

✘ Karin Helena Aiello

Anche in condizioni critiche e in contesti pieni di problemi si può descrivere in modo intelligente il proprio lavoro e raccogliere correttamente i dati. Tutto ciò è necessario per mettere a fuoco i problemi di salute di una comunità e per migliorare la qualità dei servizi sanitari.

Introduzione

La sifilide è una malattia a prevalente trasmissione sessuale, dovuta al batterio *treponema pallidum*, in grado di produrre non solo effetti locali, ma anche di carattere generale a carico del sistema nervoso e del sistema cardiovascolare. Anche se non è ufficialmente classificata fra le malattie dimenticate, ne fa praticamente parte: non se ne parla più di tanto, non si fanno campagne di informazione, nell'immaginario di molti è una malattia dei tempi andati, di cui si è sentito parlare solo attraverso film o libri "di costume". **Tuttavia, l'infezione ha tutt'oggi un notevole impatto epidemiologico a livello globale e notevoli ricadute sul piano clinico, tra cui una delle più drammatiche è rappresentata dall'infezione congenita trasmessa dalla donna in gravidanza al feto in assenza di un adeguato e tempestivo trattamento materno**[1].

In Italia, come in quasi tutti i paesi del mondo, tutte le gravide vengono sottoposte al test per la sifilide, ma la maggior parte di loro non ha idea di cosa si tratti o pensa che questo esame sia un retaggio di antiquate consuetudini sanitarie. In effetti, in Europa l'incidenza è piuttosto contenuta (<5 per 100 mila) anche se dai primi anni '90 il numero di casi di sifilide è nuovamente aumentato nel nostro continente a seguito della liberalizzazione dei costumi, dell'aumento del numero dei casi diagnosticati in uomini che hanno rapporti sessuali con uomini e, nell'Europa dell'Est, a seguito della disgregazione dei sistemi sanitari successiva alla caduta dell'Unione Sovietica[2,3]. La situazione è ancor più drammatica nell'Africa Sub-Sahariana dove l'OMS stima che ogni anno vi siano ben 3,4 milioni di nuovi casi di sifilide acquisita e circa 700,000 casi di sifilide congenita[3,4,5].

Juba, Sud Sudan

Juba è la capitale del 54° stato africano, nato nel luglio del 2011 dopo oltre 25 anni di guerra. A differenza delle altre capitali africane, non è una megalopoli, piuttosto **un grande villaggio che sta crescendo velocemente intorno a un piccolo aeroporto internazionale** e pochi quartieri di ville e ministeri; l'ultimo censimento, nel 2008, contava

circa 230.000[6] abitanti. Buona parte delle strade sono ancora sterrate, la maggior parte delle abitazioni sono capanne di fango e paglia (*tukul*) o baracche di mattoni di cemento con i tetti in lamiera. **Ma le cose stanno cambiando velocemente**, alberghi a 5 stelle stanno crescendo come funghi, le strade principali sono state asfaltate e su di esse stanno apparendo lampioni a energia solare che illuminano la nera notte africana. Molti agglomerati di *tukul* intorno al vecchio centro coloniale sono stati rasi al suolo e gli abitanti trasferiti nella periferia. Zone che solo un anno fa erano savana sconfinata sono diventate “quartieri” popolari, per la maggior parte privi di servizi, anche igienici, per non parlare di quelli sociali e/o sanitari. Nonostante sia un paese di credo cristiano (per lo più protestante, ma anche cattolico) la poligamia è molto diffusa, la maggior parte delle famiglie è composta da un marito con due o più mogli e decine di bambini. Quando gli uomini viaggiano frequentemente per lavoro, hanno mogli e figli disseminati per il paese, e se un marito è lontano per molto tempo, un altro uomo può prendere il suo posto nel sostegno della famiglia.

Lungo le principali vie di comunicazione verso il confine con l’Uganda e verso gli altri centri urbani del paese, specialmente vicino alle dogane di accesso alla città, sono presenti bordelli, decine di stanzette costruite spesso con soli mezzi di fortuna, in cui donne e ragazze (spesso poco più che bambine) in maggioranza provenienti da Congo, Uganda e Kenya, intrattengono i loro clienti, per lo più camionisti e viaggiatori di passaggio[7].

La nuova nazione è alle prese con molti problemi, non da ultimo il contrasto sul passaggio del greggio attraverso il Nord Sudan, che sta portando alla bancarotta entrambi i contendenti (vedi [post](#) di M. Murru)

La mortalità materna e infantile è la più alta al mondo. Gli ultimi dati dell’OMS (2010, con il Sudan ancora unito) riportano valori di 135/1000 nati vivi per quanto riguarda la mortalità dei bambini sotto i 5 anni, e di 730/100.000 nati vivi per la mortalità materna[8].

Al momento le priorità in salute sono le vaccinazioni infantili, e sebbene la lotta alla sifilide congenita faccia parte di ben 3 capitoli dei *Millennium Development Goals* 2015 (MDG 4-5-6)[9] è un argomento dimenticato. Nello slancio verso la modernizzazione del sistema sanitario del paese, dai registri dell’assistenza perinatale è apparsa l’ecografia ostetrica a discapito della voce riguardante il test della sifilide.

La sifilide a Juba

In questa situazione in continua evoluzione, nel settembre del 2011 nel dispensario di Usratuna (OVCI La Nostra Famiglia) abbiamo notato che la percentuale di positività al test

della sifilide nelle pazienti gravide era molto alta. Abbiamo cominciato a monitorare i risultati, partendo dal controllo dei registri di laboratorio, per constatare con sconcerto, che la positività si aggirava intorno al 20% delle pazienti testate, dato comunque in linea con quello precedentemente pubblicato dai colleghi del *Juba Teaching Hospital* nel 2010 sull'*East Africa Medical Journal*[10].

I test sierologici utilizzati presso il dispensario sono dei test treponemici rapidi immunocromatografici ("*SD syphilis 3.0 BioLine*", "*ACON Syphilis Ultra Rapid Test Strip*" or "*OnSite Ab Rapid Test-Dip Strip*"), che si caratterizzano per la semplicità di esecuzione, la possibilità di essere conservati anche in assenza di refrigerazione e una buona sensibilità e specificità se confrontati con i classici test di riferimento. Come tutti i test treponemici hanno il difetto di poter rimanere positivi anche dopo trattamento adeguato[11,12], ma, considerata la relativa innocuità della penicillina e i rischi collegati ad un mancato trattamento, possono essere utilizzati nello screening delle donne in gravidanza, con l'indicazione, in caso di positività, del trattamento antibiotico.

Preso atto della drammatica situazione nel nostro dispensario abbiamo implementato **le linee guida dell'OMS per la terapia e la prevenzione della malattia congenita**, che prevedono il test per la sifilide a tutte le gravide, possibilmente entro la 16 settimana di gravidanza, da ripetersi poi nel terzo trimestre per escludere che l'infezione sia acquisita dopo il primo test negativo. Per quanto riguarda la terapia abbiamo utilizzato benzatin benzyl-penicillina 2,4 milioni di UI i.m. alla settimana per tre settimane (non potendo valutare esattamente lo stadio della malattia, si preferisce prescrivere il dosaggio che copre anche la sifilide latente tardiva) per le donne in gravidanza e per i loro partner, e una profilassi per i neonati da madre con sierologia per sifilide positiva che non presentano sintomatologia (benzatin benzil penicillina 50.000 UI /Kg i.m.)[13].

Abbiamo organizzato diversi **corsi di aggiornamento sulla sifilide per i nostri collaboratori**, medici, ostetriche, CDO (*community development officer*), CBR (*community based rehabilitation officers*), nonché per i Manager e il personale sanitario (compresi i tecnici di laboratorio) di altri centri di salute presenti sul territorio di Juba.

Dall'inizio del 2012 abbiamo cominciato a raccogliere i dati anche di altri centri, per lo più di quelli di cui abbiamo la supervisione e/o con cui collaboriamo.

A seconda del zona della città più "centrale" (con una popolazione più stabile e un controllo sociale più stretto) o più periferica (zone di nuova abitazione con alto livello di *returnees*, popolazione molto fluida), alla facilità con cui il centro di salute si raggiunge con i mezzi pubblici, al costo delle prestazioni al suo interno, le percentuali di positività cambiano dal 1% ad oltre il 50% della popolazione testata. Queste enormi differenze non sono dovute solo

alla zona, ma anche all'attenzione che è stata posta alla corretta esecuzione del test, e alla sua registrazione.

Table 1			
<i>Syphilis test in childbearing age women in Juba in the 2011</i>			
Facilities	Tested	Positive	% positivity
Juba Teaching Hospital	823	63	8%
Kimu PHC Center	287	148	48%
Malakia PHC Center	124	12	10%
Munuki PHC Center	1484	61	4%
Nyakuron PHC Center	536	12	1%
S.Kizito PHC Center	111	65	58%
Usratuna PHC Center	731	128	17%
TOT	4104	480	12%

Purtroppo solo presso il nostro centro e quello del PHCC di Kimu vengono testati i bambini e trovare un 30% di bambini sotto i 10 anni positivi - se pur a livello di sospetto - è stato un dato agghiacciante.

Table 2			
<i>Syphilis test in children under 10 years in Juba in the 2011</i>			
Facilities	Tested	Positive	% positivity
Kimu PHCC	37	12	32%
Usratuna PHCC	48	15	31%
TOT	85	27	31%

È molto difficile avere un quadro chiaro per quanto riguarda gli uomini, sono pochi quelli che vengono per lo screening e spesso i mariti delle donne positive rifiutano di farsi testare e/o trattare. Questo ha ovviamente ostacolato il controllo della malattia, considerando che spesso ci sono altre mogli in età fertile presenti in famiglia a cui si può estendere l'infezione.

La continua *advocacy* verso il governo e le altre ONG presenti sul territorio in occasione degli incontri mensili fra organizzazioni e rappresentanti del governo, sembra stia dando un qualche frutto, per lo meno a livello di interesse generale al fenomeno, ma molto c'è ancora da fare.

Karin Helena Aiello, Ostetrica Esperta, Consulente tecnico per la Salute Riproduttiva

presso Usratuna (OVCI - La Nostra Famiglia) Juba, Sud Sudan.

Bibliografia

1. Kent ME, Romanelli F (February). Reexamining syphilis: an update on epidemiology, clinical manifestations, and management. *Ann Pharmacother* 2008; 42 (2): 226-36.
2. [Aspetti epidemiologici della Sifilide](#). Epicentro, Il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica a cura del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute
3. Simms I, Broutet N. Congenital syphilis re-emerging. *J Dtsch Dermatol Ges* 2008; 6: 269-72.
4. World Health Organization 2001: [Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections](#).
5. World Health Organization 2007. [The Global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action](#).
6. Statistical Yearbook for Southern Sudan 2010, [Southern Sudan Centre for Census, Statistics and Evaluation](#).
7. Confident Children out of Conflict; Juba: 'Behind the Papyrus and Mabaati' Sexual Exploitation and Abuse in Juba, South Sudan, An action research, carried out in July - August 2010, Cathy Groenendijk and Jolien Veldwijk August 2011
8. Statistical Yearbook for Southern Sudan 2010, [Southern Sudan Centre for Census, Statistics and Evaluation](#).
9. World Health Organization 2010. [Advancing MDGs 4, 5 and 6: impact of congenital syphilis elimination](#)
10. Emmanuel K, Lado M, S. Amwau S, et al. Syphilis among pregnant women in Juba, Southern Sudan. *East African Medical Journal* 2010; 87 (5): 192-8
11. Mabey DC, Sollis KA, Kelly HA, et al. [Point-of-Care Tests to Strengthen Health Systems and Save Newborn Lives: The Case of Syphilis](#). *PLoS Med* 2012; 9(6): e1001233. doi:10.1371/journal.pmed.1001233
12. Tucker JD, Bu J, Brown LB, Yin Y-P, Chen X-S, Cohen MS. Accelerating worldwide syphilis screening through rapid testing: a systematic review. *Lancet Infect Dis* 2010;10: 381-6
13. World Health Organization 2003. [Guidelines for the management of sexually transmitted infections](#) [PDF: 2,8 Mb]