32	10,38	13	8,22	7	6,08
peste 60 ani	9	2,92	7	4,43	4	3,47
6. Repartiție pe profesii						
muncitori / funcționari	203	65,9	96	60,75	63	54,78
intelectuali	0	0	0	0	2	1,73
casnice	15	4,87	4	2,53	2	1,73
pensionari	27	8,76	10	6,32	11	9,56
elevi / studenți	8	2,59	5	3,16	10	8,69
fără ocupație	55	17,8	28	17,72	20	17,39
alte ocupații	40	12,98	15	9,49	7	6,08
7 Surse identificate	101	67	26			
8. Contacti						
declarați	606	196,75	235	148,73	193	167,82
identificați	259	84,09	110	69,62	71	61,73
9. Modul depistării						
prezentare spontană	84	27,27	65	41,13	10	8,69
depistare activă	224	72,72	93	58,86	105	91,3
10. Anchete epidemiologice	754	415			325	

de cazare care se află despărțiți perioade îndelungate de familii.

Repartiția pe sexe a cazuisticii de sifilis este în anul 2007 în "favoarea sexului masculin" (B/F=64/51), spre deosebire de anii 2006 și 2005, când Spitalul Clinic Colentina a înregistrat un număr mai mare de cazuri la femei (B/F=69/89, respectiv 151/157). Creșterea numărului de cazuri de sifilis la bărbați nu poate fi interpretată în contextul homosexualității masculine neexistând dovezi care să certifice această ipoteză (Tabelul 1, Fig. 4).

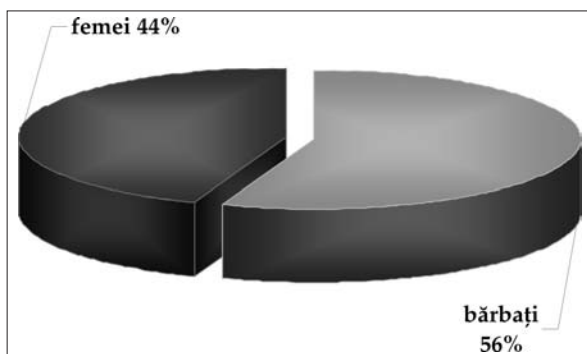


Fig. 4. Repartiția pe sexe a cazurilor de sifilis în Spitalul Clinic Colentina (2007)

În anul 2007, în Spitalul Clinic Colentina s-a înregistrat o scădere a numărului de cazuri depistate în faza de sifilis latent (54,8%) față de anul 2006 (81%) și față de 2005 (67,53%) și o creștere a numărului de cazuri de sifilis secundar (2007- 23,48%, față de 2006- 11%) și primar (2007- 21,75%, față de 2006- 10%). Sifilisul secundar și latent recent se mențin în procente ridicate în fiecare an, caracterul cronicizant al infecției fiind probabil cauza pentru care pacienții se adresează

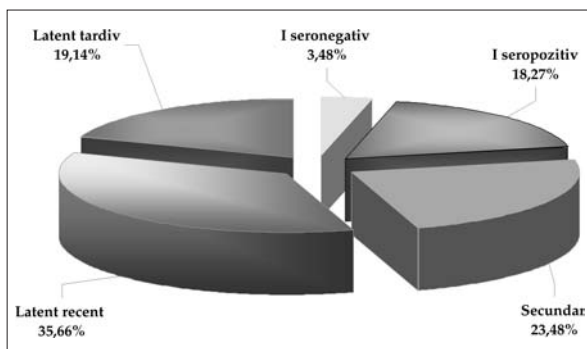


Fig. 5. Repartiția în funcție de forma clinică a cazurilor de sifilis în Spitalul Clinic Colentina (2007)

dermatologului în faza secundară a infecției. Din rândul acestor pacienți este selectată și o bogată cazuistică de serorezistență (Tabelul 1, Fig. 5).

Comparativ cu anul 2006, în ceea ce privește starea civilă, s-a constatat o creștere a numărului de cazuri de sifilis în rândul celor necăsătoriți (24,3%), văduvi (5,2%) și concubini (34,7%) și o scădere a cazurilor în rândul celor căsătoriți (26,3%) și divorțați (9,5%) (Tabelul 1, Fig.9).

Ca și în anii 2006 și 2005, în anul 2007 cel mai mare număr de cazuri s-a înregistrat în rândul categoriilor defavorizate socio-economic (muncitorii din comerț și alimentație publică, persoanele fără ocupație, pensionari). Cel mai scăzut număr de cazuri s-a raportat în rândul casnicilor și elevilor (Tabelul 1, Fig.10). Creșterea ponderii persoanelor fără ocupație, deci fără un venit stabil, are la bază cauze economice, reprezentate de reducerea nivelului de trai al populației și neîncadrarea în muncă. Persoanele îmbolnăvite, fără ocupație, se declară în general șomeri, iar cele înregistrate la "alte ocupații" sunt de regulă: lucrători temporari, lucrători comerciali, paznici și nu în ultimul rând, prostituate. Creșterea fenomenului prostituției și a vagabondajului sexual este indicată de ponderea tot mai mare a persoanelor de sex feminin, fără ocupație tinere, necăsătorite.

În anul 2007, ca repartiție pe grupe de vârstă, cel mai mare număr de pacienți infectați s-a regăsit în intervalul 30-34 ani, spre deosebire de anul 2006 (25-29 ani) și anul 2005 (40-44 ani). Reapare sifilisul la copii, în 2007 existând un caz în intervalul 10-14 ani, spre deosebire de anii 2006 și 2005, când nu se înregistra nici un caz în acest interval de vârstă. Comparativ cu anii precedenți (2005, 2006), în anul 2007 se constată o scădere a intervalului de vârstă în care se înregistrează numărul maxim de cazuri la bărbați (20-24 ani), iar la femei o creștere a acestuia (30-34 ani) (Tabelul 1, Fig. 8).

II. Activitatea de prevenire și combatere a sifilisului

De la an la an, se constată o scădere a eficienței anchetelor epidemiologice. Numărul surselor depistate din cele declarate este în scădere în ultimii ani: 101 în 2005, 67 în 2006, 26 în 2007. Bolnavii de sifilis declară că au avut un contact sexual infectant cu o persoană necunoscută care se prostitua, consumul de băuturi alcoolice fiind factorul favorizant.

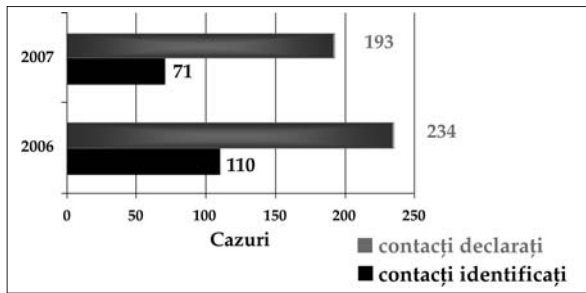


Fig.6. Reprezentarea comparativă a contactilor cazurilor de sifilis în Spitalul Clinic Colentina (2006-2007)

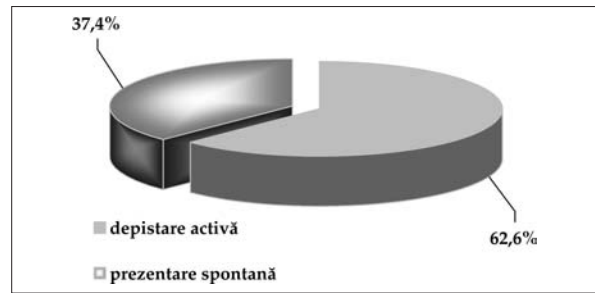


Fig. 7. Reprezentarea modalităților de depistare a cazurilor în Spitalul Clinic Colentina (2007)

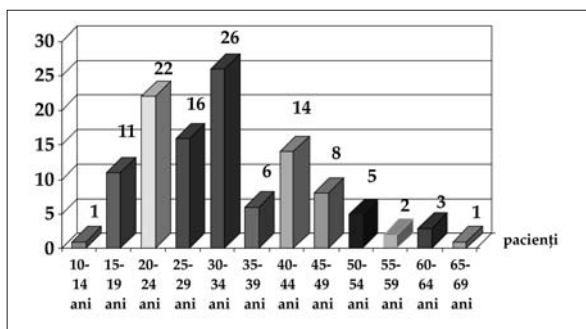


Fig. 8. Repartiția după grupe de vârstă a cazurilor de sifilis în Spitalul Clinic Colentina (2007)

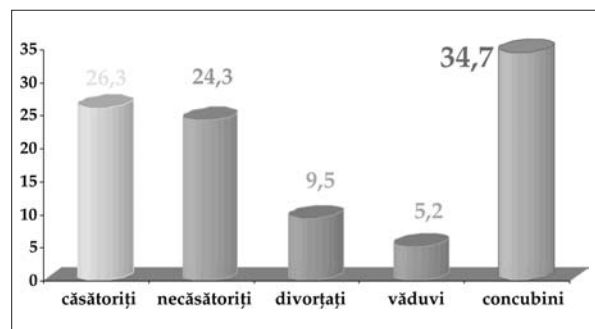


Fig. 9. Repartiția în funcție de starea civilă a cazurilor de sifilis în Spitalul Clinic Colentina (2007)

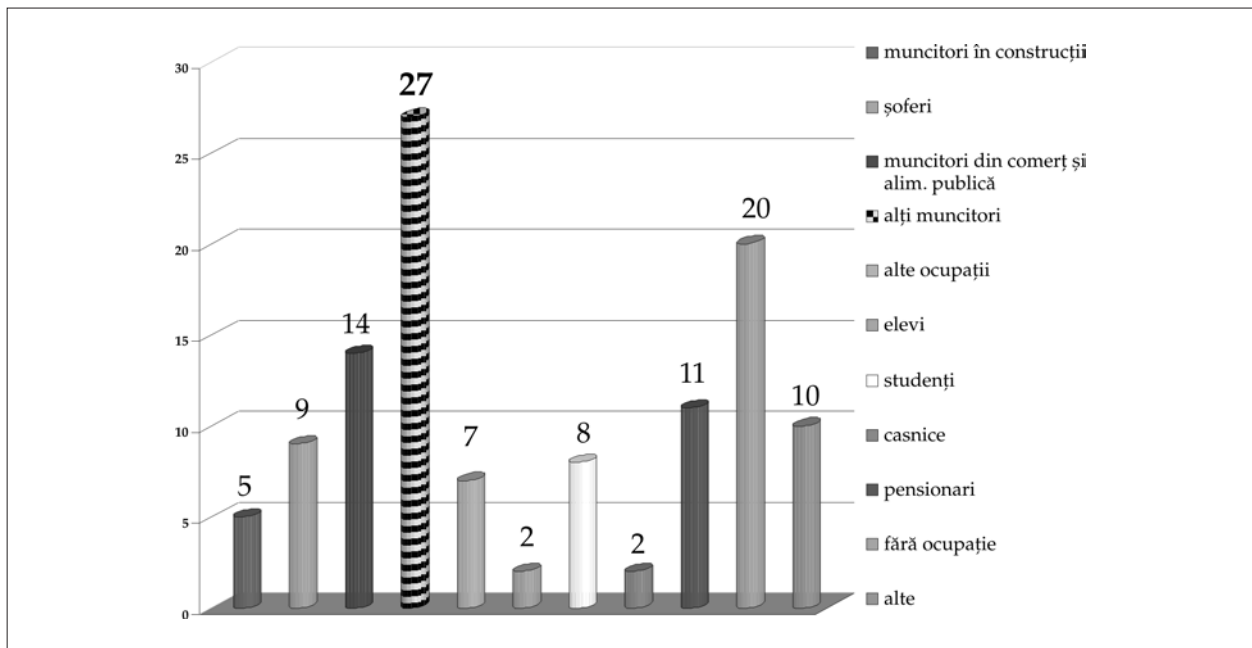


Fig. 10. Repartiția în funcție de profesie a cazurilor de sifilis în Spitalul Clinic Colentina (2007)

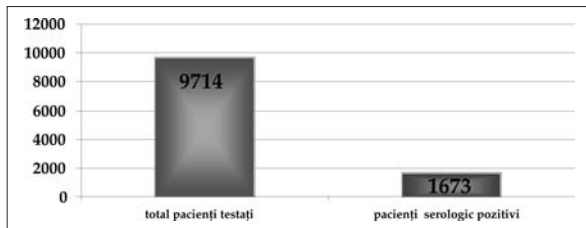


Fig. 11. Testări VDRL pentru sifilis realizate de către laboratorul ce funcționează în cadrul Spitalului Clinic Colentina (2007)

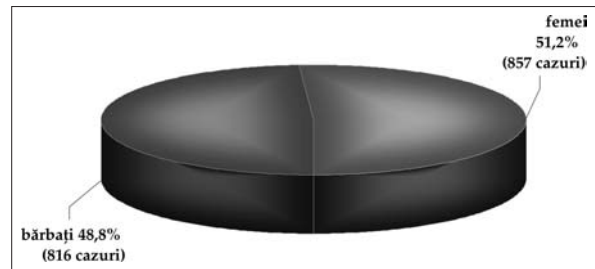


Fig.12. Repartiția pe sexe a cazurilor serologic pozitive depistate de laboratorul din cadrul Spitalului Clinic Colentina (2007)

Proporția contactilor identificați în anul 2007 a fost de 37,4%, în scădere comparativ cu anii 2006 (46,8%) și 2005 (50,28%) (Tabelul 1, Fig.6).

În ceea ce privește modul de depistare al îmbolnăvirilor prezentarea spontană este întâlnită în procente reduse - numai 37,4% din cazuri - relevându-se astfel gradul scăzut de educație pentru sănătate. Prezentarea spontană la consult și tratament este frecventă la bărbați, semnele de boală fiind mai ușor observabile. Depistarea activă se face prin investigarea epidemiologică a fiecărui caz și mai ales prin examinările serologice. Se constată un dezinteres din ce în ce mai mare față de dispariția serviciilor de epidemiologie ale rețelei de dermatovenerologie (dispariția treptată a asistentelor medicale de ocrotire și desființarea acestei calificări) și problemelor de comunicare în rețea. Pentru refacerea personalului sanitar vor fi reluate cursurile de pregătire pentru asistenți epidemiologi.

Testele serologice reprezintă principala modalitate de diagnostic în sifilis și trebuie interpretate în relație cu evoluția naturală a infecției treponemice. În fazele precoce examenul bacteriologic al unei leziuni suspecte rămâne indispensabil și cu toate acestea laboratoarele moderne nu includ și ultramicroscopia în nomenclatorul de investigații efectuate. Deși această metodă de depistare a infecției treponemice este prezentă în curricula de pregătire a medicilor rezidenți dermato-venerologi și în tematica pentru examenul de specialitate nu sunt multe centrele în care această metodă este folosită. În completarea sau suplینirea examenului ultramicroscopic sunt folosite metodele serologice de identificare a anticorpilor anti-treponemici. Această examinare este utilă atât în

stadiile precoce ale bolii, dar mai ales în stadiile tardive, în cursul tratamentului și post-terapeutic pentru certificarea vindecării. În cazul în care leziunile cutanate și mucoase nu sunt evidente sau chiar lipsesc, testarea serologică este și mai importantă, ea reprezentând singura posibilitate de diagnostic în aceste forme de sifilis latent (1, 2, 3).

În cadrul Spitalului Clinic Colentina serviciile de laborator au fost externalizate. Pentru diagnosticul sifilisului sunt disponibile testul netreponemic VDRL și testul treponemic TPHA.

Tratamentul penicilinic este în continuare recomandat de elecție în toate stadiile infecției luetice. Pacienții care se adresează serviciului dermatologic al Spitalului Clinic Colentina urmează tratamentul conform cu Ghidul de diagnostic și tratament al infecțiilor cu transmitere sexuală - 2004.

III. Rezultatele testărilor serologice pentru sifilis furnizate de Laboratorul de analize ce funcționează în cadrul Spitalului Clinic Colentina

În anul 2007, în cadrul Laboratorului de analize ce funcționează în Spitalul Clinic Colentina, au fost testați serologic pentru sifilis (VDRL, TPHA) 9714 pacienți, din care 8120 pacienți au fost trimiși din spital pentru testare, iar 1594 prin CASMB. Din totalul pacienților testați, 1673 au fost serologic pozitivi, cu o proporție mai mare a femeilor (51,2%).

Laboratorul a testat în 2007 un număr de 158 probe serologice de la femei gravide, din care 33 teste au fost VDRL pozitive (20,88%) și 34 probe serologice de la nou născuți (9 VDRL pozitivi). Biroul epidemiologic al Spitalului a raportat depistarea a 9 gravide VDRL pozitive, un număr în scădere comparativ cu 2006 - 10 gravide și cu

2005 - 25 gravide. În ultimii 3 ani, Spitalul Clinic Colentina nu a înregistrat nici un caz de sifilis congenital, spre deosebire de anii 2001 (13 cazuri) și 2002 (8 cazuri) (Fig.13).

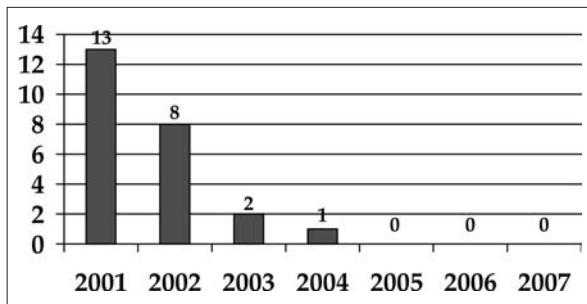


Fig. 13. Evoluția numărului de cazuri de sifilis congenital în Spitalul Clinic Colentina în perioada 2001-2007

Discuții

În anul 2007 numărul de cazuri noi de sifilis raportate de Spitalul Clinic Colentina a fost de 200, cu un raport B:F în favoarea bărbaților. (Tabelul 1, Fig. 11, 12). În aceeași perioadă, în cadrul laboratorului, au fost identificate 1673 de cazuri VDRL pozitive. Această discrepanță a ridicat problema existenței anumitor probleme de înregistrare a cazurilor: activitatea solicitantă pentru personalul mediu (existența unei singure asistente medicale de ocrotire), scăderea numărului anchetelor efectuate pe teren, evidența necomputerizată, tratarea cazurilor de sifilis fără continuitate în tratament și monitorizare. Serviciile ambulatorii arondate Spitalului Clinic Colentina, respectiv sectoarele 1,2 și 6 evită includerea pacienților în acest subprogram, deși au fost trimise scrisori de informare referitoare la gratuitatea analizelor, medicamentelor și materialelor sanitare pentru pacienții cu sifilis. Printre măsurile strategice pentru profilaxia și combaterea sifilisului se numără: promovarea sănătății pentru întreaga populație prin oferirea unor servicii medicale de calitate și accesibile în vederea prevenirii sifilisului și a complicațiilor acestuia; promovarea unor inițiative legislative privind interzicerea practicării ilicite a medicinei, protecția minorilor, sancționarea abuzului sexual; colaborarea interdisciplinară dermato-venerologie – ginecologie – urologie – pediatrie – boli infecțioase în cadrul unităților publice sau private; colaborarea cu mass media și cu

organizațiile nonguvernamentale în vederea creșterii nivelului de educație pentru sănătate.

La nivel mondial există *Strategia Globală pentru prevenirea și controlul ITS 2006-2015* dezvoltată printr-un proces de consultare între Secretariatul OMS, Statele Membre OMS și parteneri externi (11). Problema sifilisului congenital rămâne în continuare de maximă actualitate. Sifilisul matern determină anual la nivel mondial jumătate de milion de cazuri de sifilis congenital și jumătate de milion de cazuri de născuți morți și de avorturi spontane. Sifilisul congenital poate fi eliminat prin: testarea gravidelor cât mai precoce în cursul sarcinii, tratarea celor pozitive și prevenirea reinfecțiilor prin tratarea tuturor partenerilor sexuali. Există mai mulți nou-născuți infectați de sifilis decât de orice altă infecție neonatală, incluzând infecția HIV și tetanusul, care se bucură în prezent de atenție la nivel global. Strategia de eliminare a sifilisului congenital face parte din planul de lucru pe 2004-2009 al Departamentului pentru sănătatea reproducerii din cadrul OMS (*Department of Reproductive Health and Research - RHR*). Recent, cercetătorii OMS au dezvoltat o strategie de evaluare a datelor morbidității materne prin înregistrarea datelor din fiecare țară în parte. În 2005 OMS și-a intensificat acțiunea desfășurată la nivel mondial pentru a elimina sifilisul congenital până în 2015. PAHO (the Pan American Health Organization) a definit eliminarea sifilisului congenital ca problemă de sănătate publică corespunzând unei incidențe de 0,5 cazuri sau mai puțin la 1000 de nașteri (inclusiv născuți morți). OMS a propus 4 piloni ai strategiei de eliminare a sifilisului congenital iar România a ratificat acest document care cuprinde:

1. asigurarea unui angajament politic susținut (parteneriate la nivel național și internațional, demonstrarea cost-beneficiu a intervențiilor de prevenire a sifilisului congenital, încorporarea unor mesaje clare asupra beneficiilor îngrijirii antenatale în programele de îngrijire maternă și neonatală),

2. îmbunătățirea accesului și calității serviciilor de sănătate acordate mamei și nou născutului (creșterea procentului femeilor însărcinate care solicită îngrijire devreme în cursul sarcinii, screening-ul și tratamentul tuturor femeilor însărcinate, tratamentul adecvat al partenerilor femeilor

infectate, screeningul și tratamentul pentru sifilis al tuturor femeilor care se prezintă cu posibile complicații ale sifilisului - avort spontan, născuți morți, disponibilitatea unor servicii de sănătate integrate care să asigure screening-ul și tratamentul infecției HIV, sifilisului și malariei),

3. *screeningul și tratamentul gravidelor și a partenerilor lor* (fiecare țară are nevoie de stabilirea unei strategii proprii de screening a femeilor însărcinate în funcție de prevalența bolii),

4. *stabilirea unor sisteme de supraveghere, monitorizare și evaluare* (6).

Concluzii

Sifilisul reprezintă în continuare o problemă majoră de sănătate publică iar eliminarea sifilisului congenital a fost adoptat de către OMS drept obiectiv strategic pentru intervalul 2005 - 2015. Datele statistice de la nivel național indică o scădere a incidenței sifilisului, situație regăsită și în analiza efectuată asupra cazurilor raportate de Spitalul Clinic Colentina. La nivel local scăderea numărului de cazuri în 2007 față de 2006 este posibil să nu reflecte o reală scădere a incidenței sifilisului, dovadă fiind numărul mare de teste serologice VDRL pozitive depistate de laboratorul de analize din cadrul Spitalului Clinic Colentina. Sprijinirea și dezvoltarea rețelei dermato-venerologice pentru identificarea, tratarea și raportarea ITS-urilor trebuie urmărită consecvent. Colaborarea dintre departamentele de dermatologie din întreaga țară în cadrul unor programe specifice de cercetare-dezvoltare poate aduce soluții financiare pentru îmbunătățirea serviciilor medicale din acest sector.

Intrat în redacție: 25 martie 2008

Bibliografie

1. Bucur, G., Giurcăneanu, C. – Boli transmise pe cale sexuală. Editura CELSIUS, București, 2000, 36-45, 118-144.
2. Forsea, D., Popescu, R., Popescu, C.M. – Comendiu de dermatologie și venerologie. Editura TEHNICĂ., București, 1996, 350-367.
3. Cosgarea, R. – Dermato-venerologie clinică. Editura Medicală Universitară "Iuliu Hațieganu", Cluj-Napoca, 2003, 166-178.
4. Ministerul Sănătății. Centrul de statistică sanitară și documentare medicală. Bolile venerice în România anii 1992-2003, 2004, 1-11
5. Diaconu, J.D., Grădină, V., Popescu, M. – Aspecte ale morbidității prin bolile transmisibile sexual majore pe anul 1998 comparativ cu anii 1996 și 1997 în România. Societatea Română de Dermatologie. Dermato-venerologie, Vol. XLIV, Nr.3, 1999.
6. The global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action, World Health Organization, 2007.
7. Crowe, S., Willis, D., Mulla, Z., S Terry. – Comparison of Confirmatory Methods for Syphilis: EIA, TP-PA, and FTA. 2002 National STD Prevention Conference.
8. Ministerul Sănătății și Familiei. Comisia de dermatovenerologie. Ghid de diagnostic și tratament al infecțiilor transmise sexual. Ministerul Sănătății și Familiei 2004, 6-23.
9. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2006. Morbidity and Mortality Weekly Report, Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Atlanta, august 4, 2006, Vol. 55, No. RR-11.
10. Colțoiu, A. – Dermato-Venerologie. Editura didactică și pedagogică. București, 1993, 750-4
11. Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006-2015, World Health Organization, 2007.[RTF bookmark start:]_PictureBullets.