

RAPORTUL ANUAL AL CAZURILOR DE SIFILIS ÎNREGISTRATE LA SPITALUL CLINIC COLENTINA – 2008

G.-S. ȚIPLICA*, C.M. SĂLĂVĂSTRU*, L.E. POPA*, E. SEVERIN, C. VINȚE, A. RUȘINOIU,
A. PÂRVU, M-M. CONSTANTIN*, I.M. POPA*

București

Rezumat

Studiul de față este unul retrospectiv și a fost realizat având la bază cazurile de sifilis luate în evidență în anul 2008 în cadrul Spitalului Clinic Colentina din București, dorindu-se observarea unor aspecte epidemiologice ale sifilisului în acest an. Datele au fost obținute din evidențele Biroului epidemiologic din cadrul Spitalului Colentina, analizându-se statistic fișele epidemiologice ale pacienților declarați. În anul 2008, în Spitalul Clinic Colentina, au fost înregistrate 188 de cazuri noi de sifilis, 54,25% (102) dintre acestea provenind din București. Numărul de cazuri noi de sifilis este în scădere cu 6 % față de 2007 și cu 39,87% față de 2006. În ultimii patru ani nu s-a înregistrat niciun caz de sifilis congenital. Comparativ cu anii precedenți (2006, 2007), în 2008 se constată o creștere a intervalului de vârstă în care se înregistrează numărul maxim de cazuri la bărbați (25-29 ani), iar la femei o scădere a acestuia (20-24 ani). Principala categorie cu risc crescut față de sifilis este reprezentată de tinerii ce provin din medii defavorizate.

Sifilisul reprezintă în continuare o problemă de sănătate publică. Scăderea numărului de cazuri în 2008 față de 2007 nu reflectă o scădere a incidenței sifilisului ca urmare a unor măsuri epidemiologice eficiente, ci o reorientare a pacienților către medicii de familie și către cabinetele medicale private. Modificarea comportamentului sexual, prostituția necontrolată, degradarea condițiilor socio-economice și nivelul scăzut de educație pentru sănătate constituie principalii factori care determină creșterea incidenței reale a sifilisului.

Cuvinte cheie: sifilis, epidemiologie, Spitalul Clinic Colentina.

Summary

This study is a retrospective one and it has been achieved based on cases of syphilis recorded in 2008 in Colentina Clinical Hospital from Bucharest. The aim of the study was to analyze syphilis epidemiological aspects in 2008. Information were obtained from "Epidemiologic Office" of Colentina Clinical Hospital. We had in view to evaluate the evolution of syphilis incidence 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. During 2008 there have been noted 188 new cases of syphilis, 54,25% of which coming from Bucharest only. The number of new cases of syphilis is getting lower with 6% compared to those in 2007 and with 39,87% in 2006. No case of congenital syphilis has been noted in the past 4 years. Comparing to last years (2006, 2007), in 2008 the age range for the highest number of cases increased for men (age 25-29) and decreased for women (age 20-24). Young people with low life standards are the main target of high risk towards syphilis.

Syphilis represents a public health issue. The decreased number of new cases in 2008 comparing to year 2007 does not reflect a lower incidence of the syphilis as a result of some effective epidemiological measures, but it is due to the reorientation of the patients to the general practitioners and to the private practice offices. Between the main factors that promote the increasing of syphilis are changing sexual behavior, prostitution, degradation of socioeconomic condition and the deficiencies in health behavior.

Key words: syphilis, epidemiology, Colentina Clinical Hospital.

DermatoVenerol. (Buc.), 53: 221-231

* U.M.F. „Carol Davila” București, Spitalul Clinic Colentina, București

Sifilisul este o infecție cu transmitere sexuală (ITS) cu evoluție cronică și intermitentă, produsă de spirocheta *Treponema pallidum* subsp. *pallidum*. Infecția treponemică evoluează stadial, progresiv, diferitele stadii evolutive fiind despărțite de perioade de latență. Aceasta modalitate variabilă de evoluție a bolii întârzie deseori prezentarea pacientului la medic (1-3). Pericolul epidemiologic ridicat și evoluția severă a bolii în lipsa unui tratament adecvat impun existența unor măsuri de supraveghere epidemiologică. Primele astfel de măsuri au fost introduse în secolul XVIII. În România declararea obligatorie a pacienților suferinzi de sifilis a fost impusă prin lege și aplicată în mod organizat numai începând cu anul 1943.

Incidența sifilisului în perioada actuală este dificil de apreciat deoarece în foarte multe țări, mai ales în țările nedezvoltate, 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 în țările lumii a treia neliniștește forurile internaționale care încurajează punerea la punct a unor programe și acțiuni pentru combaterea eficientă a bolii.

Sifilisul rămâne un subiect de maximă actualitate din mai multe considerente: capacitatea de a evolua în izbucniri epidemice (outbreaks), chiar și acolo unde incidența bolii pare scăzută; imposibilitatea eradicării în momentul actual; posibilitatea apariției complicațiilor, cu leziuni viscerale grave (cardio-vasculare, neurologice) chiar în condiții terapeutice moderne; transmiterea infecției pe cale neveneriană, de la mamă la făt, cu consecințe nefaste asupra dezvoltării produsului de concepție (1).

În SUA, ITS, între care se evidențiază sifilisul dar și gonoreea sau infecțiilor produse de *Chlamydia spp.*, reprezintă o serioasă problemă de sănătate publică. Incidența cazurilor de sifilis primar și secundar (cele mai contagioase stadii ale bolii) au scăzut de-a lungul anilor 1990 pentru ca în 2000 să atingă nivelul cel mai scăzut din statisticile efectuate începând cu anul 1941. Rata scăzută a cazurilor de sifilis și agregarea acestora într-un număr scăzut de arii geografice a permis crearea în SUA a unui plan de eradicare a sifilisului, care a fost anunțat în 1996 și

reactualizat în 2006. Între anii 1990-2000, ratele de sifilis primar și secundar au cunoscut o scădere cu 89,7%. Cu toate acestea, începând cu anul 2001, numărul de cazuri de sifilis primar și secundar a crescut anual, mai ales la bărbați, dar și la femei. În 2007 în SUA au fost raportate 11.466 de cazuri de sifilis primar și secundar (3,80/000), evidențiindu-se o creștere de 15% față de 2006. Tot în SUA, între anii 2003 și 2007, numărul cazurilor de sifilis primar și secundar a crescut cu 64% în rândul populației masculine și cu 39% în cazul celei feminine. În 2007 incidența prin sifilis primar și secundar raportată la bărbați (6,60/000) a fost de 6 ori mai ridicată decât cea înregistrată la femei. Niveluri mai ridicate la bărbați au fost observate în rândul tuturor grupurilor rasiale și etnice. După 14 ani de declin, incidența prin sifilis congenital a crescut în SUA în anul 2006, și din nou în 2007, înregistrând o creștere de 28% față de anul 2005. Respectiv, în 2007, au fost raportate 430 de cazuri noi de sifilis congenital, față de 382 de cazuri în anul 2006 și 339 cazuri în anul 2005.

Deși în trecut se înregistrau mai multe cazuri în rândul populațiilor de diferite etnii, aceste diferențe s-au estompat în ultimii 8 ani. În 2007, rata de cazuri noi de sifilis în populația afro-americană a fost de 7 ori mai mare decât în populația caucaziană, ceea ce a semnalat o scădere față de anul 1999, când numărul de cazuri în populația afro-americană era de 29 de ori mai mare decât în populația caucaziană. În anul 2007 s-au notat creșteri ale numărului de cazuri de sifilis în populația afro-americană (femei și bărbați), dar și o ușoară creștere a cazurilor de sifilis în populația caucaziană. În anul 2007, 65% dintre cazurile de sifilis primar și secundar raportate în SUA au survenit în populația masculină cu comportament homosexual. Această valoare procentuală este mai ridicată decât în rândul populației heterosexuale feminine și masculine din orice grup rasial și etnic.

Deoarece prezența bolilor venerice facilitează transmiterea HIV pe cale sexuală, OMS a lansat o lozincă sugestivă: „combaterea infecției HIV trebuie să înceapă prin combaterea bolilor venerice”. Infecția luetică a fost asociată cu o incidență crescută a transmiterii infecției HIV. Acest fapt ridică motive de îngrijorare mai ales pentru populația masculină cu orientare homosexuală de toate rasele și populația afro-

americană (bărbați și femei), unde recrudescența cazurilor de HIV este cea mai mare. În SUA, în perioada 1999-2007, în cadrul unui program organizat în mai multe clinici cu profil venerologic din 8 mari orașe s-a încercat monitorizarea tendințelor prevalențelor ITS, HIV și a comportamentelor la risc în populația de homosexuali. Au fost colectate date despre sifilis (investigate pe baza RPR și VDRL), gonoree, infecția cu *Chlamydia* și HIV pe baza a 165.603 consulturi medicale cu profil venerologic realizate în populația cu comportament homosexual. În rândul bărbaților homosexuali seroreactivitatea pentru sifilis a crescut de la 4% (3-13%) în 1999, la 8% (4-18%) în 2007, cu valori de 7% (4-12%) în populația caucaziană, 14% (8-30%) în populația afro-americană și 11% (3-22%) în populația hispanică. În funcție de asocierea altor ITS și statusul HIV, seroreactivitatea în medie a fost de 32% (19-42%) în populația homosexuală masculină HIV-pozitivă și 6% (3-13%) în populația homosexuală masculină HIV-negativă sau cu status HIV necunoscut.

În timp ce eforturile de eliminare a cazurilor de sifilis s-au concentrat pe populația heterosexuală la risc, creșterea numărului de cazuri de sifilis în rândul populației masculine cu comportament homosexual, a impus o continuă reactualizare a strategiilor de supraveghere, control și prevenție (12).

În România, începând cu anul 1989, incidența sifilisului a început să crească de la an la an, astfel încât, în 2002, aceasta a ajuns la 58,530/000. În 2003 incidența bolii scade, atingând valori asemănătoare anului 2000 (44,60/000 în anul 2003 față de 44,30/000 în anul 2000). După anul 2003, România cunoaște o scădere ușoară, liniară, a numărului de cazuri de sifilis, ajungându-se în anul 2006 la un număr de 5.661 cazuri. Această evoluție a incidenței sifilisului în țara noastră se încadrează în modelul general urmat de incidența ITS din țările ex-comuniste observată după 1989 (Fig. 1) (1, 4-5).

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

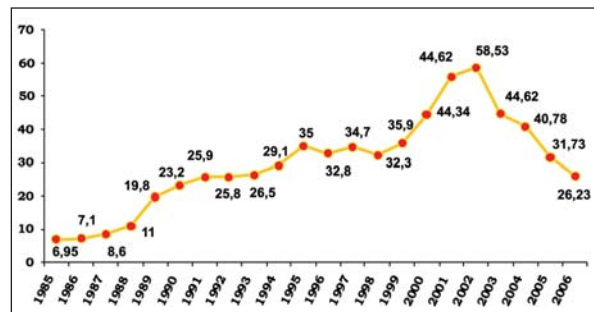


Fig. 1. Incidența sifilisului (toate formele clinice) în România în perioada 1985-2006 (după Dr. Vasile Benea- SRD București ianuarie 2007)

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. Raportarea se realizează având drept unic criteriu domiciliul stabil al pacientului, evitându-se astfel raportarea dublă a cazului nou de îmbolnăvire. Periodic (lunar, trimestrial, semestrial și anual) Centrul de Calcul și Statistică al Ministerului Sănătății prelucrează datele furnizate de rețeaua epidemiologică prin buletinele de declarare a cazurilor noi de îmbolnăvire, rezultatele statistice fiind astfel oficializate.

Studiul de față a fost realizat pe baza fișelor de declarare a cazurilor de sifilis înregistrate la Biroul epidemiologic în perioada 01 ianuarie-31 decembrie 2008.

Rezultate

I. Sifilisul

În anul 2008, Spitalul Clinic Colentina a raportat 188 de cazuri noi de sifilis, cu 12 mai puține comparativ cu anul 2007. Continuă scăderea numărului de cazuri de sifilis identificată în anul 2005, când s-au raportat 452 cazuri noi, cu 269 de cazuri mai puțin față de anul 2004 (Fig. 2).

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, dar nu putem trece peste unele aspecte care necesită a fi menționate. În anul 2008 s-a constat

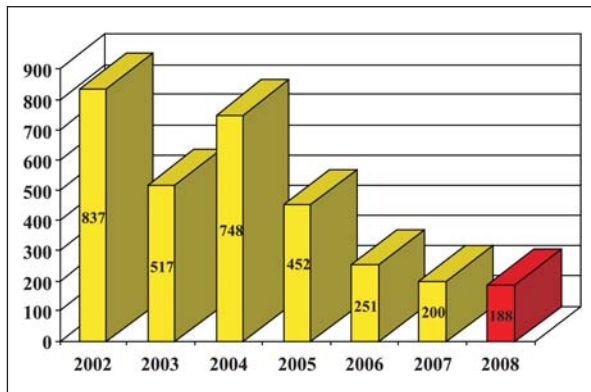


Fig. 2. Evoluția numărului de cazuri de sifilis în Spitalul Clinic Colentina în perioada 2002-2008

că 54,25% din cazuri au fost din București, iar 45,74% din provincie. Se observă că tendința este de creștere a numărului de cazuri din provincie, în 2007 înregistrându-se un procent de 43%, iar în 2006, 37% cazuri (Tabelul 1). 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 medico-sociale, de cazare și despărțiți perioade îndelungate de familii.

În anul 2008, ca și în anul 2007, repartitia pe sexe a cazuisticii de sifilis este în "favoarea sexului masculin" (B/F=55/47), spre deosebire de anii 2006 și 2005, când la Spitalul Clinic Colentina s-a înregistrat un număr mai mare de cazuri la femei (B/F=69/89, respectiv 151/157). Nu există date care să permită interpretarea statistică a orientării sexuale (Tabelul 1).

În SUA, în 2007 incidența cazurilor de sifilis primar și secundar din rândul bărbaților a crescut cu 17,9% (de la 5,60/000 la 6,60/000 în 2007). Din 2005, datele raportate au inclus și sexul partenerilor pacienților cu sifilis, astfel încât în 2007, mai mult de jumătate dintre cazurile cu sifilis primar și secundar au survenit în rândul populației masculine cu comportament homosexual (bazat pe datele culese în 44 de state și districtul Columbia). În plus, discrepanța dintre numărul de cazuri de sifilis apărute la femei comparativ cu populația masculină a crescut în mod consistent. În prezent aceasta atinge de 6 ori rata înregistrată la femei cu mai multe decade în

urmă, când proporțiile erau aproape echivalente, sugerând că această creștere a incidenței cazurilor de sifilis în populația masculină s-a făcut pe seama populației cu orientare homosexuală. Comparativ cu incidența înregistrată în cazul populației masculine, în rândul femeilor din SUA incidența prin sifilis primar și secundar rămâne substanțial redusă, deși numărul cazurilor raportate la femei a continuat să crească din 2004, după mai mult de o decadă de declin. În 2007, rata sifilisului la femei a crescut cu 10% (de la 1⁰/₀₀₀ în 2006 la 1,1⁰/₀₀₀ în 2007). Această creștere a survenit preponderent în rândul femeilor afro-americane, unde incidența a crescut cu 14,3% (de la 4,9⁰/₀₀₀ în 2006 la 5,6⁰/₀₀₀ în 2007) (12).

În anul 2008, comparativ cu 2007, la Spitalul Clinic Colentina s-a înregistrat o creștere a numărului de cazuri depistate în faza de sifilis latent (55,88%-54,8%), cât și a cazurilor de sifilis secundar (23,52%-23,48%). În cazul sifilisului primar s-a constatat o tendință de scădere (20,58%-21,73%). 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 dermatologului în fața secundară a infecției. Din rândul acestora se selectează o bogată cazuistică de serorezistență. (Tabelul 1, Fig. 3).

Comparând cu datele raportate de SUA în anul 2007 aflăm 3.140 cazuri de sifilis primar, 8.326 cazuri de sifilis secundar, 10.768 cazuri de sifilis latent recent, și 18.256 cazuri de sifilis latent tardiv. La nivelul SUA incidența sifilisului primar și secundar a crescut cu 15,2% între anii 2006 și 2007 (de la 3,3⁰/₀₀₀ la 3,8⁰/₀₀₀) (12).

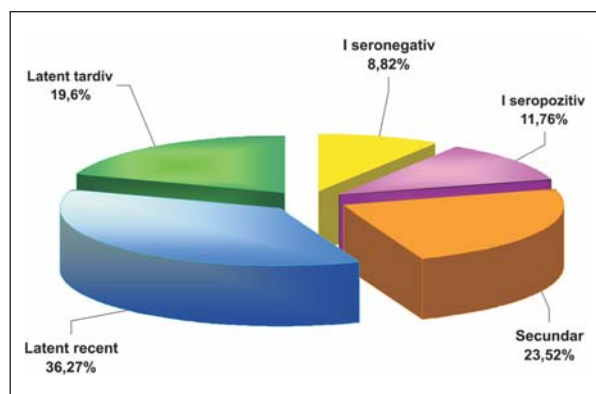


Fig. 3. Repartiția în funcție de forma clinică a cazurilor de sifilis în Spitalul Clinic Colentina (2008)

Tabelul 1.
Situația statistico-epidemiologică pentru sifilis pe anul 2008 comparativ cu anii 2006-2007 - Spitalul Clinic Colentina

	2006		2007		2008	
Număr total cazuri noi toate formele clinice	251		200		188	
1. Repartiție pe medii	%		%		%	
București	158	62,94	115	57	102	54,25
provincie	93	37,05	85	43	55	45,54
2. Repartiție pe sexe						
masculin	69	43,67	64	55,65	55	53,92
feminin	89	56,32	51	44,34	47	46,08
3. Repartiție după starea civilă						
necăsătoriți	36	22,78	28	24,34	27	26,4
căsătoriți	41	25,94	30	26,08	31	30,39
concubine	58	36,7	40	34,78	29	28,43
divorțați	16	10,12	11	9,56	12	11,76
văduvi	7	4,43	6	5,21	3	2,94
4. Repartiție pe forme clinice						
sifilis I seronegativ	6	3,79	4	3,47	9	8,82
sifilis I seropozitiv	6	3,79	21	18,26	12	11,76
sifilis secundar	18	11,39	27	23,47	24	23,52
sifilis latent recent	78	49,36	41	35,65	37	36,27
sifilis latent tardiv	50	31,64	22	19,13	20	19,6
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	1	0,86	0	0
15-19 ani	15	9,49	11	8,69	10	9,8
20-24 ani	19	12,02	22	19,13	20	19,6
25-29 ani	42	26,58	16	13,91	20	19,6
30-34 ani	29	18,35	26	22,6	14	13,72
35-39 ani	23	14,55	6	5,21	16	15,68
40-44 ani	6	3,79	14	12,17	9	8,82
45-49 ani	4	2,53	8	6,95	2	1,96
50-59 ani	13	8,22	7	6,08	7	6,86
peste 60 ani	7	4,43	4	3,47	4	3,91
6. Repartiție pe profesii						
muncitori/funcționari	96	60,75	63	54,78	51	50
intelectuali	0	0	2	1,73	2	1,96
casnice	4	2,53	2	1,73	2	1,96
pensionari	10	6,32	11	9,56	9	8,82
elevi/studenti	5	3,16	10	8,69	7	6,86
fără ocupație	28	17,72	20	17,39	16	15,68
alte ocupații	15	9,49	7	6,08	10	9,8
7. Surse						
identificate	67		26		39	
8. Contacti						
declarați	235		193		158	
identificați	110		71		66	
9 Modul depistării						
prezentare spontană	26	16,45	10	8,69	31	30,39
depistare activă	132	83,54	105	91,3	71	69,6

Din punct de vedere al statusului marital cazurile înregistrate la Spitalul Clinic Colentina în anul 2008 comparativ cu datele anului 2007 indică o creștere a numărului de cazuri de sifilis în rândul pacienților căsătoriți (30,39%), divorțați (11,76%) și necăsătoriți (26,4%) și o scădere în cazul concubinilor (28,43%) și al văduvilor (2,94%) (Tabelul 1, Fig. 4).

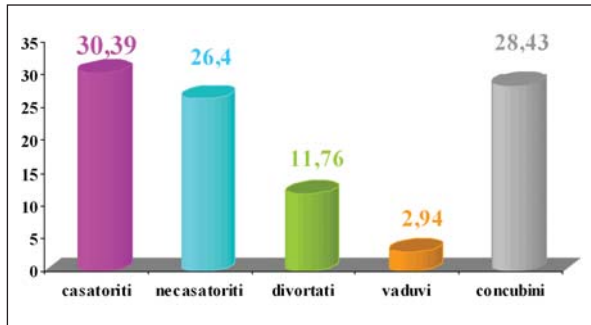


Fig. 4. Repartiția în funcție de starea civilă a cazurilor de sifilis în Spitalul Clinic Colentina (2008)

Ca și în anii 2006 și 2005, în anul 2007, cel mai mare număr de cazuri a fost înregistrat în rândul categoriilor defavorizate socio-economic (muncitorii din comerț și alimentație publică, persoanele fără ocupație, pensionari). Cel mai mic număr de cazuri s-a raportat în cazul casnicilor și elevilor (Tabelul 1, Fig. 5). 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

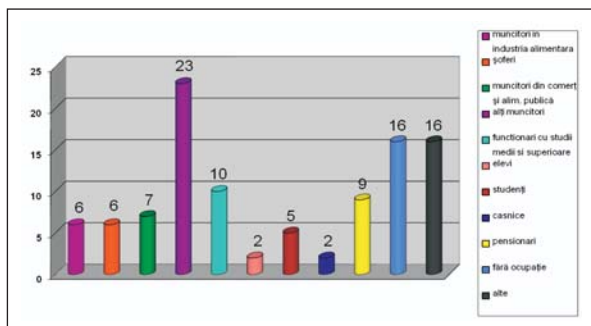


Fig. 5. Repartiția în funcție de profesie a cazurilor de sifilis în Spitalul Clinic Colentina (2008)

fenomenului prostituției și a vagabondajului sexual este indicată de ponderea tot mai mare a persoanelor de sex feminin, fără ocupație, tinere, necăsătorite.

În anul 2008, ca repartiție pe grupe de vârstă, cel mai mare număr de pacienți infectați s-a regăsit în intervalele 20-24 ani și 25-29 ani, spre deosebire de anul 2007 (30-34 ani). Comparativ cu anii precedenți (2006, 2007), în 2008 se constată o creștere a intervalului de vârstă în care se înregistrează numărul maxim de cazuri la bărbați (25-29 ani), iar la femei, o scădere a acestuia (20-24 ani) (Tabelul 1, Fig. 6). În SUA, incidența pentru sifilisul primar și secundar din rândul femeilor cu vârste cuprinse între 15 și 19 ani, a crescut anual, începând cu anul 2004 ($1,5^0/_{000}$), astfel încât în 2007 au fost înregistrate 2,4 cazuri la 100.000 locuitori. În fiecare an, cele mai crescute rate ale infecției luetice s-au înregistrat în rândul femeilor cu vârste cuprinse în intervalul 20-24 de ani. În 2007, s-a ajuns la 3,5 cazuri la 100.000 de locuitori. Incidența cazurilor de sifilis în acest grup de vârstă este comparabilă cu incidența identificată la grupele de vârstă mai înaintate. În contrast, în populația masculină, numărul de cazuri de sifilis cuprins în intervalul 15-19 ani a fost mult mai scăzut comparativ cu alte grupe de vârstă. Cu toate acestea, creșteri s-au înregistrat și în acest interval, în anul 2002 raportându-se $1,3^0/_{000}$, în 2006, $3^0/_{000}$, iar în 2007, 3,8 cazuri la 100.000 locuitori. În perioada 2003-2006, cea mai scăzută incidență a cazurilor de sifilis a fost identificată în mod constant în intervalul de vârstă 35-39 ani. În anul 2007 cel mai mare număr de cazuri s-a înregistrat în intervalul 25-29 ani ($14,9^0/_{000}$). În rândul populației masculine cu vârsta între 35 și 39 de ani incidența a fost de $14,4^0/_{000}$ (12).

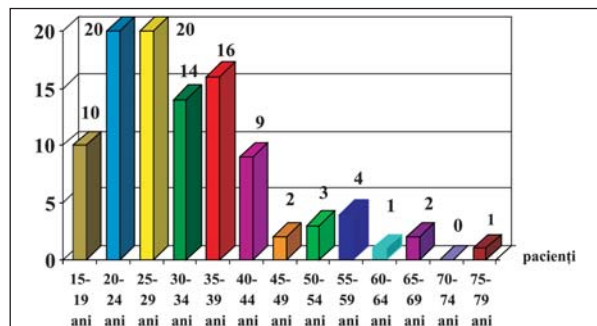


Fig. 6. Repartiția după grupe de vârstă a cazurilor de sifilis în Spitalul Clinic Colentina (2008)

II. Activitatea de prevenire și combatere a sifilisului

Eficiența anchetelor epidemiologice poate fi dedusă și din numărul de surse identificate din datele furnizate de pacienți. Față de tendința observată în anii anteriori, de scădere a numărului surselor depistate din cele declarate (respectiv 101 surse în 2005, 67 surse în 2006 și 26 surse identificate în 2007), în anul 2008 se constată o creștere a numărului de surse identificate (39 pacienți). Bolnavii de sifilis declară că au avut un contact sexual infectant cu o persoană necu-noscută care se prostitua, consumul de băuturi alcoolice fiind factorul favorizant. Proporția contactelor identificați în anul 2008 a fost de 41,77%, în creștere comparativ cu anul 2007 (36,78%) (Tabelul 1, Fig. 7).

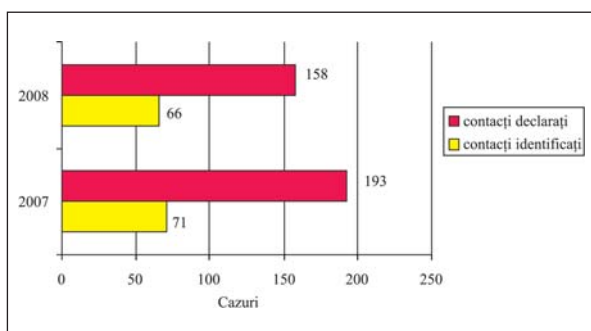


Fig. 7. Reprezentarea comparativă a contactilor cazurilor de sifilis în Spitalul Clinic Colentina (2007-2008)

Ca și mod de depistare al îmbolnăvirilor, prin prezentarea spontană de numai 0,39% din cazuri, se relevă gradul scăzut de educație pentru sănătate. Prezentarea spontană la consult și tratament este mai frecventă la sexul masculin, la care semnele de boală sunt 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. Testele serologice reprezintă principala modalitate de diagnostic în sifilis și trebuie interpretate în relație cu evoluția naturală a infecției treponemice (16). 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. În completarea sau suplinirea examenului ultramicroscopic sunt folosite metodele serologice de identificare a anticorpilor antitreponemici. Această examinare își găsește utilitatea 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 (1-3).

În cadrul Spitalului Clinic Colentina serviciile de laborator au fost externalizate. Testele utilizate în diagnosticul sifilisului se împart în două categorii: teste netreponemice - VDRL și teste treponemice - TPHA.

Penicilina administrată parenteral este tratamentul de elecție al sifilisului în toate stadiile. Tipul preparatului de penicilină utilizat (benzatin penicilina, penicilina cristalină, procain penicilina), dozajul și durata tratamentului depind de stadiul și de manifestările clinice ale bolii. Pacienții care se adresează Spitalului Clinic Colentina urmează tratament conform cu Ghidul de diagnostic și tratament al infecțiilor cu transmitere sexuală, 2004 (1-3).

III. Interpretarea datelor de supraveghere epidemiologică și raportarea morbidității prin sifilis în SUA

În SUA în ceea ce privește raportarea cazurilor de sifilis recent, din 1984 și până în 2002 au fost utilizate formulare de declarare lunară a cazurilor de sifilis. Există, de asemenea, un formular de supraveghere a morbidității prin boli cu transmitere sexuală, unde sifilisul era notat alături de alte ITS. Acest formular a fost utilizat între anii 1963-2002 și se adresa cazurilor de sifilis congenital. Formularele raportau cazurile de sifilis primar și secundar, gonoree și infecții cu *Chlamydia spp.*, în funcție de sex, rasă, sursă și grup de vârstă. Formularul de raportare a cazurilor de sifilis congenital a fost utilizat prima dată în 1983 și continuă să fie folosit și astăzi în anumite zone din SUA. Pentru declararea noilor cazuri de sifilis congenital există un sistem

național de telecomunicații, la care au acces 41 de arii geografice, Puerto Rico fiind printre ultimele care a aderat la acest sistem (2006). Acest sistem funcționează în paralel cu formularele printabile de declarare. În prezent, cazuistica sifilisului congenital acoperă perioada 1941-2007. De-a lungul timpului, cazurile au fost analizate statistic prin: raportare la 100.000 de locuitori (0/000) sau număr de cazuri diagnosticate în primul an de viață la 100.000 de născuți vii. Pentru a permite compararea datelor în cazuistica sifilisului congenital, s-a ales ca element comun numărul de născuți vii. În ceea ce privește raportarea morbidității prin sifilis congenital, în 1988 s-a schimbat definiția cazului de sifilis congenital supravegheat epidemiologic. Consecința a fost o îmbunătățire a depistării active a cazurilor de sifilis. Numărul cazurilor raportate a crescut dramatic în perioada 1989-1991. Toate ariile de raportare au adoptat noua definiție până în 1992. La aceasta s-a adăugat modificarea datelor strânse despre cazurile de sifilis congenital: sunt colectate informații individuale, care permit o analiză mai strânsă a caracteristicilor cazului. Pentru a analiza aspectul rasă/etnie, se are în considerare rasa/etnia mamei. Pe formularele utilizate în perioada 1995-2007 se declară statul și orașul de reședință al mamei. Ca o particularitate, declararea cazurilor de sifilis congenital poate fi întârziată ca urmare a etapelor de investigare și validare. Cazurile de sifilis congenital sunt adăugate la baza de date de-a lungul întregului an, iar cele care nu sunt comunicate la data publicării raportului de supraveghere epidemiologică, sunt anunțate în rapoarte ulterioare, în funcție de anul nașterii pacientului.

În scopul supravegherii cazurilor de sifilis a fost dezvoltată definiția cazului de sifilis bazată pe criterii clinice și paraclinice, în funcție de care cazul este clasificat ca fiind probabil / confirmat. Astfel sunt recunoscute următoarele entități: sifilis primar, secundar, latent (recent și tardiv, latent de durată necunoscută), neurosifilis, sifilis tardiv cu alte manifestări decât neurosifilis (tardiv benign și sifilis cardiovascular), nou născut mort la naștere și sifilis congenital. Neurosifilisul a fost declarat ca stadiu separat, între 1996-2005, dar, începând cu 2005, acesta nu a mai fost recunoscut ca stadiu separat

(neurosifilisul poate să apară în orice stadiu al infecției).

Multiple studii și proiecte de supraveghere au demonstrat o prevalență mai ridicată a ITS în rândul persoanelor din închisori și centre de corecție a minorilor. Screening-ul pentru sifilis la intrarea în aceste centre, oferă ocazia identificării infecției, prevenirii complicațiilor și reducerii transmiterii în comunitate. De exemplu, datele colectate de la un studiu local cu incidență crescută a sifilisului au sugerat că screening-ul și tratarea populației feminine dintr-un centru poate duce la reducerea numărului de cazuri de sifilis în comunitatea generală. În unele zone, o proporție însemnată dintre cazurile de sifilis recent sunt raportate din astfel de instituții. În 2007 au fost strânse datele referitoare la cazurile de sifilis raportate în centre de detenție și corecție din 19 state. Acestea au fost raportate atât la nivel local, cât și la nivel de stat: 50.666 testări pentru serologie sifilis în rândul femeilor și 200.064 în rândul bărbaților instituționalizați. În 2007, media cazurilor seropozitive pentru sifilis la pacienții instituționalizați a fost 0,1% (0,0-0,9%) la adolescenții ce au intrat în centre de corecție, media cazurilor în rândul adolescentelor fiind de 0,2 (0,0-2,1%). În 2006, în 60 de închisori pentru bărbați, valoarea medie a cazurilor de sifilis seropozitiv a fost de 1,0% (0,0-47,0%). În 2007, la femeile din 36 de închisori, valoarea medie a cazurilor seropozitive de sifilis a fost 2,1% (0,0-28%) (12).

IV. Discuții

În anul 2007 numărul de cazuri noi de sifilis raportate de Spitalul Clinic Colentina a fost de 188, cu un raport B:F în favoarea bărbaților. (Tabelul 1, Fig. 8). Această tendință 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 informate că pentru acești bolnavi beneficiază de analize, medicamente și materiale

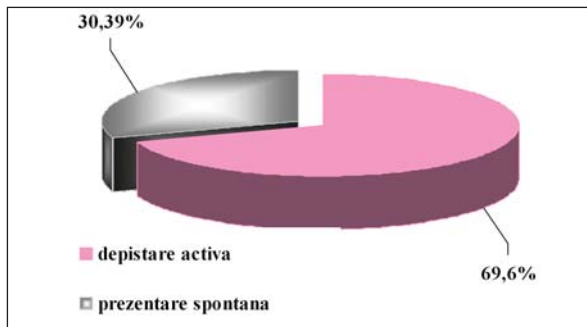


Fig. 8. Reprezentarea modalităților de depistare a cazurilor în Spitalul Clinic Colentina (2008)

sanitare gratuite. 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, legalizarea prostituției, protecția minorilor, sancționarea abuzului sexual, alinierea legislației în domeniul ITS la cea pe plan internațional; 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 baza combaterii ITS, inclusiv a sifilisului, stă și colaborarea dintre medicul specialist dermato-venerolog și medicul de familie. Acesta din urmă, prin relația directă cu pacientul, va fi primul factor de intervenție în prevenirea bolilor, în diagnosticul precoce, urmărirea, tratamentul corect și evoluția bolii. Conform legislației, sarcinile care revin pe linie antiveneriană medicului de familie sunt: depistarea ITS cu ocazia examinărilor curente (prin control la toți pacienții a tegumentelor, mucoaselor, organelor genitale); supravegherea epidemiologică antiveneriană a grupelor de populație prevăzute în legislație prin control clinic și de laborator periodic; efectuarea examenului clinic și serologic al elevilor în conformitate cu instrucțiunile legale; îndrumarea către controlul medicului specialist dermato-venerolog din policlinică a bolnavilor suspecti de ITS; acordarea sprijinului necesar la desfășurarea anchetelor epidemiologice efectuate

în policlinică; efectuarea tratamentului ambulator al bolnavilor și contactilor de boli venerice pe baza indicațiilor specialistului dermato-venerolog; asigură controlul post terapeutic al bolnavilor și contactilor de ITS din teritoriu. În relația medic-boală-pacient, medicul de familie are o importanță maximă, întrucât prin urmărirea nemijlocită a pacientului, intervine terapeutic (asigură continuitatea tratamentului), epidemiologic (stabilire cu exactitate a contactilor) și este primul care face educație pentru sănătate pacienților săi. Astfel, pacienții trebuie informați despre: modul de transmitere și manifestările de debut ale ITS, ca și avantajul prezentării la medic la primele semne de boală, evoluția și complicațiile ITS, cunoașterea metodelor de protecție antiveneriană, pericolul autotratării pentru bolnav, familie, colectivitate, avantajul tratamentului corect și precoce, necesitatea și obligativitatea legală a tratamentului acestor boli, importanța declarării sursei și contactilor pentru eradicarea bolii venerice (15).

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. Riscul transmiterii transplacentare a infecției cu *Treponema pallidum* subsp. *pallidum* a crescut interesul pentru depistarea bolii la femeile gravide. Interpretarea rezultatelor serologice la femeia gravidă este complicată prin posibilitatea existenței unei reacții fals pozitive legată de sarcină. În aceste situații, determinarea FTA- Abs IgM sau EIA-IgM permite diferențierea unui sifilis vechi cu anticorpi reziduali de un sifilis evolutiv. În transmiterea transplacentară a bolii există următoarele posibilități evolutive severe: manifestări septicemice care duc la moartea fătului, naștere prematură, leziuni neurologice observate tardiv (13,14). Strategia de eliminare a sifilisului congenital face parte din planul de lucru pe anii 2004-2009 al Departamentului pentru sănătatea reproducerii (*Department of Reproductive Health and Research - RHR*), din cadrul OMS. Recent, cercetătorii OMS au dezvoltat o strategie de evaluare a datelor morbidității materne prin înregistrarea datelor din fiecare țară în parte.

În SUA s-au pus bazele unui program național intitulat HP (Healthy people) 2010, ale cărei obiective pentru infecția luetică sunt: eliminarea susținută a transmiterii sifilisului primar și secundar în interiorul familiilor, ținta fiind de 0,2 cazuri/100.000 locuitori în 2010. În 2007, nivelul atins a fost de $3,8^0/_{000}$, cel mai crescut din 1997 până în prezent. Un alt obiectiv este reducerea numărului de cazuri de sifilis congenital. În 2007, nivelul a fost de $10,5^0/_{000}$, în scădere față de cifra de la care s-a pornit în 1997 ($27^0/_{000}$, dar în creștere față de anii 2004-2006. Ținta pentru anul 2010 este de 1 caz la 100.000 de locuitori (12).

În 2005, OMS și-a intensificat acțiunea desfășurată în mai multe țări de elimina sifilisul congenital până în 2015. Au fost propuși 4 piloni ai strategiei de eliminare a sifilisului congenital, iar România a ratificat acest document care cuprinde: asigurarea unui angajament politic susținut cu parteneriate la nivel național și internațional; îmbunătățirea accesului și calității serviciilor de sănătate acordate mamei și nou născutului cu disponibilitatea unor servicii de sănătate integrate care să asigure screening-ul și tratamentul infecției HIV, sifilisului și malariei); screening-ul și tratamentul gravidelor și al partenerilor lor; stabilirea unor sisteme de supraveghere, monitorizare și evaluare (6).

În ultimii 4 ani, Spitalul Clinic Colentina nu a înregistrat niciun caz de sifilis congenital, spre deosebire de anii 2001 (13 cazuri) și 2002 (8 cazuri) (Fig. 9). În SUA incidența sifilisului congenital a crescut pentru al doilea an (de la $9,3/100.000$ de născuți vii în 2006, la $10,5/100.000$ în 2007). De-a lungul timpului, creșterea numărului cazurilor de sifilis congenital a urmat

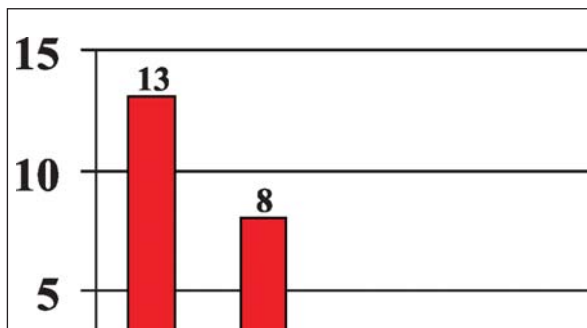


Fig. 9. Evoluția numărului de cazuri de sifilis congenital în Spitalul Clinic Colentina în perioada 2001-2008

creșterii incidenței de sifilis în populația feminină.

Eradicarea infecției luetice presupune educarea pacienților, testarea și tratamentul populației afectate. În timp ce în anii 1990 în SUA se înregistra o scădere a numărului de cazuri de sifilis, tendințele de recrudescență a bolii au dus la noi provocări pe linia de prevenție. În vreme ce inițial eforturile erau orientate către populația heterosexuală, în arii unde incidența era crescută, creșterea numărului de cazuri de sifilis în populația masculină cu comportament homosexual a determinat orientarea resurselor către combaterea a două epidemii distincte de sifilis. În consecință, scăderea numărului de cazuri de sifilis într-o populație a fost urmată de creșterea numărului de cazuri într-o altă populație. Succesul eradicării acestei boli va necesita eforturi crescute la nivel statal și local, pentru a ajunge la populația la risc. CDC recomandă ca bărbații cu comportament homosexual, activi, să fie testați pentru sifilis dar și pentru alte ITS. În acest sens, s-au implementat noi strategii în departamentele ce oferă servicii de sănătate în orașele sau zonele puternic afectate. Aceste strategii variază de la campanii de educație sexuală dezvoltate prin internet, la campanii de educare a populației la risc și a angajaților din serviciile de sănătate publică. Un pas critic în prevenirea răspândirii sifilisului rămâne screening-ul bărbaților cu comportament homosexual, mai ales cei HIV pozitivi. De asemenea, recomandarea pentru screening se adresează și femeilor însărcinate, la primul consult prenatal. Acest screening este esențial pentru prevenirea complicațiilor sifilisului congenital (12).

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. Compendiu 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.
12. Sexually Transmitted Disease Surveillance 2007 (available at www.cdc.gov/std/stats/07).
13. Dupin, N. Syphilis-Aspects cliniques, BEF 2001, 35-36:170-172.
14. Egglestone, S.I., Turner AJL. Serological diagnosis of syphilis, In *commun Dos. Public Health* 2000, 3:158-62.
15. Grăjdeanu, V., Giurcăneanu, C., Nedelcu, I.A. Colaborarea dintre medicul specialist dermatovenerolog și medicul de familie în combaterea bolilor venerice. *Dermato-Venerologie*, 1999, vol. XLIV, Nr. 1, 9-12.
16. Popa MI, Popa GL, Germei spiralați. Genul *Treponema*. *Treponema pallidum*, în *Microbiologie Medicală*, ed. 2, GL Popa, MI Popa, Editura APP, 499-512.

Adresa de corespondență:

Dr. Elena Severin
Spitalul Clinic Colentina, Clinica 2 Dermatologie
Șos. Ștefan cel Mare nr. 19-21, sector 2, #020125
București, Romania
tel. / fax.: 0040-318.052.587.