

SIFILIDE

Screening

Che cos'è la sifilide?

La sifilide è una malattia sessualmente trasmessa che può progredire attraverso stadi (primario, secondario, latente e terziario) e causare seri problemi di salute, se non trattata. È causata da un batterio: il *Treponema pallidum*.

La Sifilide **primaria** si manifesta 2-3 settimane dopo il contagio, ed è caratterizzata da una o più ulcere, non dolorose, a livello della sede in cui si è verificato il contatto sessuale. Poiché l'ulcera non è dolorosa e può guarire spontaneamente, molte persone non effettuano alcun trattamento.

In assenza di terapia, dopo alcune settimane o mesi compare la sifilide **secondaria**: i sintomi sono simili a quelli di una forma simil-influenzale, con febbre, rash diffuso, linfonodi ingrossati. Gradatamente i sintomi tendono a scomparire, e la malattia si trasforma in forma **latente**: in questo stadio, che può durare anni,

le persone infette possono apparire in buona salute. I primi due stadi (sifilide I-II) sono i più contagiosi.

La sifilide **terziaria**, che si manifesta in circa un terzo dei casi in stadio latente, può compromettere molti apparati: il sistema nervoso (neurosifilide) e la vista (sifilide oculare), con conseguenti deficit motori e sensoriali, demenza, paralisi, diminuzione della vista o cecità totale. La sifilide aumenta anche il rischio di contrarre o trasmettere l'infezione da HIV.

L'infezione trasmessa dalla donna in gravidanza è responsabile di morbidità e mortalità nel feto,



Epidemiologia

I dati epidemiologici a livello globale concordano per un aumento significativo di casi di sifilide. Negli USA si è passati dai 2,1 casi/100.000 nel 2000/01 agli 11,9/100.000 nel 2019 di sifilide primaria e secondaria. Per l'83% si tratta di uomini, ma anche il tasso nelle donne è quasi triplicato dal 2015 al 2019. I numeri sono sproporzionatamente aumentati negli uomini che fanno sesso con uomini (57% del totale), 106 volte di più che negli uomini eterosessuali e 168 volte di più che nelle donne.

In Italia, i casi di sifilide I-II sono rimasti stabili fino al 2000. Dopo il 2000 hanno registrato un aumento rilevante: nel 2005 si è osservato un aumento delle diagnosi di circa cinque volte rispetto al 2000 e un nuovo picco nel 2016. Tuttavia, nel 2020 il numero di casi segnalati è stato di circa il 5% più basso rispetto al 2019. Il 31,3% dei casi di sifilide I-II è stato segnalato in uomini eterosessuali, il 59,6% in maschi che fanno sesso con maschi (Msm) e il 9,1% in donne. Le diagnosi di sifilide I-II sono state più frequenti nei soggetti di età uguale o maggiore a 45 anni (9,0%). È su questi dati che la USPSTF americana ha emesso **riconferma di raccomandazione** per lo screening, ribadendo con assoluta certezza che esiste un sostanziale beneficio netto in soggetti non in gravidanza che sono a rischio aumentato di infezione.

Per chi è raccomandato lo screening?

Lo screening per sifilide è fortemente raccomandato ad adolescenti e adulti (esclusa la donna in gravidanza, per la quale vale una raccomandazione specifica) **asintomatici** e ad aumentato rischio di infezione. Tra questi, soprattutto uomini che fanno sesso con uomini e soggetti HIV positivi. È particolarmente raccomandato in comunità con alti tassi di infezioni sessualmente trasmesse (IST), dove condizioni sociali precarie, povertà, basso livello di istruzione e scarso accesso ai presidi sanitari rendono difficile mantenere la salute sessuale.

L'intervallo di ripetizione dello screening non è ben stabilito. I soggetti ad alto rischio ne beneficerebbero almeno una volta l'anno, e anche più spesso (3-6 mesi) se continuano ad essere a rischio. Sebbene non ci siano evidenze sullo screening in soggetti **non a rischio**, tenendo conto dell'accuratezza non assoluta degli attuali test e della bassa prevalenza di sifilide in questi soggetti, potrebbe esservi il rischio di avere troppi falsi positivi e inutili trattamenti: quindi lo screening non è consigliato.

Quali test sono utilizzati per lo screening?


La diagnosi di sifilide è basata sulla ricerca degli anticorpi specifici nel sangue, piuttosto che sulla ricerca diretta dell'agente causale, il Treponema. Si procede in due step: un iniziale test generico non treponemico; il Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) o il Rapid Plasma Reagin (RPR), seguito, se positivo, da un test "di conferma" che rivela gli anticorpi specifici contro il Treponema. Per esempio il Treponema Pallidum Particle Agglutination (TP-PA) o il Fluorescent Treponemal Antibody Absorbed (FTA-ABS).

Oggi è possibile invertire i due step mediante un test automatizzato specifico per gli anticorpi, seguito da un test non treponemico sui positivi. Entrambi i percorsi hanno limiti di sensibilità e specificità: l'impiego è legato alle dimensioni del laboratorio e della popolazione da testare.

Quali sono i potenziali benefici e quali gli effetti negativi dello screening?

L'identificazione dei casi attraverso lo screening permette di guarire la malattia almeno negli stadi I, II, e latente, evitando sia la progressione che la diffusione del contagio. Il trattamento con Penicillina G per via parenterale si conferma efficace. Il dosaggio e la durata del trattamento dipendono dallo stadio e dai sintomi.

Esistono linee guida internazionali alle quali i clinici si possono riferire. I rischi dello screening sono quasi sempre riconducibili all'accuratezza dei test usati (% di falsi positivi/negativi), che può variare secondo lo stadio della malattia. Effetti negativi legati al trattamento con penicillina sono minimi, e in genere sono riferibili a reazioni allergiche al farmaco in soggetti predisposti.

POPOLAZIONE COINVOLTA	INTERVENTO RACCOMANDATO	GRADO
 Adolescenti e adulti (non la donna in gravidanza) ad aumentato rischio di infezione	Screening per la sifilide	A

A cura di: *dott.ssa Maddalena Saitta*

Aggiornamento: Gennaio 2023

RIFERIMENTI

Screening for Syphilis Infection in Nonpregnant Adolescents and Adults. US Preventive Services Task Force Reaffirmation Recommendation Statement. JAMA.2022 ; 328(12):1243-1249. [Doi:10.1001/jama.2022.15322](https://doi.org/10.1001/jama.2022.15322).
<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2796685>

ASPIC ODV Associazione Studio Paziente Immuno Compromesso

Sede c/o Centro SERVIZI Vol.To, Via Giolitti 21, 10123 Torino

CF. 97574720013 www.aspicodv.com +39 3516880604 aspicodv@gmail.com

