

## The national level results on elimination of mother-to-child transmission of syphilis: main impact indicators

\*Mircea BEȚIU, Iulia EMEȚ

Department of Dermatovenerology, Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy  
Chisinau, the Republic of Moldova

\*Corresponding author: [mircea.betiu@usmf.md](mailto:mircea.betiu@usmf.md)

### Rezultatele la nivel național privind eliminarea transmiterii materno-fetale a sifilisului: principalii indicatori de impact

#### Rezumat

Situația epidemiologică a sifilisului în Republica Moldova rămâne tensionată, incidența sifilisului dobândit fiind net superioară, comparativ cu media europeană. Totodată, numărul cazurilor de sifilis congenital este unul mic pe parcursul mai multor ani. Astfel, principalii indicatori de impact, care caracterizează eficiența sistemului sanitar în acest domeniu, rata sifilisului congenital și ponderea mortalității atribuită sifilisului, sunt cu mult sub pragul de eliminare a sifilisului congenital propus de Organizația Mondială a Sănătății (OMS). Pe parcursul anilor de referință, 2012-2015, rata sifilisului congenital a fost sub nivelul de 0,3/1000 nou-născuți vii, iar ponderea mortalității, atribuită sifilisului – sub 1,5%. Menținerea indicatorilor de impact menționați, de rând cu cei de proces, sub pragul OMS, pe parcursul anilor respectivi, a permis înaintarea solicitării de validare externă OMS a eliminării transmiterii materno-fetale a sifilisului în Republica Moldova.

**Cuvinte-cheie:** sifilis dobândit, sifilis congenital, eliminarea transmiterii materno-fetale, indicatori de impact.

#### Epidemiological situation of syphilis in the Republic of Moldova

The trend of syphilis in the Republic of Moldova shows an evident decline in evolution: from the beginning of survey in 1950 till present days. In 1950 after the 2<sup>nd</sup> World War the incidence of syphilis amounted 9 to 104.2 per 100 000 population mainly because of migration of the people as well as destruction of the health network. In middle 1950s and 1960s was registered the lowest incidence of syphilis from 12.9 in 1958 to 5.5 in 1962. In 1970s a small peak was observed – 59.2 in 1978. In mid 1980s the incidence was low – 7.1 in 1988. After the collapse of the Soviet Union, due to the low socioeconomic income of people and a high migration rate, the number of reported cases of syphilis per 100000 population (incidence) increased significantly, achieving its highest level in 1996 – 200,7 per 100 000 population. In 2000s incidence of syphilis began to decrease from 155 in 2000 to 63.5 in 2010 [2, 3]. This downward pattern has been maintained during last three years: 64.6 per 100 000 population in 2012, 63.7 in 2013, 52.2 in 2014 and 53,8 in 2015 correspondingly (fig.1).

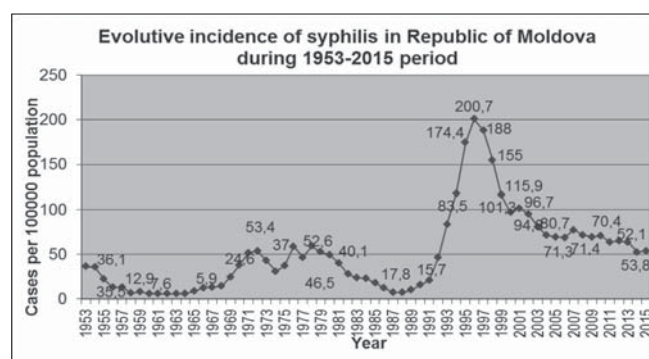


Fig. 1. Reported incidence of syphilis in the Republic of Moldova, 1953-2015.

During 2012-2015, according to the data provided by The National Center of Health Management, proportion of reported cases of syphilis was higher in men (56.3%/54.3%/55.8%/55.1%), than in women (43.7%/45.7%/44.2%/44.9). In males recent forms of syphilis have predominated (55.9% in 2012, 53.8% in 2013 and 55.4% in 2014), therein symptomatic patients in 2012 accounted for a half of cases, in 2013-2014 evolution of the disease showed a downward pattern in cases with symptoms (50.8% in 2012, 47.2% in 2013 and 44.3% in 2014). Latent cases in turn demonstrated an upward trend (48.6% in 2012, 51.8% in 2013 and 54.9% in 2014). In women recent forms of syphilis ranged 43.5% in 2012, 45.2% in 2013 and 43.8% in 2014. Symptomatic patients formed 35.8% in 2012, 31.9% in 2013 and 31.5% in 2014, with latent syphilis representing 63.6% in 2012, 66.9% in 2013 and 67.7% in 2014 (fig. 2-3).

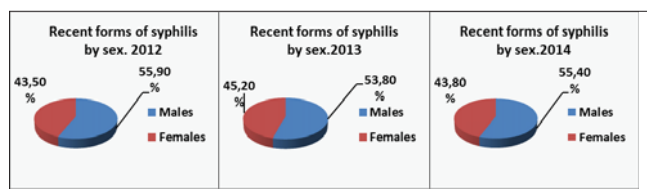


Fig. 2. Distribution of recent forms of syphilis by sex, 2012-2014.

Distribution of syphilis between different age and gender groups in 2009-2015 showed a non-uniform pattern (tab. 1).

The Integrated Bio-Behavioral Survey (2012-2013) has outlined syphilis prevalence among high-risk populations (fig. 4), including:

- Injecting Drug User (IDU) (man or woman who injected any type of drugs at least once during the last 12 months).

Table 1

Distribution of patients with syphilis by age and sex, 2009-2015

Years	Total		0-14years		15-24 years		25-49 years		50+ years	
	Males	Females	Males	Females	Males	Females	Males	Females	Males	Ffemales
2009	1277	1124	7	16	419	546	704	490	147	72
2010	1296	1147	13	16	409	568	725	477	149	86
2011	1209	982	8	11	378	442	698	453	125	76
2012	1231	993	8	12	390	458	702	429	131	94
2013	1173	1030	10	11	319	430	691	485	153	104
2014	958	819	8	17	263	356	546	355	141	91
2015	1022	834	15	19	259	338	600	398	148	79

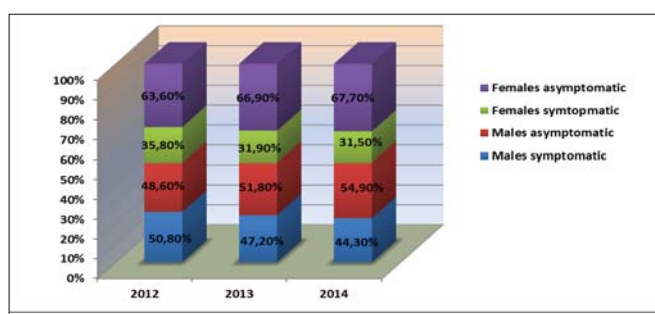


Fig. 3. Proportion of early, symptomatic and latent forms of syphilis by sex.

- Sex worker (CSW) (female who offered sex in exchange for money or drugs at least once during the last 12 months).
- Man who has Sex with Man (MSM) (male who had at least one homosexual contact with males within the last 6 months).

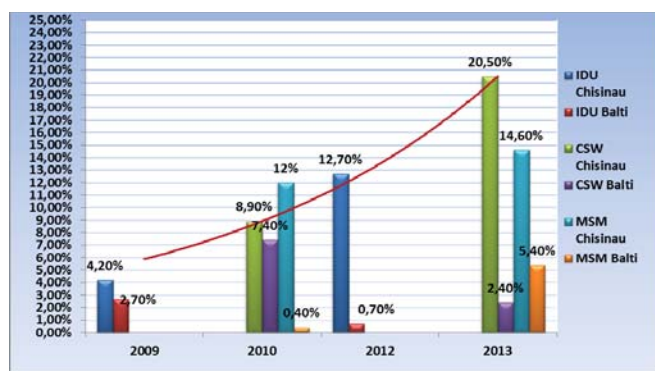


Fig. 4. Serologic prevalence of syphilis among high-risk populations.

The syphilis prevalence among IDU shows an upward prevalence in Chisinau from 4.2% in 2009 to 12.7% in 2012, at the same time a downward pattern is seen in Balti with 2.7% in 2009 and 0.7% in 2012 (tab. 2).

The prevalence of syphilis between CSW from Chisinau has increased significantly during 2010-2013 and ranged 8.9% in 2010 and 20.5% in 2013[2, 4]. In Balti city a vice ver-

sa data can be observed, as follows: 7.4% in 2010 and 2.4% in 2013 (tab. 3).

Table 2

Syphilis prevalence among key populations at higher risk (IDU)

2009		2012	
TPHA		TPHA	
Chisinau	Balti	Chisinau	Balti
IDU	4.2%	IDU	12.7%
			0.7%

Table 3

Syphilis prevalence among key populations at higher risk (CSW)

2010		2013	
TPHA		TPHA	
Chisinau	Balti	Chisinau	Balti
CSW	8.9%	CSW	20.5%
			2.4%

Rate of the disease among MSM from Chisinau has grown from 12% in 2010 to 14.6% in 2013, and dramatically increased in Balti ranging 0.4% in 2010 and 5.4% in 2013 (tab. 4).

Table 4

Syphilis prevalence among key populations at higher risk (MSM)

2010		2013	
TPHA		TPHA	
Chisinau	Balti	Chisinau	Balti
MSM	12%	MSM	14.6%
			5.4%

Case reporting released in last four years showed the highest syphilis incidence in capital of the country Chisinau, where it constituted 77.3 in 2012, 85.9 in 2013, 61.8 in 2014 and 62.18 in 2015 accordingly [1,5,7]. The 2<sup>nd</sup> place was referred to the central region (77.1/68.2/56.5/56.48), the 3<sup>rd</sup> -

to the southern region (63.4/70.4/63.4/63.18), the 4<sup>th</sup> – to the northern region (40.2/37.6/30.0/29.89) and the last one – to ATU Gagauzia (28.5/23.5/26.0/25.95), (fig. 5).

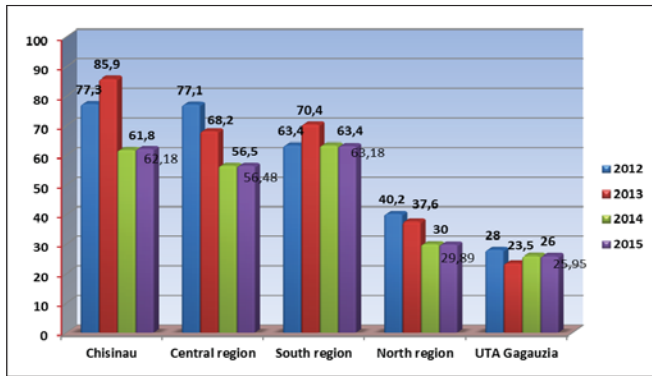


Fig. 5. Syphilis incidence by geographical distribution, 2012-2015.

### Syphilis in pregnant women and live birth congenital syphilis

The trend of syphilis among pregnant women pointed out an upward pattern initially. It ranged from 132 in 2006 to 190 in 2013[8,11]. During the last 2 years the number of seropositive pregnant women remains stable with 154 cases in 2014 and 153 in 2015. The same has been registered for congenital syphilis live births (5 in 2012, 9 in 2013, 7 in 2014 and 9 in 2015), (fig. 6).

Table 5

#### Prevalence of syphilis among pregnant women

Years	Number of syphilis cases in pregnant women	Pregnancies detected	Prevalence (%)
2012	142	42918	0.33%
2013	190	45392	0.42%
2014	154	45804	0.34%
2015	153	45924	0.33%

To estimate the prevalence of syphilis, the nominator was the number of pregnant women testing positive for syphilis, and the denominator – the number of pregnancies detected in the respective period. As a result, the prevalence of syphilis among pregnant women in 2012 was 0.33% (142/42918×100), in 2013 was 0.42% (190/45392×100), in 2014 – 0.34% (154/45804×100) and in 2015 – 0.33% (153/45924×100), (tab. 5).

The prevalence of syphilis in pregnant women in the 15-24 year group is greater than in 25+ ages (tab. 6).

Table 6

#### Prevalence of syphilis in pregnant women of different age groups

Years	2012	2013	2014	2015
No. of cases of syphilis in pregnant women	142	190	154	153
No. of pregnancies in respective year	42918	45392	45804	45924
Prevalence	0.33%	0.42%	0.34%	0.33%
<b>Age 15-24 years</b>				
No. of cases of syphilis in pregnant women	102	110	100	90
No. of pregnancies in respective year	42918	45392	45804	45924
Prevalence	0.23%	0.24%	0.22%	0.20%
<b>Age 25+ years</b>				
No. of cases of syphilis in pregnant women	40	80	54	63
No. of pregnancies in respective year	42918	45392	45804	45924
Prevalence	0.09%	0.18%	0.12%	0.14%

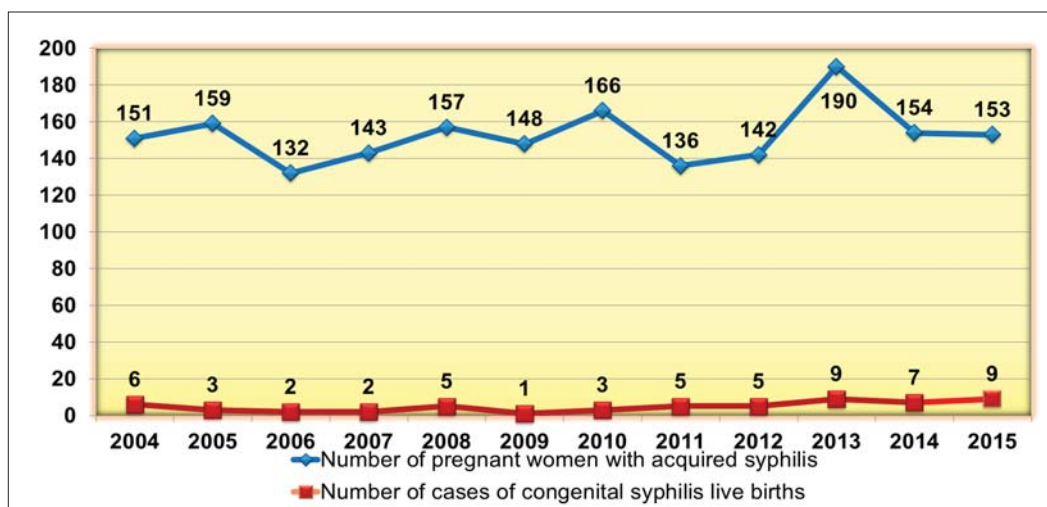


Fig. 6. Timeline of syphilis in pregnant women and congenital syphilis cases (live births).

# ANECZEM

unguent 15g • cremă 15g

Betamethasonum 0,05%

Gentamicinum 0,1%

Clotrimazolum 1%

- *Antiinflamator*
- *Antipruriginos*
- *Antifungic*
- *Antimicrobian*



## *Anezem cremă și unguent pentru un management rațional al afecțiunilor dermatologice*

### INDICAȚII TERAPEUTICE

-Dermatoze, care răspund la tratamentul cu corticosteroizi topici, complicate cu infecții secundare bacteriene și/sau fungice.  
-Dermatomicoze.

### DOZE ȘI MOD DE ADMINISTRARE

Extern. Pe suprafața afectată a pielii, acoperind și suprafețele adiacente, de 2 ori pe zi. Pentru a asigura eficacitatea tratamentului trebuie aplicat în mod sistematic. Durata terapiei variază în funcție de extinderea și localizarea procesului patologic și de răspunsul pacientului la terapie.

### REAȚII ADVERSE

Local: rar - arsuri, prurit, senzație de uscăciune, foliculită, hipertricoză, erupții acneiforme, hipopigmentare, dermatită periorală, dermatită alergică de contact, macerarea pielii, infecții secundare, atrofie cutanată, vergeturi și miliarie.

### CONTRAINDICAȚII

Hipersensibilitate la componentele preparatului sau alte aminoglicozide, tuberculoza cutanată, manifestările cutanate ale sifilisului, varicela, herpes simplu, reacții postvaccinale, răni deschise, copiii sub 2 ani.

### ATENȚIONĂRI ȘI PRECAUȚII SPECIALE DE UTILIZARE

A se evita contactul cu ochii și alte mucoase. Nu se recomandă aplicarea pansamentului ocluziv. Nu se recomandă în tratamentul dermatitei de scuteț. La utilizarea topică a glucocorticoizilor și gentamicinei la copii, pe porțiuni extinse ale pielii sau sub pansament ocluziv pot apărea reacții adverse specifice acțiunii sistemice a preparatelor.

### ADMINISTRAREA ÎN SARCINĂ ȘI PERIOADA DE ALĂPTARE

Preparatul este contraindicat în timpul sarcinii și în perioada de lactație.

Certificat de înregistrare nr. 17600; nr. 17601 din 27.04.2012

[www.farmaprim.md](http://www.farmaprim.md)

MD-4829, Republica Moldova, r-nul Criuleni, sat. Porumbeni, str. Crinilor, 5.  
Tel.: (+373 22) 28-18-45, Fax: (+373 22) 28-18-46. e-mail: info@farmaprim.md

# KLYNTOPIC gel 15g

Clindamicină 10mg + Peroxid de benzoil 50mg

## Tratamentul actual al acneei



### Combinatie recomandată de Ghidurile Europene în tratamentul acneei\*

#### INDICAȚII TERAPEUTICE

Acnee vulgară forma ușoară și moderată, preponderent cu leziuni cutanate inflamatorii.

#### DOZE ȘI MOD DE ADMINISTRARE

Klyntopic gel se aplică pe piele în strat subțire, o dată pe zi, seara, pe întreaga zonă afectată, după spălarea ușoară cu un agent de curățare delicat și după uscarea completă. Perioada de utilizare recomandată este de 2-5 săptămâni, dar să nu depășească 12 săptămâni de uz continuu.

#### REAȚII ADVERSE

De tip local: prurit, senzație de arsură, uscăciune, eritem, exfoliere, dermatită, fotosensibilitate, agravare a acneei, urticarie; gastrointestinale: cu frecvență necunoscută – colită (inclusiv colită pseudomembranoasă), diaree (inclusiv hemoragică), dureri abdominale.

#### CONTRAINDICAȚII

Hipersensibilitate la clindamicină, lincomicină, peroxid de benzoil, și/sau la oricare dintre excipienții produsului; copii cu vârsta sub 12 ani; perioada de alăptare; boala Crohn, colita ulcerativă, colita pseudomembranoasă, inclusiv în anamneză.

#### ATENȚIONĂRI ȘI PRECAUȚII SPECIALE DE UTILIZARE

Se va evita contactul cu cavitatea bucală, ochii, buzele și cu alte mucoase sau zone cu piele iritată sau care prezintă leziuni. Se recomandă utilizarea produselor de protecție solară pentru prevenirea fotosensibilizării. În cazul în care pacientul prezintă stări diareice prelungite sau semnificative, sau dacă suferă de crampe abdominale, tratamentul cu Klyntopic gel trebuie întrerupt imediat, deoarece simptomele pot indica dezvoltarea unei colite asociate cu administrarea de antibiotice.

#### ADMINISTRAREA ÎN SARCINĂ ȘI PERIOADA DE ALĂPTARE

În sarcină va fi prescris doar dacă beneficiul scontat pentru mamă depășește riscul potențial pentru făt, deoarece nu este stabilită inofensivitatea Klyntopic în timpul sarcinii. Nu se cunoaște dacă clindamicina se excretă în laptele matern după administrarea topică, de aceea în perioada de alăptare tratamentul cu Klyntopic nu se recomandă.

\* Guideline on the Treatment of Acne.

Developed by the Guideline Subcommittee "Acne" of the European Dermatology Forum. 13.09.2011

Certificat de înregistrare nr. 21391 din 22.01.2015

[www.farmaprim.md](http://www.farmaprim.md)

MD-4829, Republica Moldova, r-nul Criuleni, sat. Porumbeni, str. Crinilor, 5.  
Tel.: (+373 22) 28-18-45, Fax: (+373 22) 28-18-46. e-mail: info@farmaprim.md

# METROMICON FORTE ovule N7

Metronidazol 750 mg + Miconazol nitrat 200 mg

## Terapie de elecție în:

- vaginoza bacteriană cu sau fără candidoză
- vaginita tricomoniazică



## METROMICON FORTE - asociere a două substanțe active incluse în ghidurile actuale de tratament a infecțiilor vaginale

### DOZE ȘI MOD DE ADMINISTRARE

Se administrează vaginal câte un ovul o dată pe zi, seara, timp de 7 zile. În caz de vaginite recidivante sau vaginite rezistente la tratament se administrează câte un ovul o dată pe zi, seara, timp de 14 zile.

### REAȚII ADVERSE

*Tulburări gastrointestinale:* durere și spasme abdominale, gust metallic în gură, xerostomie, constipații, diaree, inapetență, greață, vomă. *Tulburări ale sistemului nervos:* cefalee, dereglări de coordonare (ataxie), neuropatie periferică (la administrarea îndelungată), convulsii. *Tulburări psihice:* neliniște, labilitate emoțională. *Tulburări acustice și vestibulare:* vertij. *Tulburări hematologice și limfatice:* leucopenie. *Tulburări ale sistemului imunitar:* reacții alergice (erupții cutanate, inclusiv urticarie). *Tulburări generale și la nivelul locului de administrare:* iritație (arsuri, prurit), îndeosebi la începutul tratamentului, care însă nu necesită sistarea tratamentului și este determinată de acțiunea medicamentului asupra mucoasei vaginale inflamate. În caz de iritație severă tratamentul va fi sistat.

### CONTRAINDICAȚII

Hipersensibilitate la componentele medicamentului; epilepsie; porfirie; dereglări severe ale funcției hepatice; I-ul trimestru de sarcină; perioada de lactație; vârsta sub 18 ani (la virgine).

### ADMINISTRAREA ÎN SARCINĂ ȘI PERIOADA DE ALĂPTARE

Medicamentul este contraindicat în I-ul trimestru de sarcină. În al II-lea și al III-lea trimestru de sarcină poate fi administrat în cazul când beneficiul scontat pentru mamă depășește riscul posibil pentru făt. La necesitatea administrării medicamentului în perioada de lactație se va întrerupe alimentația la sân, reluându-se peste 24–48 ore după finalizarea tratamentului.

Certificat de înregistrare nr. 19041 din 20.03.2013

[www.farmaprim.md](http://www.farmaprim.md)

MD-4829, Republica Moldova, r-nul Criuleni, sat. Porumbeni, str. Crinilor, 5.  
Tel.: (+373 22) 28-18-45, Fax: (+373 22) 28-18-46. e-mail: info@farmaprim.md

### Stillbirths and stillbirth attributable to syphilis; congenital syphilis rate

According to the ICD-10 definitions of the fetal death in perinatal period a stillbirth or fetal death is a death of a fetus before its expulsion or complete extraction from the body of the mother, independent of the duration of the pregnancy. The death is indicated by the fact that immediately after labor the fetus doesn't breathe or show any other sign of life, such as heartbeat, pulse in the umbilical cord, or effective movements of the voluntary muscles. A fetal death certificate is used for every fetus with a birth weight of 500 grams or more, or with 22 weeks or more of gestation.

WHO indicates as the major causes of stillbirth are of following conditions:

- childbirth complications
- maternal infections in pregnancy
- maternal disorders (especially hypertension and diabetes)
- fetal growth restriction
- congenital abnormalities.

Almost half of stillbirths happen when woman is in labor and the most straightforward cause is intrauterine hypoxia. Obstetricians from every regional hospital fill the case history of birth. In the case of fetal death, the case history shows that the fetus was born dead and an additional record is made in register of fetal deaths. Each case of stillbirth is examined via autopsy and all findings are included in patient's case history. The information is sent immediately to the Family Medicine Center to which mother belongs. The woman and her relatives are informed of it at a visit subsequent to the loss.

Once a year obstetric services from the whole Republic send reports (form 32A-san) to the national level, where data about health care in labor are described, inclusively stillbirth. In this way definitive data about fetal death are collected, kept and published.

In fact, the surveillance starts in pregnancy, from the moment the latter has been detected and a pregnant woman receives a "pregnant woman's card", an official document. It includes the findings of prenatal checkups as well as results of VDRL and HIV tests for the woman and her sexual partner. Pregnant women bring this card to each checkup visit, to hospital admissions during the pregnancy and when admitted to delivery. All physicians admitted to the woman's care are required to write on her card, providing feedback to the family doctor or any specialist involved. In case when a fetal death happens the acting medical team makes an analysis and comprehensive assessment of the mother's clinical, epidemiological, and serological history, with emphasis on possible risks, causes and conditions which led to the stillbirth. After the birth, the card remains archived as part of the hospital's case history [11, 13].

In the last four years stillbirth rate in the Republic of Moldova showed a stable pattern: it made up 6.6 per 1000 live births in 2012 (267 cases of stillbirth per 40322 neonates), 6.8 per 1000 live births in 2013 (270 cases of stillbirth per 39726 neonates), 5.8 per 1000 live births in 2014 (241

cases of stillbirth per 41446 neonates) and 5.8 per live births in 2015 correspondingly (243 cases of stillbirth per 41404 neonates), (fig. 7).

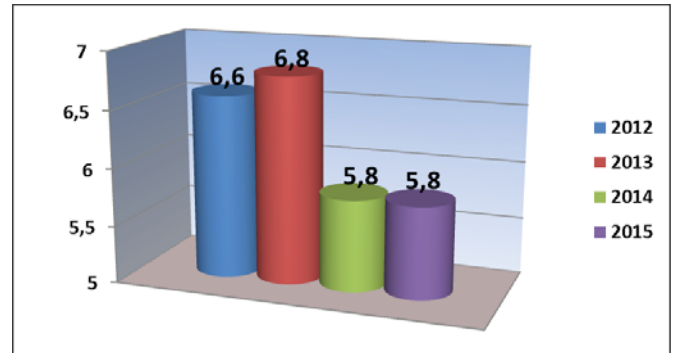


Fig. 7. Stillbirth rate, 2012-2015.

At the same time the reported number of stillbirths attributable to syphilis is as follows: 2012 – 2 (0,7%) cases; 2013 – 2 (0,7%) cases, 2014 – 0 cases and in 2015 – 3 (1,2%) cases; data were taken from Annual Report regarding par-turients' and nursing women care service, No 32a [9,10,11], 2012-2015 (fig. 8).

Overall, the number of congenital syphilis cases for the reporting period, including stillbirth attributable to mother syphilis and live birth congenital syphilis cases, was adduced below: in 2012 – 7; 2013 – 11; 2014 – 7 cases and in 2015 –

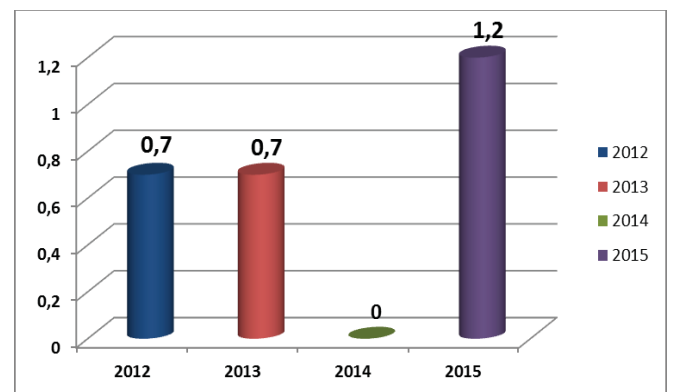


Fig. 8. Stillbirths attributable to mother syphilis (%), 2012-2015.

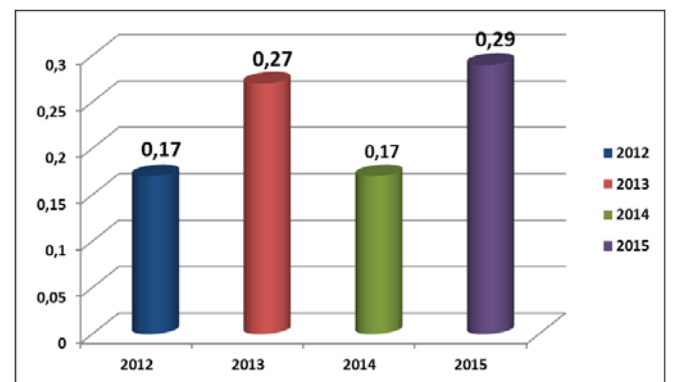


Fig. 9. Rate of congenital syphilis per 1000 live births per year, 2012-2015.

12 cases[9,10,11]. Thus, the calculation of congenital syphilis rate was made as follows: 0.17 (7 cases per 40055 live births) in 2012; 0.27 (11 cases per 39456 live births) in 2013; 0.17 (7 cases per 41205 live births) in 2014; 0.29 (12 cases per 41161 live births) in 2015 (fig. 9).

### Conclusions

The national level results on elimination of mother-to-child transmission (EMTCT) of syphilis in the Republic Moldova revealed a consistent and stable control within the last years 2012-2015 of the main impact indicators, as follows: rate of congenital below 0,3/1000 live births and still-birth attributable to mother syphilis below 1,5%, both being much lower than WHO threshold indicators – 0,5/1000 live births and 5%, respectively. Thus, the national counterparts are ready for the WHO validation of syphilis EMTCT in the Republic of Moldova.

**Key words:** aquired syphilis, congenital syphilis, elimination of mother-to-child transmission, impact indicators.

### References

1. Statistical Yearbook of the Republic of Moldova, 2012-2015 (<http://www.statistica.md/pageview.php?l=en&id=2193&idc=263>).
2. Integrated Bio-Behavioral Study in key populations at higher risk. Key indicators 2012-2013. pdf (<http://cnms.md/ro/rapoarte>).
3. Mid-term progress report on National Reproductive Health Strategy 2006-2015 ([http://www.old.ms.md/\\_files/11785-Raport\\_evaluare\\_eng.pdf](http://www.old.ms.md/_files/11785-Raport_evaluare_eng.pdf)).
4. Republic of Moldova progress report on HIV/AIDS 2014 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents//MDA\\_narrative\\_report\\_2014.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents//MDA_narrative_report_2014.pdf)).
5. Strengthening of STI surveillance in the Republic of Moldova, Report on a WHO mission, 11-15 March 2013 (<http://www.who.int/hq/whodoc/whodoc/201303/130303stisurveillance.pdf>).
6. Ministry of Health Ordinance No 68 of 31.01.2015 regarding approval of National Guidelines of STI Management. (<http://old.ms.gov.md/public/info/Ghid/ghiduri/ghid/ghidnationalinfectiitransmitereosexuala/>).
7. Republic of Moldova Health System Review, Health Systems in Transition, vol.14, no.7, 2012. ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/178053/HiT-Moldova.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/178053/HiT-Moldova.pdf?ua=1)).
8. Neonatal Congenital Syphilis Clinical Standardized Protocol ([http://old.ms.gov.md/\\_files/14930-Protocol%2520clinic%2520standardizat%2520%2520Sifilisul%2520congenital.pdf](http://old.ms.gov.md/_files/14930-Protocol%2520clinic%2520standardizat%2520%2520Sifilisul%2520congenital.pdf)).
9. Annual Report regarding sexually transmitted diseases, No 32a –săn, 2012-2015 (<http://www.cnms.md/>).
10. Annual Report regarding pregnancy care service, no. 32 –săn , 2012-2015 (<http://www.cnms.md/>).
11. Annual Report regarding parturients' and nursing women care service, No. 32a –săn , 2012-2015 (<http://www.cnms.md/>).
12. Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission (EMTCT) of HIV and syphilis, WHO, 2014 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241505888/en/>).
13. National Programme on Prevention and Control of HIV/AIDS and STI 2011–2015 (<http://aids.md/aids/index.php?cmd=item&id=250>).

## Sifilis primar, asociat cu gonoree și trichomoniază, la un copil preșcolar – caz clinic

\*Vasile STURZA, Iulia EMEȚ, Rodica CHITIC, Nina FIODOROVA

Catedra Dermatovenerologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”  
Chișinău, Republica Moldova

\*Autor corespondent: vasile.sturza@usmf.md

**Generalități.** Se prezintă cazul unui copil de 7 ani, sex masculin, din mediul rural, internat în spitalul Dermatologie și Maladii Comunicabile, în 2014, fiind depistat cu sifilis primar recent al pielii și mucoaselor, ca urmare a unui contact sexual al pacientei de 15 ani.

**Obiectiv.** Au fost observate următoarele semne clinice: ulceratii pe glandul penian de 1-2 cm în diametru, rotunde, contur regulat, culoare roșie-cărămizie, margini elevate, suprafață netedă, dur-elastice la palpare; câteva eroziuni pe foia internă a prepuțului, de 3-6 mm, bine conturate, acoperite cu depuneri purulente; parafimoză; eliminări abundente din canalul uretral, galben-verzui, cu miros fetid; limfadenită inghinală bilaterală; papulo-vezicule pe trunchi, fese, coapse și membre, multiple, mici, situate „în perechi”, unele fiind centrate de pustule și cruste. Diagnosticul clinic s-a confirmat cu cel paraclinic, depistându-se *Tr. pallidum*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis* din materialul recoltat și testele serologice pozitive (RMP 4+, TPHA 4+). S-a stabilit următorul diagnostic: sifilis primar (șancru dur de tip ulceros și eroziv; parafimoză); adenopatie inghinală bilaterală; scabie asociată cu piodermie acută; infecție gonococică (uretrită acută); trichomoniază urogenitală. S-a indicat tratament general: benzilpenicilină - 1 mln. un. i/m, câte 400.000 un., de 6 ori în zi, 14 zile; benzatin-benzilpenicilină 2,4 mln. un. i/m; metronidazol 125 mg - de 2 ori în zi, 10 zile. Tratamentul topic a inclus: comprese umede cu sol. NaCl 10%; coloranți anilini, Baneocină ung., Sulf precipitat ung. 15%.

**Concluzii:** Cazul este pus în discuție pentru raritatea infecțiilor transmise sexual la copiii preșcolari.

**Cuvinte-cheie:** sifilis, gonoree, trichomoniază, copil, caz rar.