



**Infezioni trasmissibili con la trasfusione:
*fattori di rischio, comunicazione e counselling
con il donatore positivo***

Epidemiologia e Fattori di Rischio dell'Infezione da *Treponema pallidum*

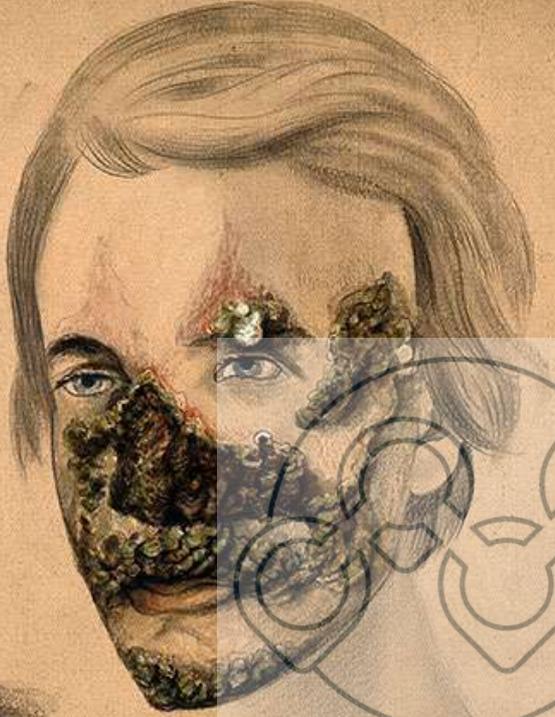
Dott. Giulio Viceconte

***Dipartimento di Medicina Clinica e Chirurgia
Università degli Studi di Napoli «Federico II»***

Il sottoscritto, in qualità di Relatore
dichiara che

nell'esercizio della Sua funzione e per l'evento in oggetto, **NON È in alcun modo portatore di interessi commerciali propri o di terzi**; e che gli eventuali rapporti avuti negli ultimi due anni con soggetti portatori di interessi commerciali non sono tali da permettere a tali soggetti di influenzare le mie funzioni al fine di trarne vantaggio.

125. Example
of pustule crustacea
lyphala.
Portfolio No 1
6

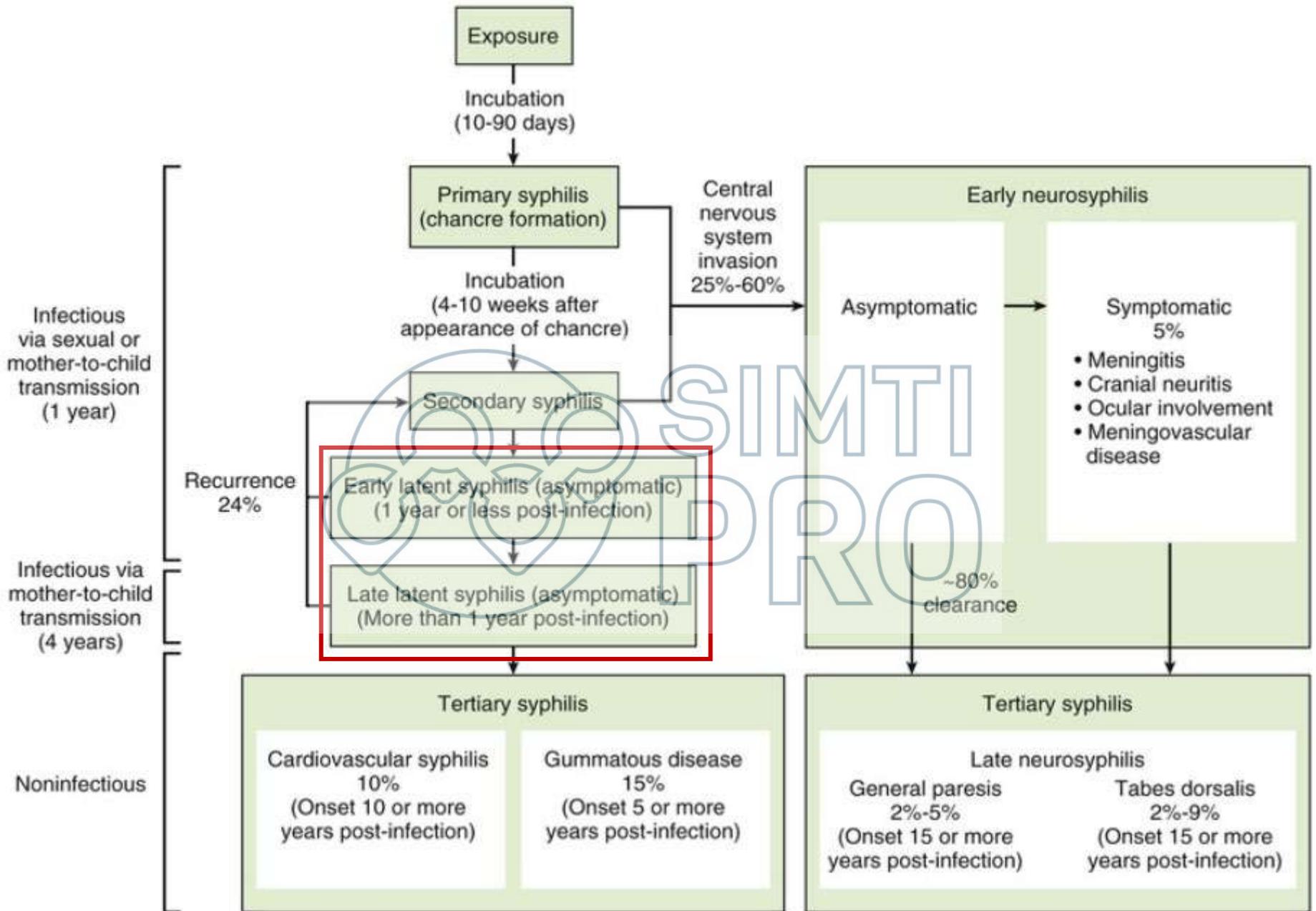


Ulcer situated over
the left parietal bone

Christopher Dillion
del.



SIMTI
PRO



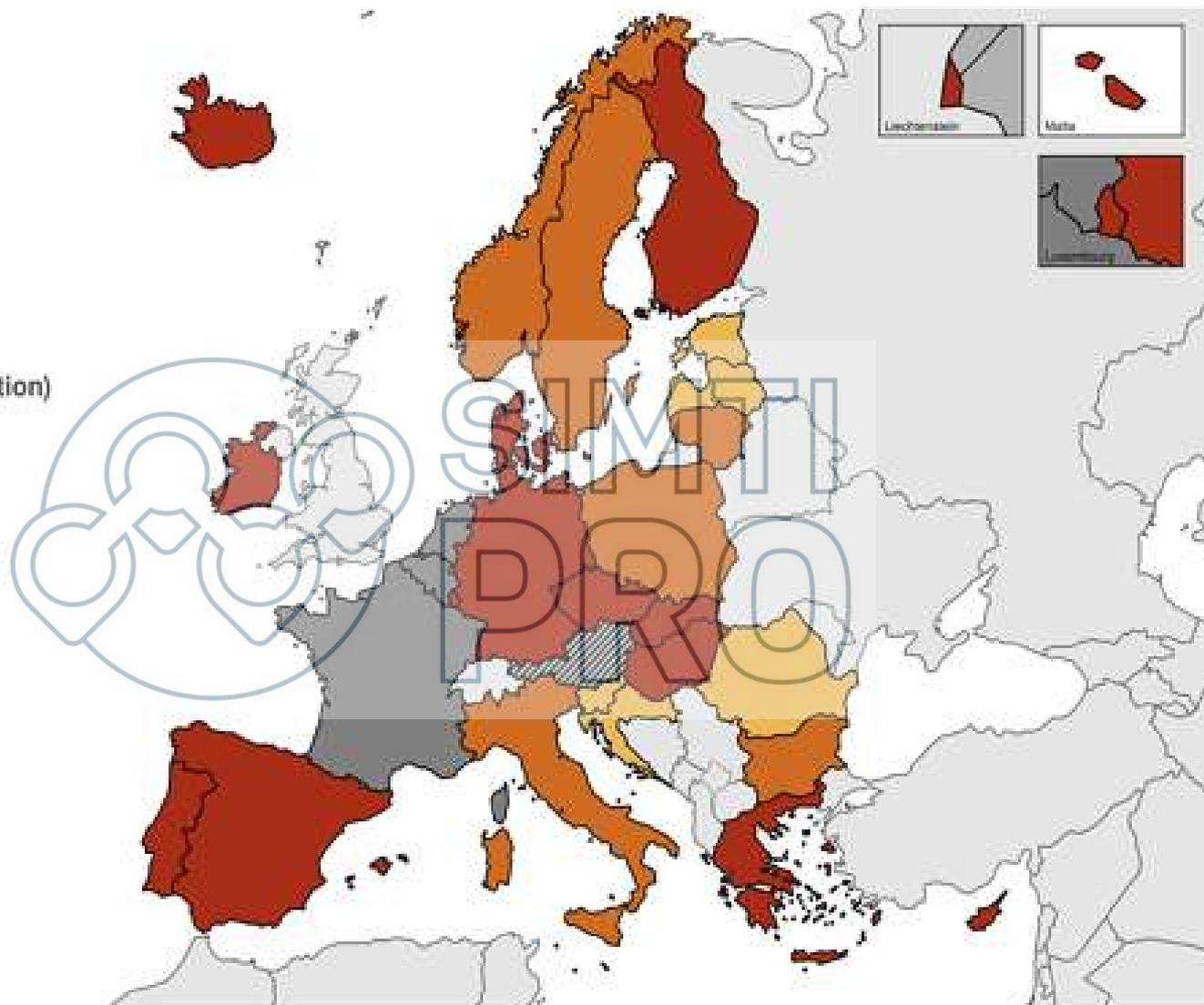
Modified from Golden MR, Marra CM, Holmes KK. Update on syphilis: resurgence of an old problem. JAMA. 2003;290:1510-1514.)

Figure 1. Confirmed syphilis cases per 100 000 population by country, EU/EEA, 2022



Notification rate
(per 100 000 population)

-  0.00–2.99
-  3.00–6.99
-  ≥ 7.00
-  No data reported
-  No rate calculated
-  Not included



Administrative boundaries. © Eurographics

The boundaries and names shown on this map do not imply official endorsement or acceptance by the European Union. ECDC. Map produced on 16 January 2024.

Rates are calculated for countries with comprehensive STI surveillance that reported data for 2022.

Figure 4. Rate of confirmed syphilis cases per 100 000 population, total and by gender for cases with available data, EU/EEA countries reporting consistently, 2013–2022

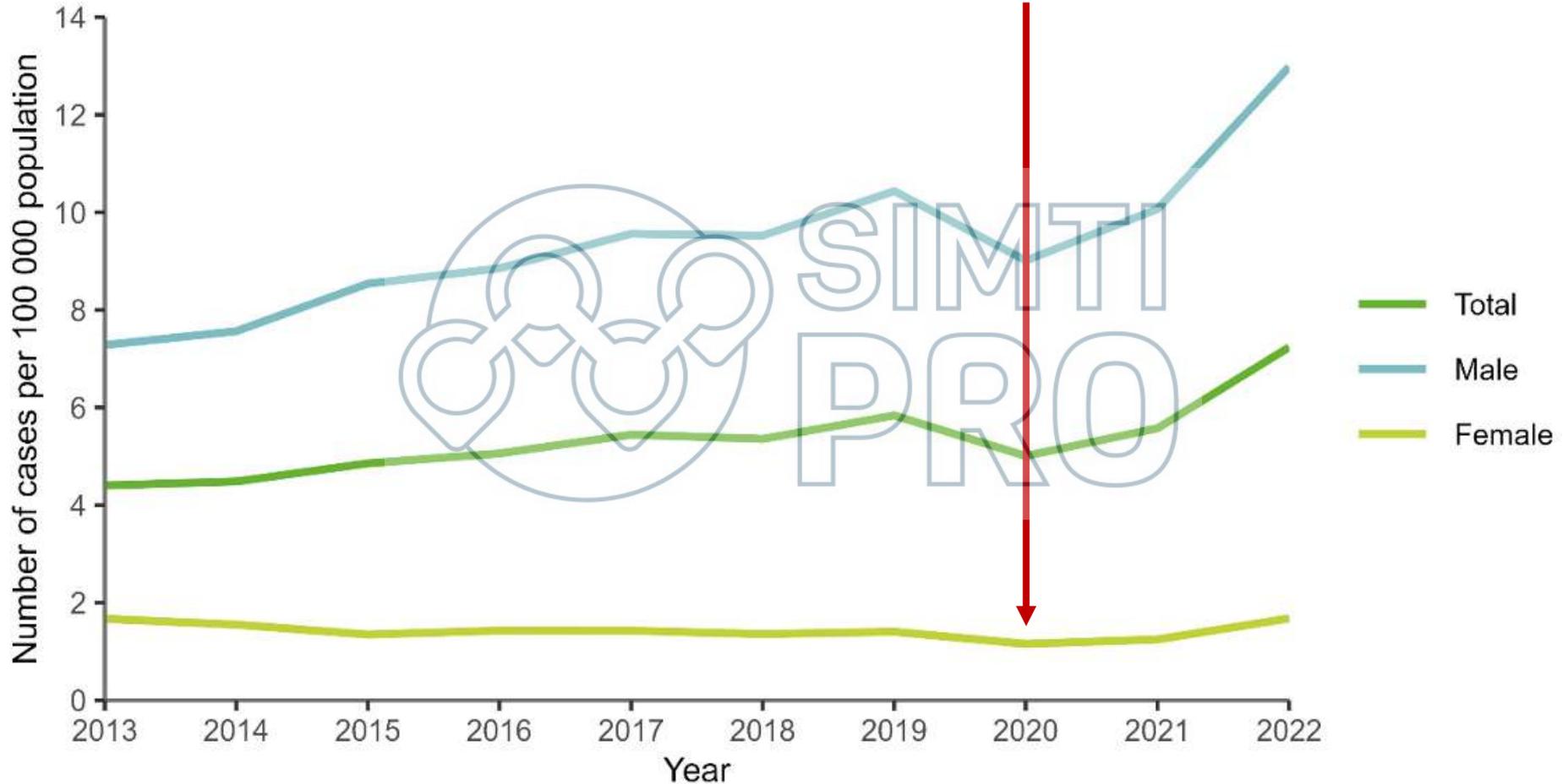


Figure 5. Number of confirmed syphilis cases by gender, transmission category and year in EU/EEA countries reporting consistently, 2013–2022

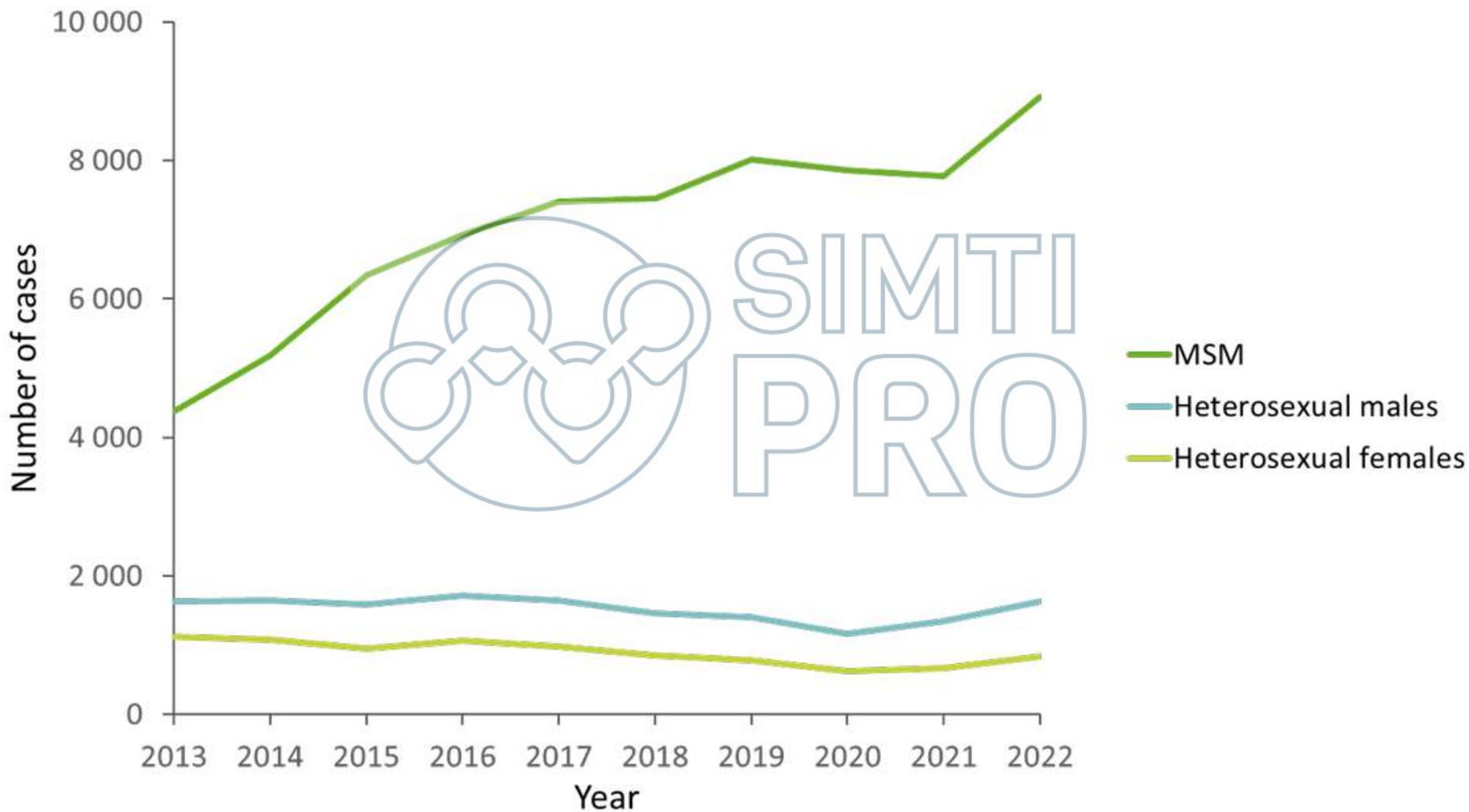
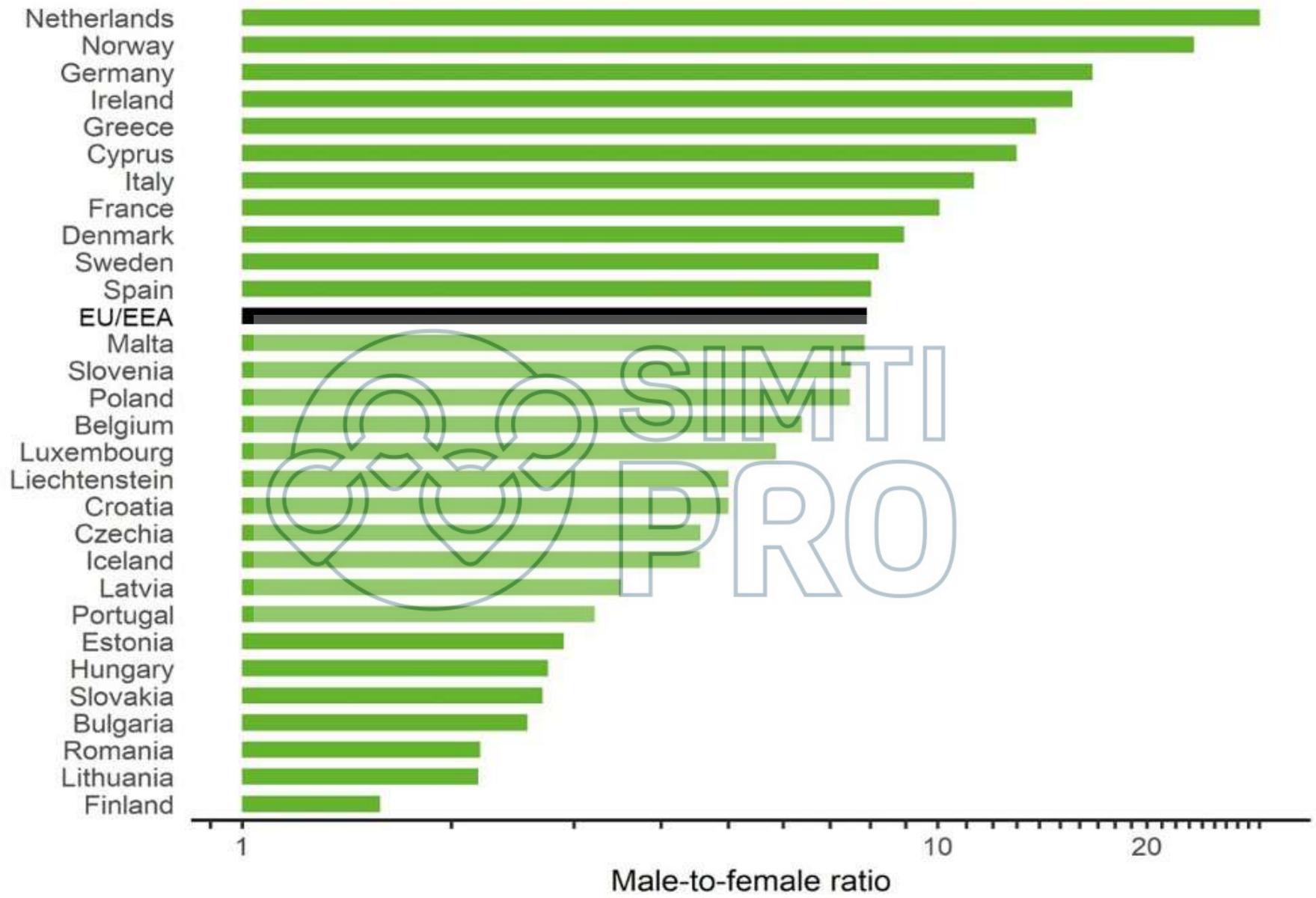


Figure 2. Male-to-female ratios of syphilis cases by country, EU/EEA, 2022



The overall male-to-female ratio in 2022 was **8:1**

A systematic review and meta-analysis of the prevalence of chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis in Europe

Retrieve, assess and synthesise all available data on the prevalence of CT, NG, TV, and **TP** in European countries

- published between 2012 and 2023
- in the general population,
- suitable proxy populations,
- and the following **populations of special interest**:
 - ✓ Man who have sex with men (MSM),
 - ✓ sex workers,
 - ✓ and people who inject drugs (PWID).

Figure 57. Pooled estimates for syphilis in women in antenatal care (proxy population)

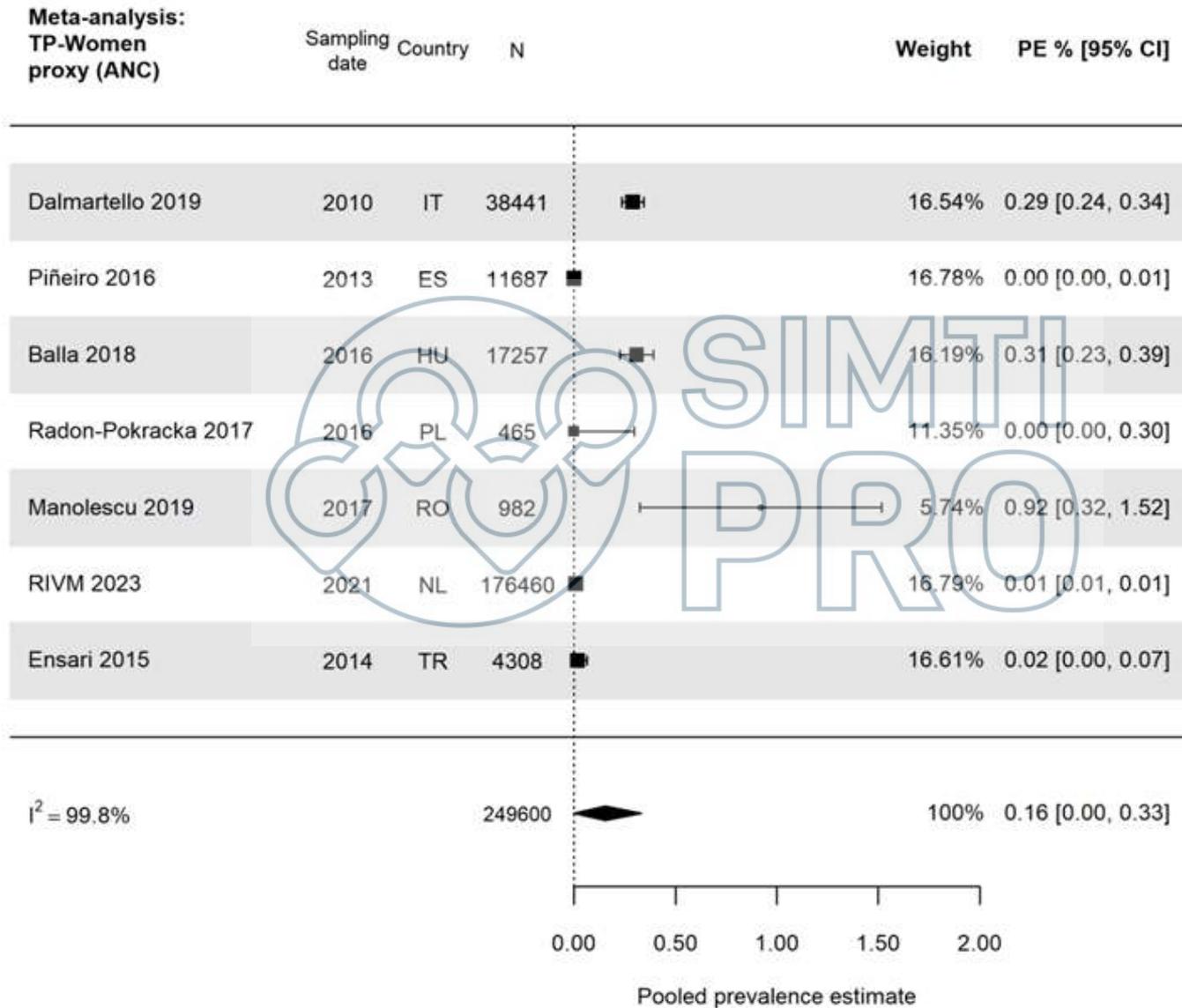
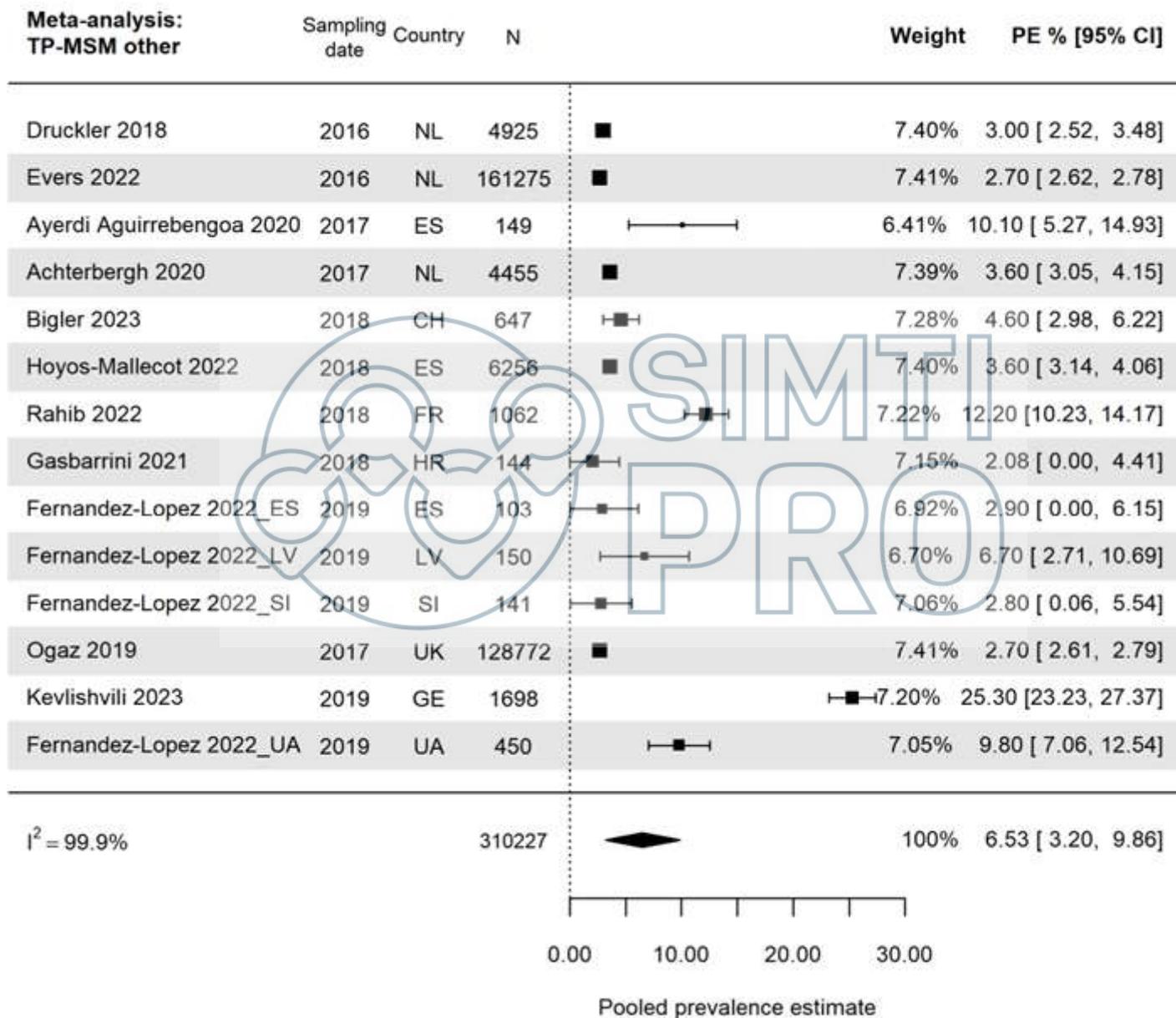


Figure 58. Pooled estimates for syphilis in MSM visiting STI clinics



A systematic review and meta-analysis of the prevalence of chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis in Europe

Settembre 2024

Table 27. Prevalence estimates for syphilis in all study populations

Population	Sub-group	No. studies	No. individuals	pooled estimate [%]	95%-CI lower	95%-CI upper	I ²
Women	combined ¹	8	249 945	0.14	0	0.29	99.67
Women	proxy (ANC)	7	249 600	0.16	0	0.33	99.77
Women	proxy (other)	1	345	0.00	0.00	0.54	N/A
Young women	proxy (ANC)	1	596	0.00	0.00	0.32	N/A
MSM	visiting STI clinics	14	310 227	6.53	3.2	9.86	99.95
MSM	"high risk"	4	2 090	5.21	1.44	8.98	94.42
MSM	HIV	4	780	14.36	1.1	27.63	98.39
MSM	PrEP	5	2 096	6.48	3.95	9.02	81.89
Sex workers	female	6	3 345	1.75	0.04	3.46	92.98
Sex workers	male+trans	4	125	22.09	5.14	39.03	77.29
PWID	–	2	483	1.56	0.45	2.67	0

ANC: antenatal care; HIV: human immunodeficiency virus; PrEP: pre-exposure prophylaxis; STI: sexually transmissible infection.

¹ prevalence estimates combining both, representative studies and studies in proxy populations.

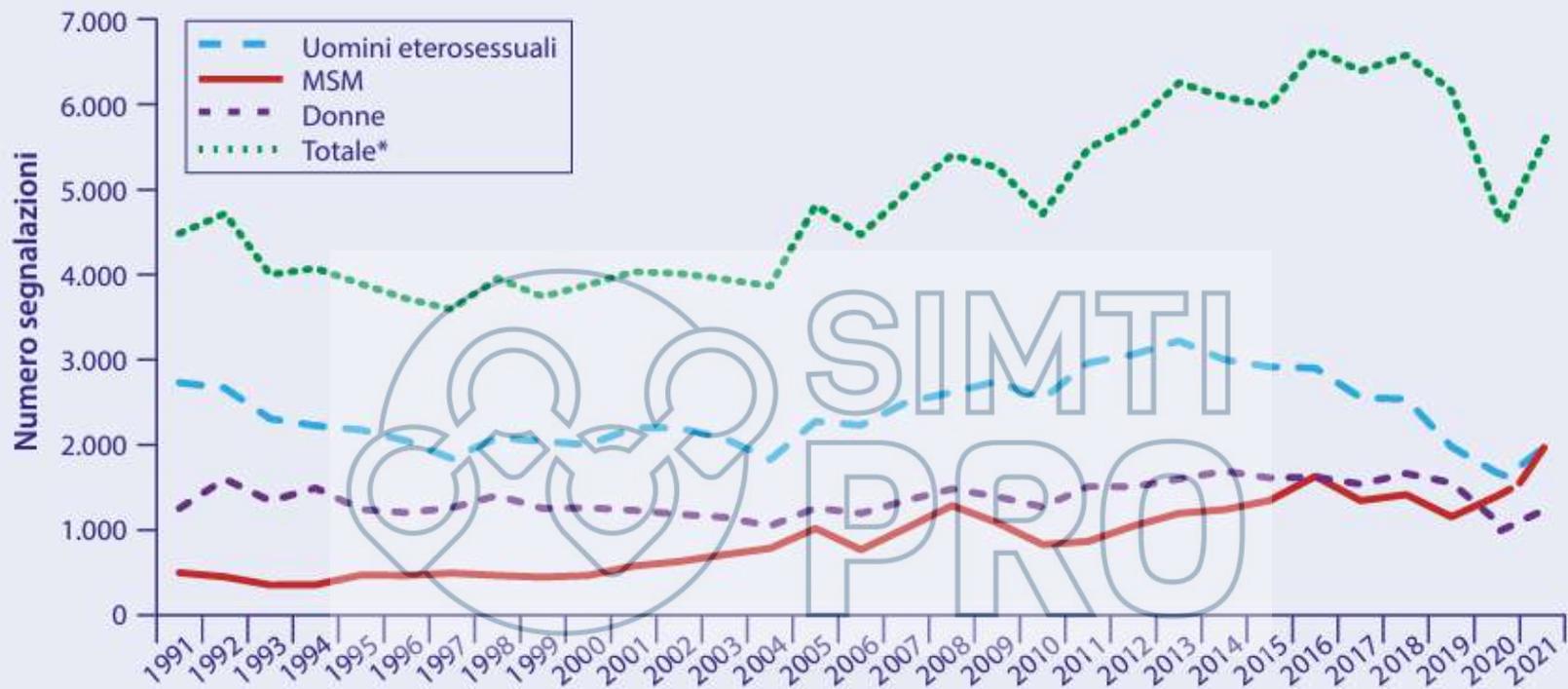
- In Italia, gonorrea, sifilide e pediculosi del pube sono le uniche Infezioni sessualmente trasmesse (IST) a **notifica obbligatoria** per le quali sono disponibili dati nazionali.
- Attivati **due sistemi di sorveglianza** sentinella delle IST, entrambi coordinati dal Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS)

Tabella 1 - Caratteristiche dei due Sistemi di sorveglianza sentinella delle IST, uno basato su centri clinici e l'altro basato su laboratori di microbiologia clinica

Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici	Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su laboratori di microbiologia clinica
Attivazione 1° gennaio 1991	Attivazione 1° aprile 2009
Centro di coordinamento Centro Operativo AIDS (COA)	Centro di coordinamento Centro Operativo AIDS (COA)
Centri segnalatori 12 centri clinici specializzati nella diagnosi e cura delle IST	Laboratori segnalatori 13 laboratori di microbiologia clinica ad alto standard diagnostico
Soggetti segnalati Persone con una nuova diagnosi clinica di IST + conferma di laboratorio (vengono segnalati soggetti con un primo episodio di IST)	Soggetti segnalati Persone sottoposte a test di laboratorio per <i>Chlamydia trachomatis</i> e/o <i>Neisseria gonorrhoeae</i> e/o <i>Trichomonas vaginalis</i>
Informazioni raccolte Socio-demografiche, comportamentali e cliniche individuali, risultato test HIV	Informazioni raccolte Socio-demografiche, comportamentali e cliniche individuali, risultato test di laboratorio
Flusso dei dati Raccolta e invio dai centri clinici al COA tramite un sistema di segnalazione online via web	Flusso dei dati Raccolta e invio dai laboratori di microbiologia clinica al COA tramite un sistema di segnalazione online via web



Figura 1 - Distribuzione geografica dei 12 centri clinici e dei 12 laboratori di microbiologia clinica partecipanti ai due Sistemi di sorveglianza sentinella delle IST



(*) Il numero totale delle segnalazioni di IST è superiore alla somma delle segnalazioni in uomini eterosessuali, in MSM e in donne, in quanto include anche i casi con "modalità di trasmissione" mancante

Figura 2 - Andamento delle segnalazioni di IST, totale e per modalità di trasmissione (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2021)

Tabella 3 - Distribuzione dei casi per tipo di IST diagnosticata: intero periodo e 2020 (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2020)

IST diagnosticate	1991-2020		2020							
	Totale n.	%	Totale n. ^b	%	Uomini eterosessuali n. ^b	%	MSM ^a n. ^b	%	Donne n. ^b	%
Totale	145.622	100,0	4.748	100,0	1.671	100,0	1.398	100,0	1.103	100,0
Virali										
Condilomi ano-genitali	62.890	43,2	2.307	48,6	1.056	63,2	367	26,3	607	55,0
Herpes genitale	10.390	7,1	250	5,3	90	5,4	40	2,9	94	8,5
Mollusco contagioso	9.596	6,6	231	4,9	123	7,4	17	1,2	69	6,3
Batteriche										
Cervicovaginiti NG-NC ^c	9.149	6,3	22	0,5	-	-	-	-	22	2,0
Uretriti NG-NC ^c	7.824	5,4	39	0,8	19	1,1	20	1,4	-	-
Sifilide primaria e secondaria (I-II)	9.440	6,5	447	9,4	70	4,2	287	20,5	23	2,1
Sifilide latente	11.770	8,1	280	5,9	34	2,0	171	12,2	44	4,0
Reinfezione sifilitica	598	0,4	26	0,5	1	0,1	18	1,3	1	0,1
Cerviciti da <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	555	0,4	29	0,6	-	-	-	-	29	2,6
Uretriti da <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	9.216	6,3	454	9,6	95	5,7	282	20,2	-	-
Cerviciti da <i>Chlamydia trachomatis</i>	3.197	2,2	199	4,2	-	-	-	-	199	18,0
Uretriti da <i>Chlamydia trachomatis</i>	7.295	5,0	401	8,4	172	10,3	167	11,9	-	-
Cerviciti da <i>Mycoplasma genitalium</i>	83	0,1	7	0,1	-	-	-	-	7	0,6
Uretriti da <i>Mycoplasma genitalium</i>	335	0,2	30	0,6	7	0,4	18	1,3	-	-
Linfogranuloma venereo	214	0,1	8	0,2	0	0,0	7	0,5	0	0,0
Malattia infiammatoria pelvica da clamidia o da gonococco	23	0,0	0	0,0	-	-	-	-	0	0,0
Ulcera venerea	43	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-	0	0,0
Granuloma inguinale	7	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0
Protozoarie										
Infezioni da <i>Trichomonas vaginalis</i>	537	0,4	9	0,2	1	0,1	-	-	8	0,7
Parassitarie										
Pediculosi del pube	2.460	1,7	8	0,2	3	0,3	3	0,2	0	0,0

(a) MSM: maschi che fanno sesso con maschi; (b) per l'anno 2020, il numero totale delle segnalazioni per tipo di IST diagnosticata è superiore alla somma delle segnalazioni in uomini eterosessuali, in MSM e in donne, in quanto include anche i casi con "modalità di trasmissione" mancante; (c) NG-NC: non gonococcica-non clamidiale

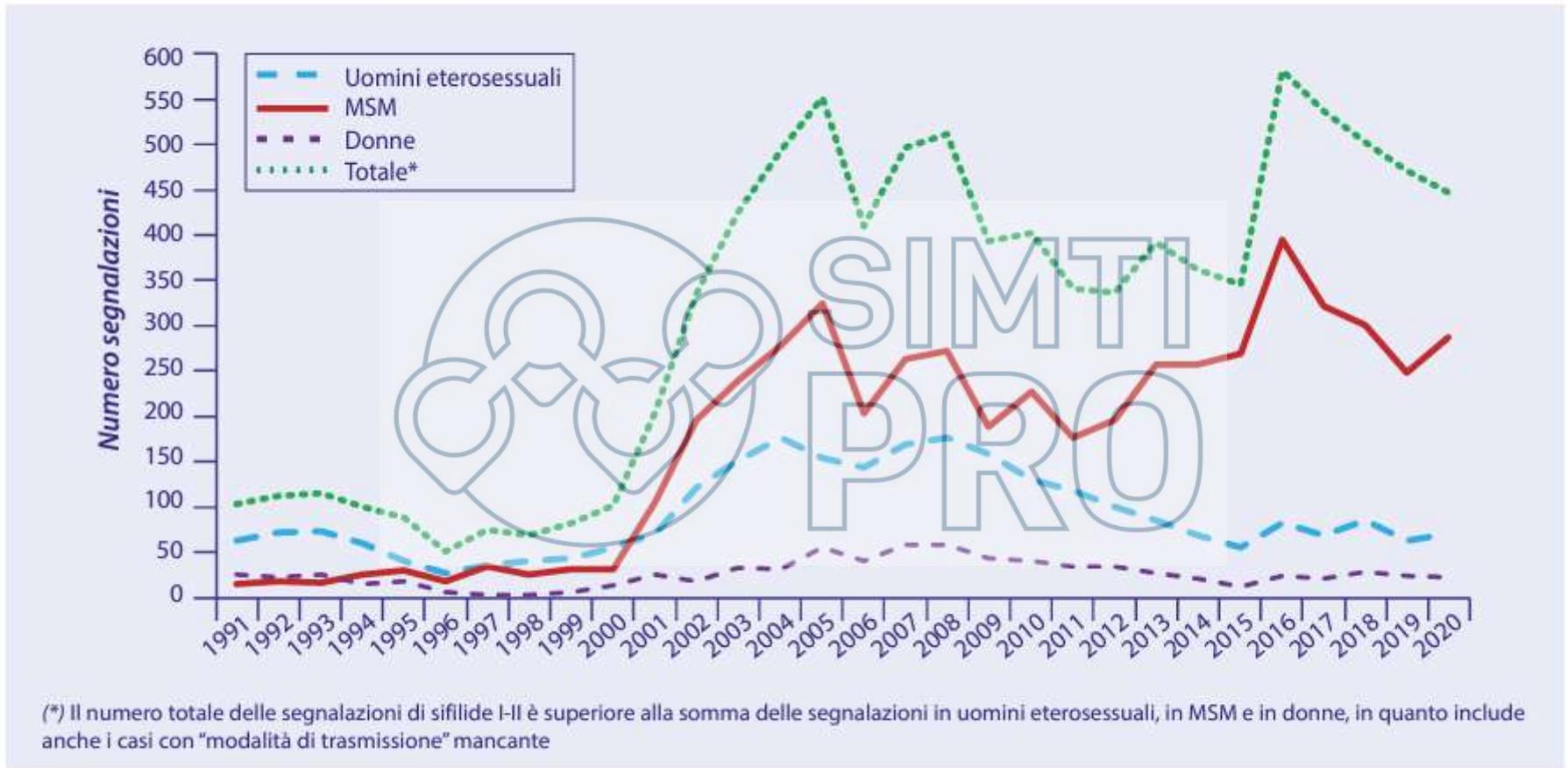


Figura 6 - Andamento delle segnalazioni di sifilide I-II, totale e per modalità di trasmissione (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2020)

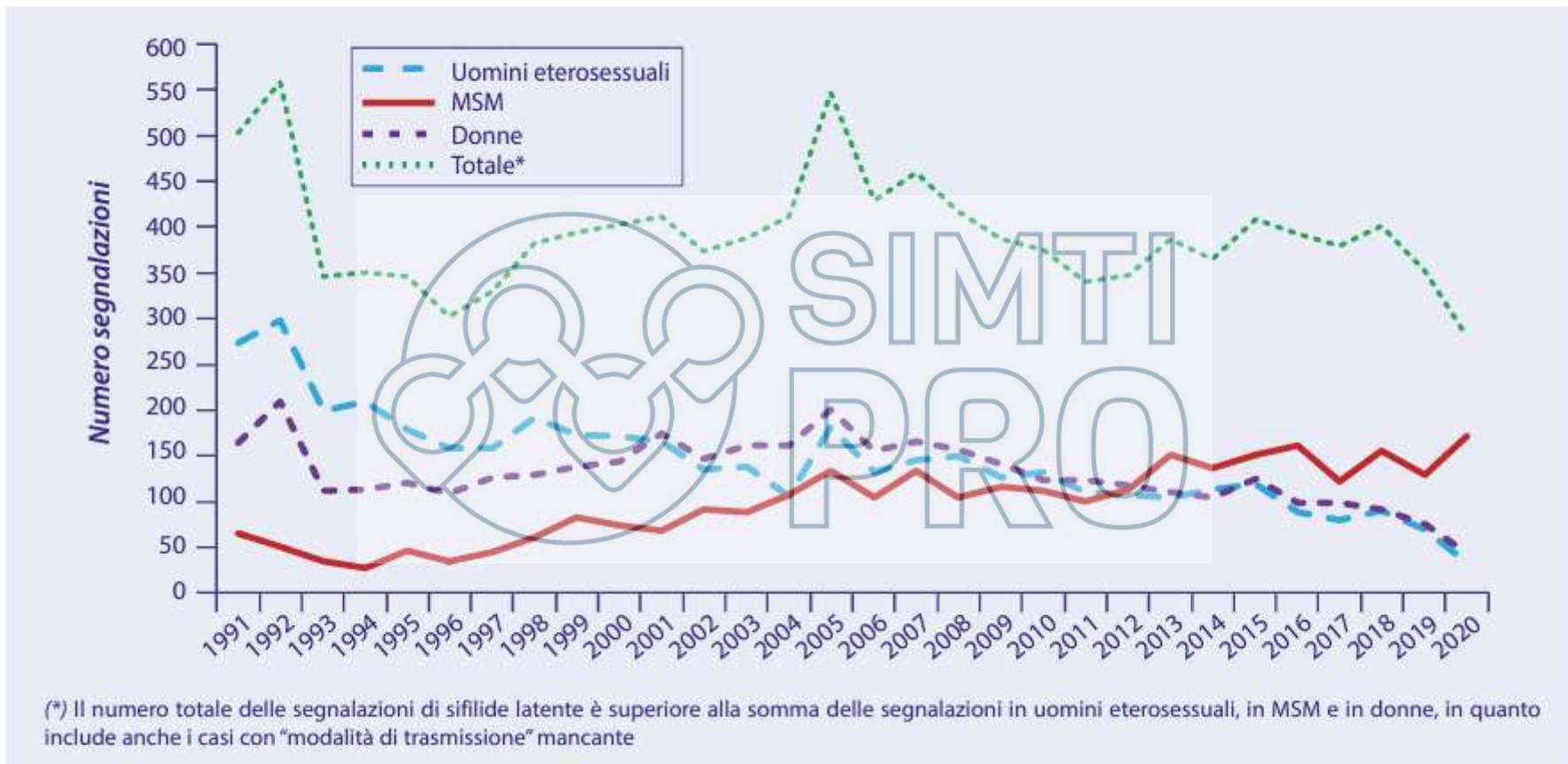


Figura 7 - Andamento delle segnalazioni di sifilide latente, totale e per modalità di trasmissione (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2020)

Tabella 5 - Prevalenza di HIV per IST diagnosticata: intero periodo e 2020 (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2020)

IST diagnosticate	1991-2020		2020							
	Totale n. ^b	% ^c	Totale n. ^b	% ^c	Uomini eterosessuali n. ^b % ^c		MSM ^a n. ^b % ^c		Donne n. ^b % ^c	
Totale	98.960	8,2	2.353	15,0	792	2,5	1.068	29,4	461	2,0
Virali										
Condilomi ano-genitali	41.025	7,0	952	7,5	458	1,3	260	21,9	228	1,8
Herpes genitale	7.322	7,6	108	8,3	46	2,2	34	23,5	28	0,0
Mollusco contagioso	6.220	4,1	88	3,4	51	0,0	11	27,3	26	0,0
Batteriche										
Cervicovaginiti NG-NC ^d	4.497	2,0	20	0,0	-	-	-	-	20	0,0
Uretriti NG-NC ^d	4.741	4,0	35	2,9	16	0,0	19	5,3	-	-
Sifilide primaria e secondaria (I-II)	7.681	19,4	288	26,7	37	13,5	234	29,9	11	9,1
Sifilide latente	8.866	12,2	194	52,6	23	34,8	151	59,6	15	20,0
Reinfezione sifilitica	515	56,7	16	81,3	0	-	13	76,9	1	100,0
Cerviciti da <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	444	1,8	16	0,0	-	-	-	-	16	0,0
Uretriti da <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	7.125	9,4	249	21,7	50	0,0	196	27,0	-	-
Cerviciti da <i>Chlamydia trachomatis</i>	2.494	1,0	107	0,0	-	-	-	-	107	0,0
Uretriti da <i>Chlamydia trachomatis</i>	5.642	4,0	239	5,9	103	0,0	126	10,3	-	-
Uretriti da <i>Mycoplasma genitalium</i>	234	10,7	24	8,3	7	0,0	17	11,8	-	-
Cervicovaginiti da <i>Mycoplasma genitalium</i>	52	0,0	4	0,0	-	-	-	-	4	-
Linfogranuloma venereo	179	55,9	6	100,0	-	-	6	100,0	-	-
Malattia infiammatoria pelvica da clamidia o da gonococco	18	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Ulcera venerea	34	8,8	-	-	-	-	-	-	-	-
Granuloma inguinale	7	28,6	1	100,0	-	-	1	100,0	-	-
Protozoarie										
Infezioni da <i>Trichomonas vaginalis</i>	392	12,2	6	0,0	1	0,0	-	-	5	0,0
Parassitarie										
Pediculosi del pube	1.472	10,3	0	-	0	-	0	-	-	-

(a) MSM: maschi che fanno sesso con maschi; (b) numero testati per HIV; (c) prevalenza di HIV; (d) NG-NC: non gonococcica-non clamidiale

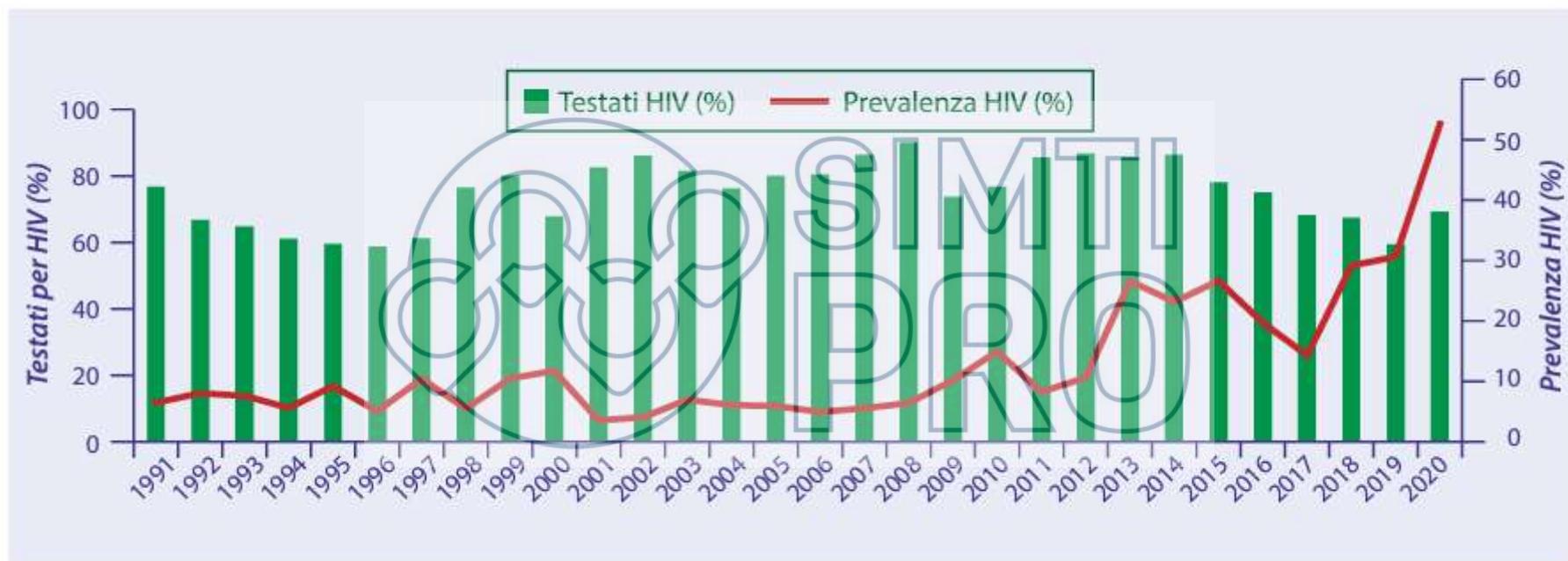


Figura 16 - Percentuale di soggetti con sifilide latente, testati per HIV e prevalenza HIV: intero periodo (Sistema di sorveglianza sentinella delle IST basato su centri clinici, 1991-2020)

SIFILIDE LATENTE

Dal 1° gennaio 1991 al 31 dicembre 2020, il Sistema di sorveglianza ha segnalato un totale di 11.770 nuovi casi di sifilide latente.

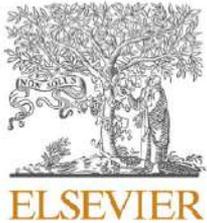
66,5% dei casi di sifilide latente è stato diagnosticato in uomini e **il 33,5%** in donne.

Le diagnosi di sifilide latente sono risultate **più frequenti nei soggetti di età uguale o maggiore a 45 anni (24,8%)**, rispetto a quelli di età 25-44 anni (17,5%) e a quelli di età compresa tra i 15 e i 24 anni (9,4%).

Il 34,4% (n. 3.896) dei soggetti con sifilide latente era di nazionalità straniera, di questi la maggior parte proveniva da altri **Paesi europei e dall'America** (rispettivamente, 37,5% e 29,1%).

Più della metà dei soggetti con sifilide latente (58,2%) ha riferito di avere avuto nessuno o un partner sessuale nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST.

Relativamente alla modalità di trasmissione, **il 38,6% dei casi di sifilide latente è stato segnalato in uomini eterosessuali**, il 26,4% in MSM e il 35,0% in donne.



Contents lists available at [ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com)

Clinical Epidemiology and Global Health

journal homepage: www.elsevier.com/locate/cegh



Epidemiological and clinical features of syphilis in the 21st century: A seven-year observational retrospective study of outpatients

Biagio Pinchera^{*}, Giulio Viceconte, Antonio Riccardo Buonomo, Emanuela Zappulo, Simona Mercinelli, Nicola Schiano Moriello, Letizia Cattaneo, Riccardo Scotto, Agnese Giaccone, Roberta Cristina Avallone, Grazia Tosone, Ivan Gentile

Department of Clinical Medicine and Surgery, Section of Infectious Diseases, University of Naples "Federico II", Naples, Italy

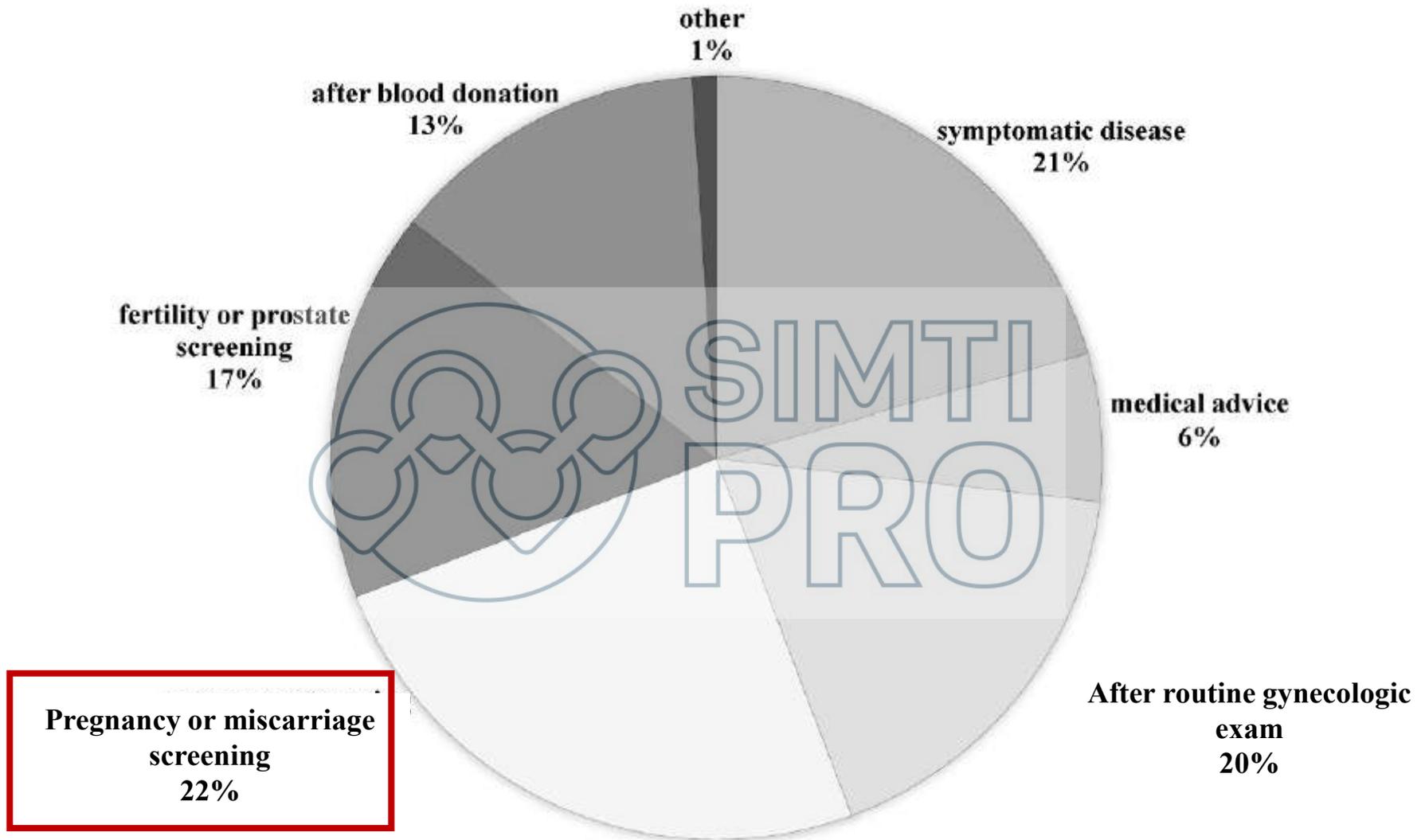


Fig. 2. Reasons for referral to the Infectious Disease Unit.

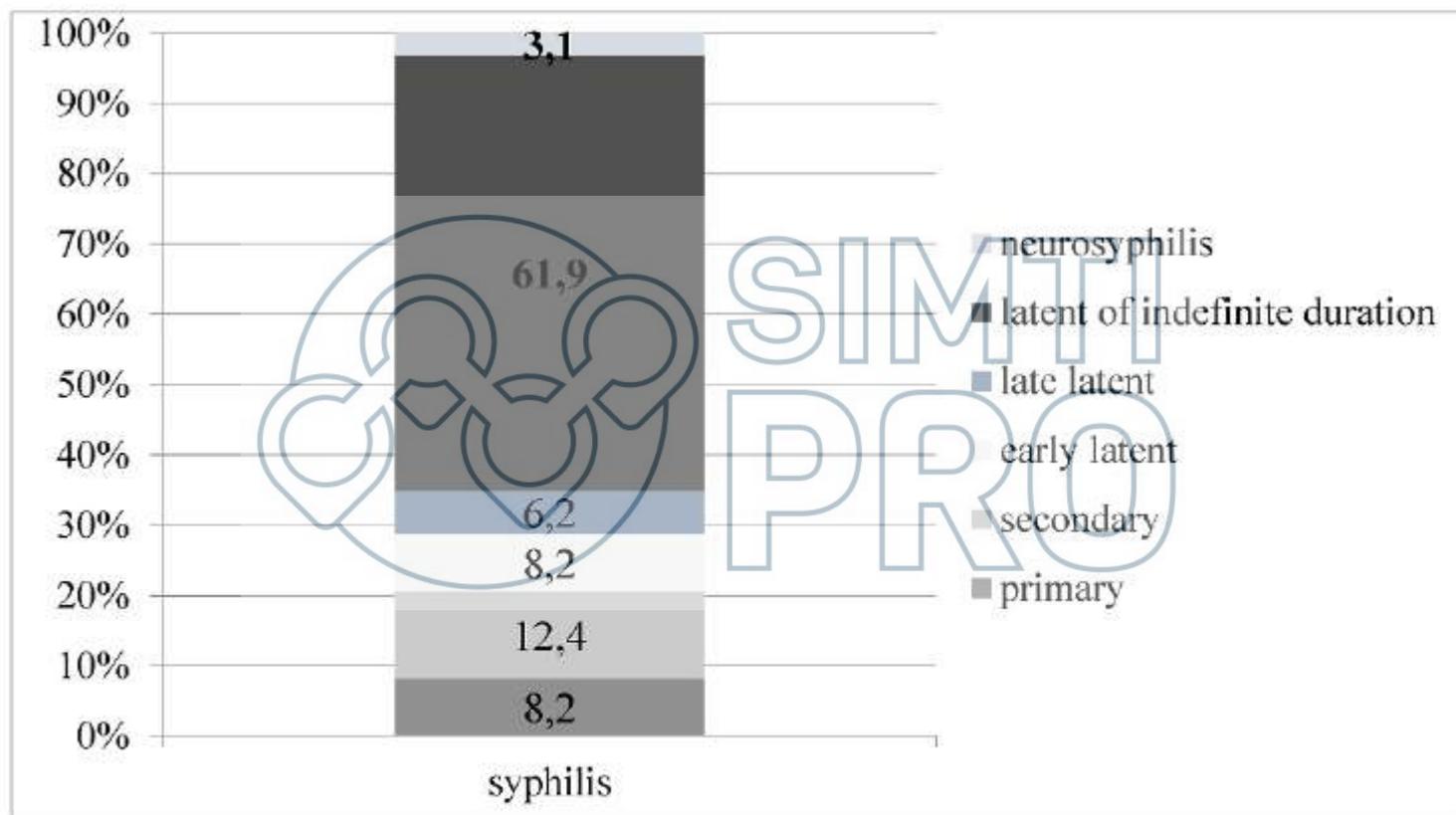
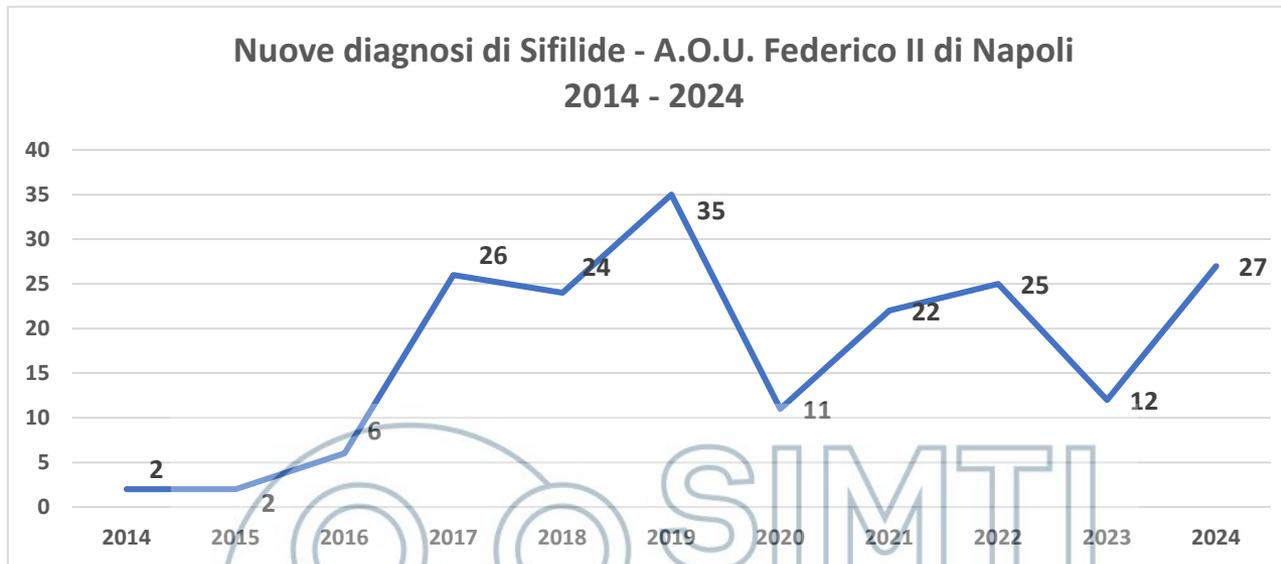


Fig. 3. Distribution of clinical forms of syphilis.



Il 17% ha eseguito RPR e TPHA per sospetto clinico al momento della diagnosi, il 15% per fattori di rischio/comportamenti a rischio identificati in assenza di clinica, il **68% per screening** (donazione sangue/gravidanza/esami di controllo-sorveglianza).

Nel **74% dei casi si trattava di casi di Sifilide Latente Indeterminata**, nel 6% dei casi di Sifilide primaria e nel 10% dei casi di Sifilide secondaria.

Tutti i pazienti effettuavano terapia mirata a seconda della fase di malattia, **nell'83% si otteneva la guarigione** clinico-laboratoristica, mentre nel **17% dei casi è risultato necessario il ritrattamento**. Dei 192 pazienti considerati, **il 15% andava incontro a reinfezione.**

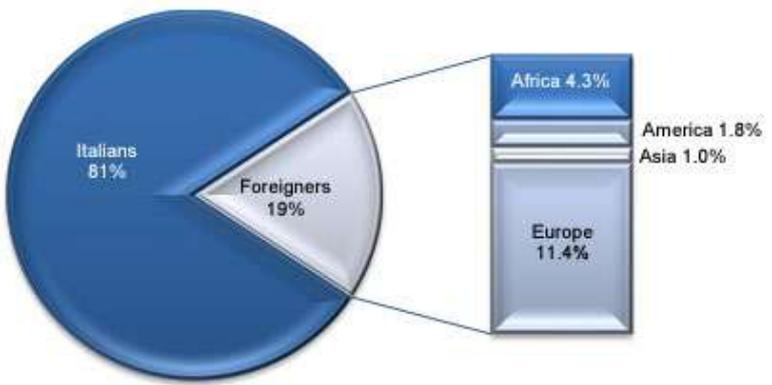


Figure 29. Distribution of TP positive donors by nationality (%) (2022)

Table 44. Number, prevalence and incidence of TP infections per 100.000 donors at national and regional level (2022)

Region/AP	n.	TP infections prevalence	Incidence
Aosta Valley	0	0.0	0.0
Piedmont	33	76.4	17.8
Liguria	11	40.1	16.0
Lombardy	50	61.9	8.2
AP of Trento	2	57.5	0.0
AP of Bolzano	0	0.0	0.0
Friuli Venezia Giulia	2	18.1	0.0
Veneto	20	53.4	4.1
Emilia-Romagna	31	82.9	8.6
Tuscany	31	84.8	7.9
Umbria	14	108.2	36.7
Marche	16	110.8	15.3
Lazio	81	125.1	17.6
Sardinia	16	66.8	7.7
Abruzzo	0	0.0	0.0
Campania	68	84.1	18.8
Molise	0	0.0	0.0
Apulia	51	91.0	21.9
Basilicata	7	66.6	28.0
Calabria	8	81.5	5.1
Sicily	49	56.5	23.3
Armed Forces	0	0.0	0.0
Italy	490	76.9	12.1

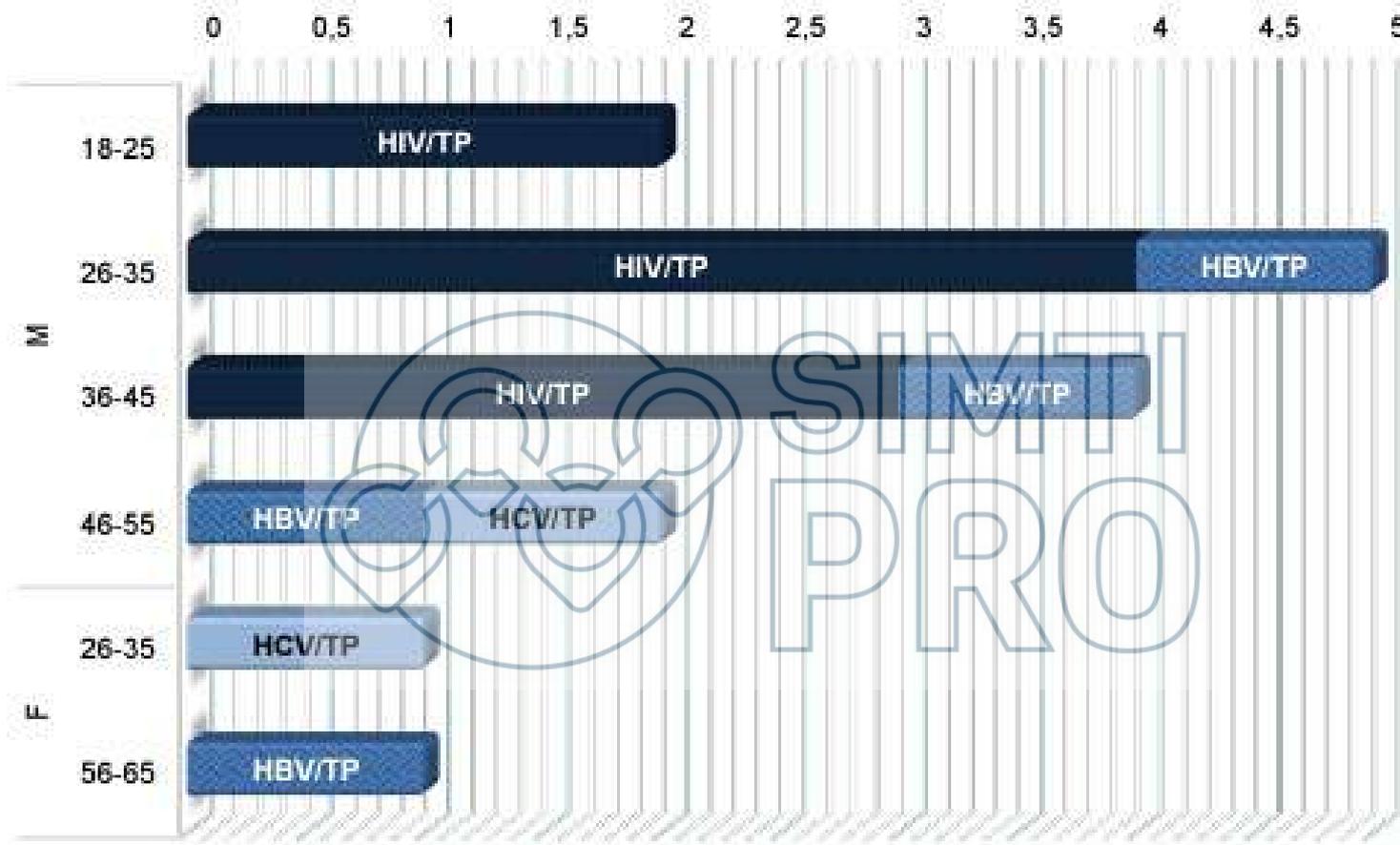


Figure 32. Number of coinfecting donors by type of coinfection, age class and gender (2022)

Serological Tests For Syphilis

Non-treponemal Tests	Treponemal Tests
<p>Complement fixation tests</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wasserman reaction <p>Flocculation Tests</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rapid Plasma Reagin (RPR) - VDRL - TRUST 	<p><i>Treponema pallidum</i> immobilization assay (TPI)</p> <p>Fluorescent treponemal antibody absorption (FTA-ABS)</p> <p><i>Treponema pallidum</i> hemagglutination assay (TPHA)</p> <p><i>Treponema pallidum</i> passive particle agglutination assay (TPPA)</p> <p>Enzyme Immunoassay (EIA)</p> <p>Western Blot (WB) and Pseudoblots</p> <p>Automated Chemiluminescence platforms</p> <p>Chromatographic Point of Care (POC) tests</p> <p>Microsphere Immunoassay</p>

Potential Gold Standards for Syphilis Diagnosis in CSF Specimens

Clinical Abnormalities	CSF WBC levels
Nontreponemal Tests – CSF-VDRL - CSF - RPR	CSF Protein Levels
Direct Identification of <i>T. pallidum</i> in CSF	CSF B cells
Treponemal Tests – CSF-FTA-ABS - CSF TPHA Index - CSF TPPA	CSF CXCL13

TABLE 1 Summary of syphilis testing performance

Test ^a	Sensitivity (% [range]) for disease stage				Specificity (% [range])	Reference(s)
	Primary	Secondary	Early latent	Late latent		
Serology (nontreponemal)						
VDRL	78 (74–87)	100	96 (88–100)	71 (34–94)	98 (96–99)	37
RPR	86 (77–99)	100	98 (95–100)	73	98	37
USR	80 (72–88)	100	95 (88–100)	NA	99	37
TRUST	85 (77–86)	100	98 (95–100)	NA	99 (98–99)	37
Serology (treponemal)						
FTA-ABS	84 (70–100)	100	100	96	96 (95–100)	37
TPPA	88 (86–100)	100	100	94	96 (95–100)	10
TPHA	86	100	100	99	96	38
MHA-TP	76 (69–90)	100	97 (97–100)	94	99 (98–100)	37
EIA						
EIA IgG	100	100	100	NA	98	39
EIA IgM	93	85	64	NA	95	40
CLIA	98	100	100	100	99	41
Direct detection (skin, mucosa, and exudates)						
Dark-field microscopy	84 (71–100)	60 (25–100)			92 (88–100)	24, 42, 43
Silver stain histochemistry	86 (50–100)	40 (0–92)		4 (0–11)		42
Immunohistochemistry	100	87 (58–100)		36 (11–60)	100	42
PCR (tissue)	100	67 (42–100)		7 (0–14)		42
PCR (lesional smear)	90 (80–96)	83 (80–86)			98 (96–100)	24, 42

^aVDRL, Venereal Disease Research Laboratory; RPR, rapid plasmin reagin; USR, unheated serum reagin; TRUST, toluidine red unheated serum test; FTA-ABS, fluorescent antibody absorption; TPPA, *T. pallidum* particle agglutination; TPHA, *T. pallidum* hemagglutination; MHA-TP, microhemagglutination assay for *T. pallidum*; EIA, enzyme immunoassay; CLIA, chemiluminescence immunoassay.

Satyaputra F, Hendry S, Braddick M, Sivabalan P, Norton R. 2021. The laboratory diagnosis of syphilis. *J Clin Microbiol* 59: e00100-21.



ISBN 1123-3117

Malattie trasmissibili con la trasfusione di sangue ed emocomponenti in Italia: sorveglianza epidemiologica dei donatori (2009-2011)

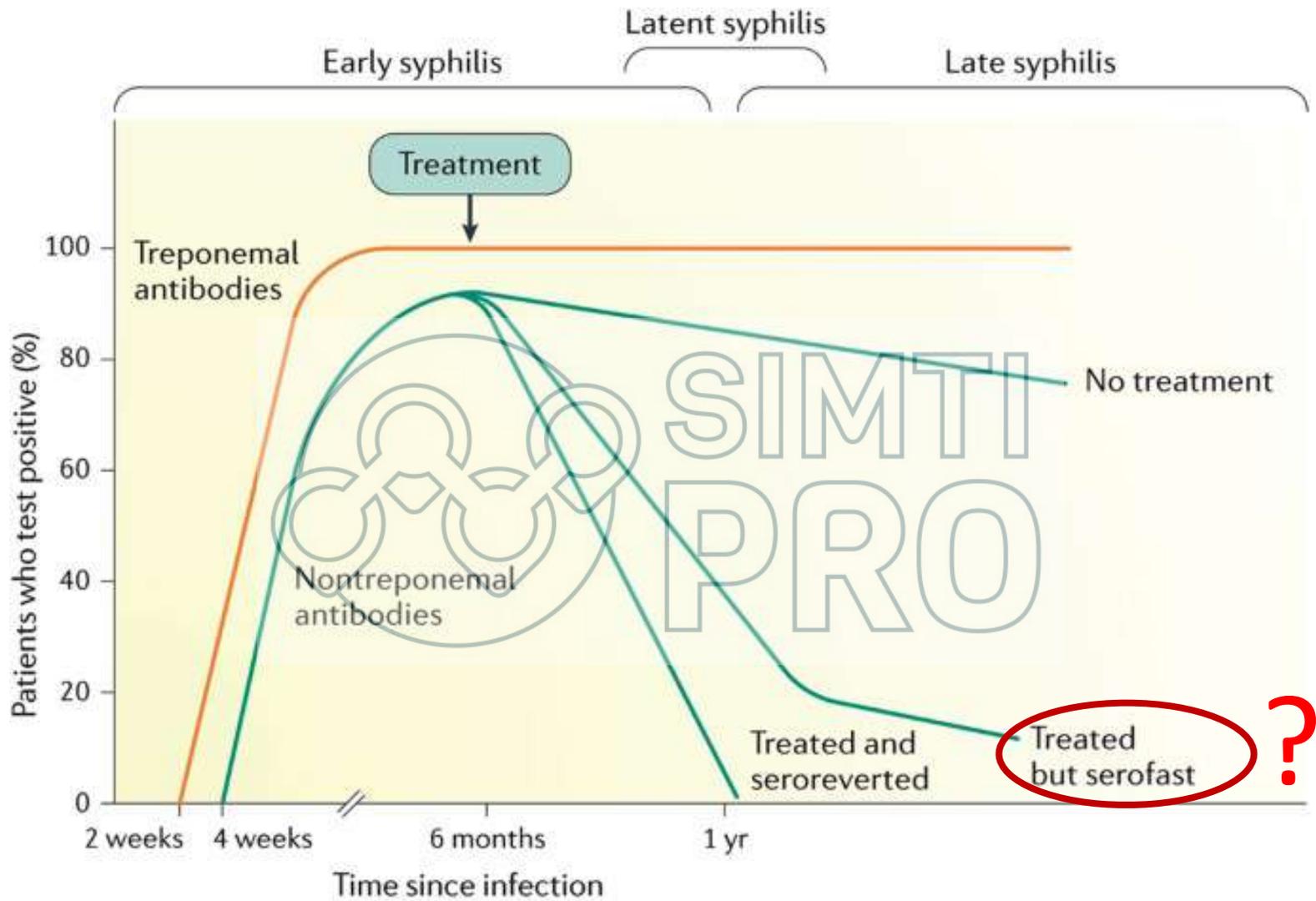
V. Piccinini, G. Facco, S. Pupella,
M. Lanzoni, L. Catalano, G. Grazzini

Tabella 45. Test utilizzati per lo screening sierologico del TP (2009-2011)

Metodiche	2009		2010		2011	
	n.	%	n.	%	n.	%
Chemiluminescenza	252	45,0	321	50,7	345	59,4
Immunoenzimatica	190	33,9	249	39,3	152	26,2
Agglutinazione treponemico	69	12,3	32	5,1	53	9,1
Altro/non specificato	46	8,2	28	4,4	11	1,9
Agglutinazione non treponemico	3	0,5	2	0,3	17	2,9
Immunofluorescenza	0	0,0	1	0,2	3	0,5
Totale	560	100,0	633	100,0	581	100,0

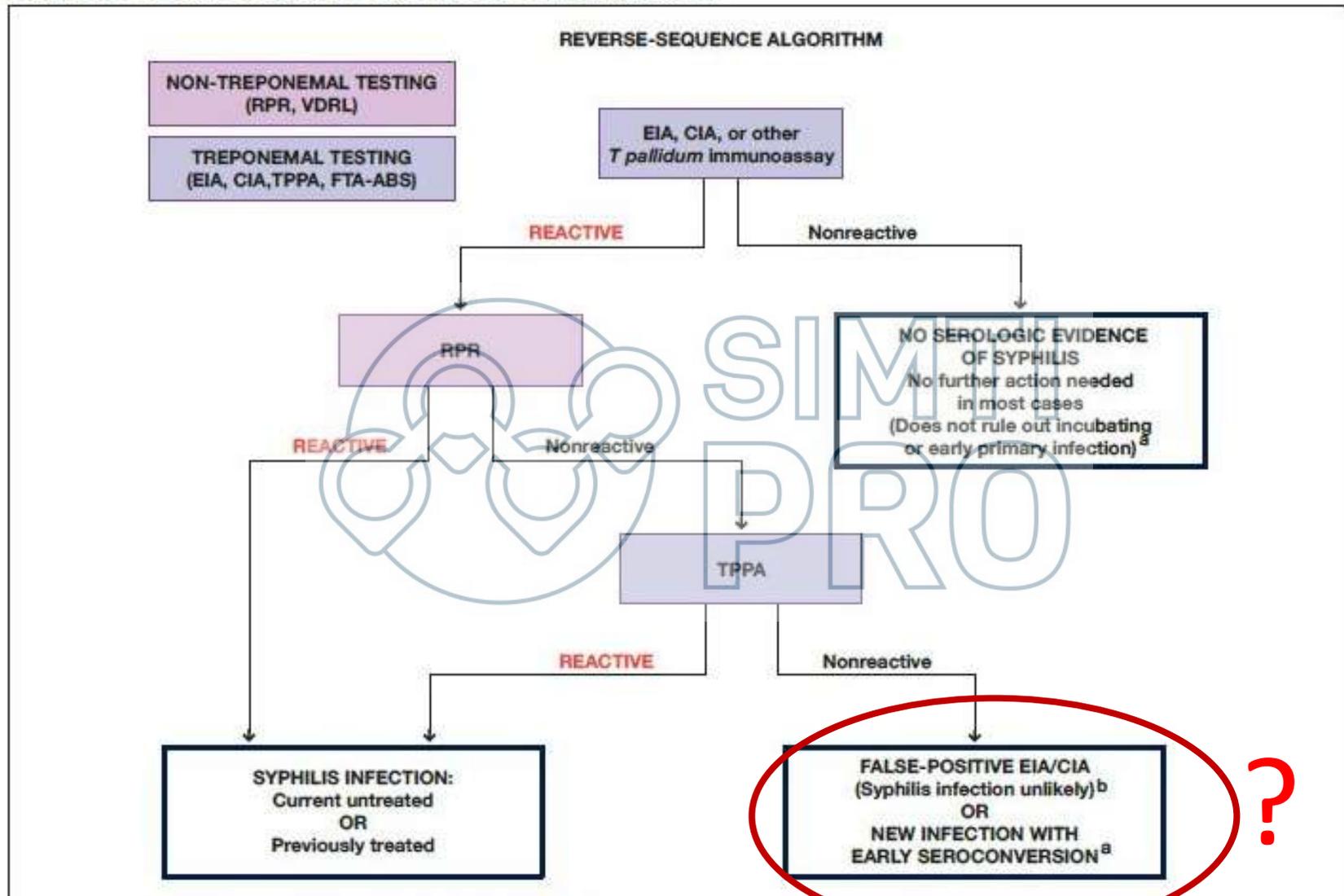
Tabella 46. Test utilizzati per la conferma di TP (2009-2011)

Metodiche	2009		2010		2011	
	n.	%	n.	%	n.	%
Agglutinazione treponemico	215	38,4	180	28,4	255	43,9
Immunoenzimatica	137	24,5	164	25,9	109	18,8
Chemiluminescenza	66	11,8	125	19,7	98	16,9
Immunofluorescenza	37	6,6	62	9,8	50	8,6
Immunochimica	39	7,0	48	7,6	43	7,4
Altro/non specificato	55	9,8	38	6,0	18	3,1
Agglutinazione non treponemico	11	2,0	16	2,5	8	1,4
Totale	560	100,0	633	100,0	581	100,0



Nature Reviews | Disease Primers

Figure 6. Reverse-Sequence Syphilis Screening Algorithm⁶⁶

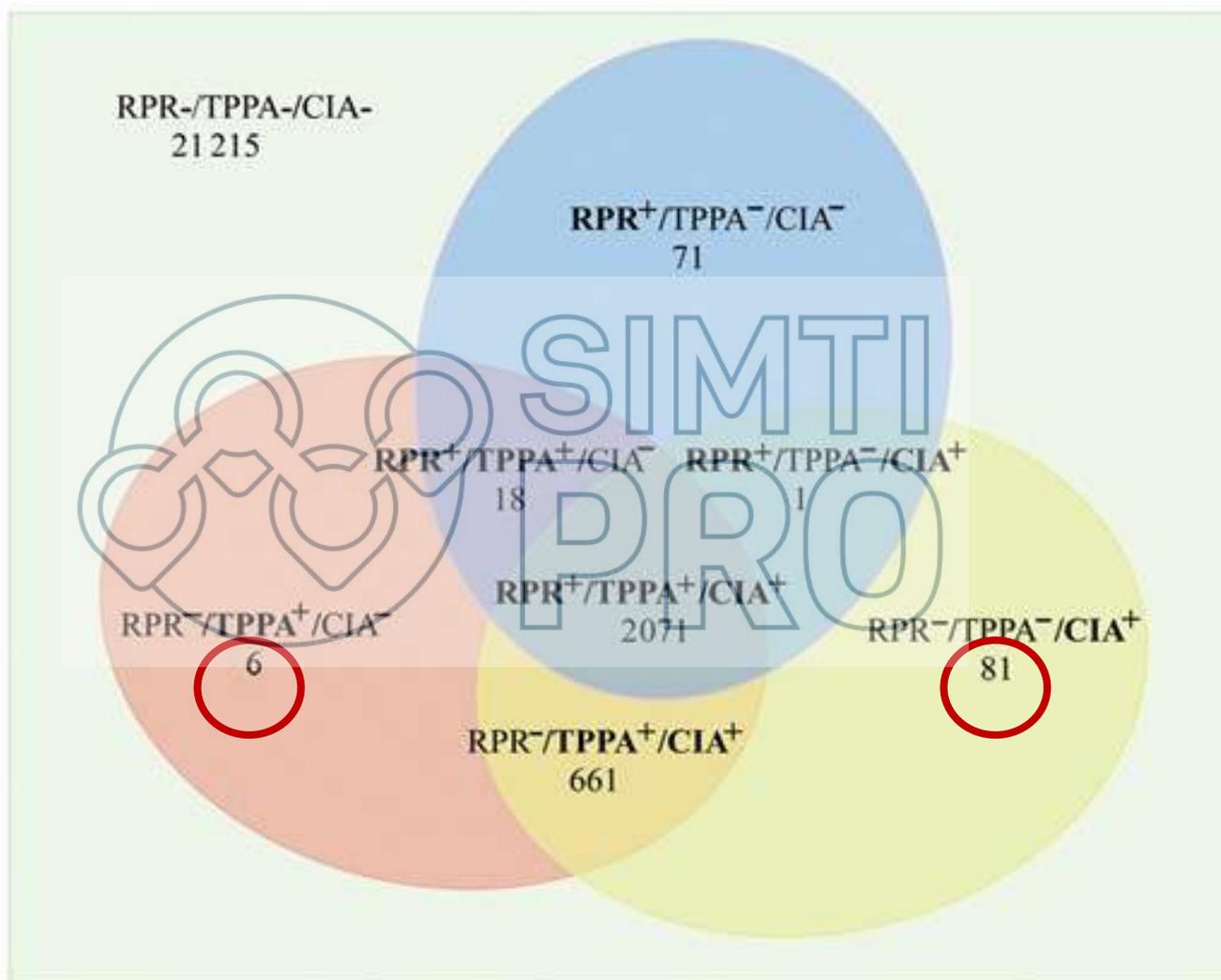


Analysis of 3 Algorithms for Syphilis Serodiagnosis and Implications for Clinical Management FREE

Man-Li Tong ✉, Li-Rong Lin, Li-Li Liu, Hui-Lin Zhang, Song-Jie Huang, Yu-Yan Chen,

Xiao-Jing Guo, Ya Xi, Long Liu, Fu-Yi Chen ... Show more

Author Notes



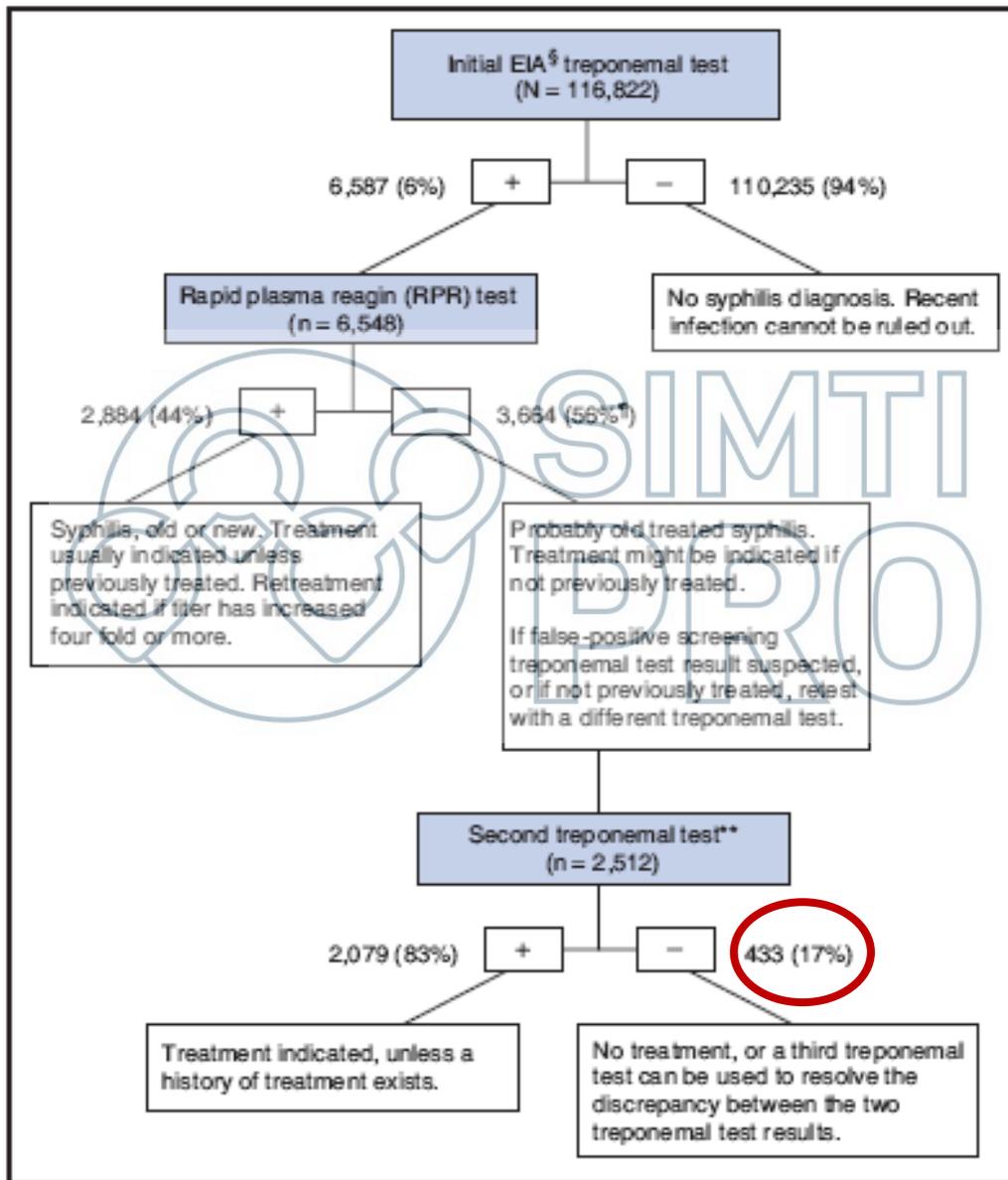
■ TPPA⁺ testing

■ RPR⁺ testing

■ CIA⁺ testing

■ RPR⁻/TPPA⁻/CIA⁻

FIGURE. Composite results of syphilis testing algorithms using treponemal tests for initial screening and likely interpretations* — four laboratories, New York City, October 1, 2005–December 1, 2006†



Test point-of-care (POC)

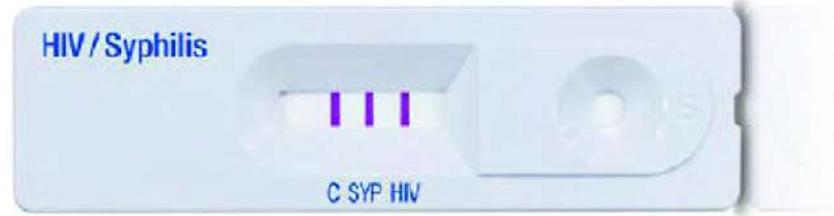


Table 3: Choosing Lab-based Versus POC Tests

Where Lab-Based Tests Are Most Useful	Where POC tests Are Most Useful
Individuals with prior history of syphilis should only have lab-based tests Low risk* individual presenting for routine visit	Where identifying syphilis infection is important for same day treatment
Disadvantages of POC Tests	Advantages of POC Tests
Results are treponemal only and less accurate than lab-based tests If positive, lab-based tests are needed for patient care and follow-up	Results quicker than lab-based tests Easier to perform Less sample required, easier to collect
Settings for Lab-Based Tests	Settings to Consider for POC Tests
Where feasible and accessible Routine screening Hospital inpatient, especially if likely to stay 48 hours or more Maternal testing at delivery prior to newborn discharge (requires lab-based testing)	Correction facilities Emergency departments Substance use treatment programs Syringe service and harm reduction programs Outreach and community-based care events Rural communities Shelters
Populations Most Appropriate for Lab-Based Tests	Populations Most Appropriate for POC Tests
Lab-based testing should be used to confirm all positive POC tests results Low risk Populations likely to follow up if results positive Geographic areas where syphilis is not common	Pregnant people not engaged in prenatal care Persons using substances and not engaged in health care Populations with limited access to healthcare Geographic areas where syphilis is spreading rapidly

CAVEAT

- Nella sifilide primaria la sierologia può essere inizialmente negativa → attendere 2-4 settimane oppure **trattare** se dubbio perdita a follow up
- Prima di iniziare il trattamento ottenere un valore quantitativo di un test non treponemico (RPR o VDRL) per valutare la risposta al trattamento/fallimento/reinfezione/necessità di escludere neurosifilide (ripetere presso stesso laboratorio)
- **Qualunque disturbo visivo** in qualunque stadio, soprattutto se compatibile con uveite (anteriore, intermedia o posteriore), va approfondito con esame del fondo oculare e, se presente uveite, trattato come neurosifilide (indipendentemente da esame del liquor)
- **Qualunque disturbo uditivo** in qualunque stadio (specialmente acufene e ipoacusia di nuova insorgenza) va indagato e nel dubbio sempre trattato come neuro-otosifilide (esame del liquor quasi sempre non dirime il dubbio!)

Open issues

- **TT positivo con NTP negativo** ripetere altro TT o trattare?
- **Pazienti con titolo non in incremento ma stazionario:** *serofast*, fallimenti o reinfezioni? → chi ritrattare, chi monitorare e chi screenare per neurosifilide asintomatica?
- Test rapidi point-of-care ed autotest all'interno di comunità a rischio (saune, cruising bar etc.): utile o pericoloso?
- Urgenza STI Clinics in Italia (senza appuntamento, senza impegnativa)