

IUSTI

INTERNATIONAL UNION AGAINST
SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS
AFRICA



BOLETIM da IUSTI – AFRICA

Julho 2007

Nº 1

Nesta edição:

Mensagem do Director
Regional

Países Africanos em
foco nesta edição:

- Benim
- Nigéria

Notícias da IUSTI
World

Vigilância
epidemiológica:
relatório

- África do Sul

15th ICASA 2008

- 1^o reunião da
Comissão
Organizadora, Dakar,
Senegal

Investigação em IST/
VIH em África

- Circuncisão masculina

Organização Mundial
de Saúde (WHO)

- Estratégia global

Próximas reuniões

Ser Membro da IUSTI

Sugestões,
Comentários,
Respostas...

11th Congresso da
IUSTI World,
África 2009,
Cidade do Cabo,
África do Sul

Livros

Mensagem do Director Regional



Professor David Lewis

Desde que assumi o cargo de Director Regional da IUSTI – Africa no início de 2006, tenho tido como objectivos desenvolver um boletim interactivo sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) no Continente Africano. Estou extremamente feliz por o ter conseguido e espero continuar a fazê-lo com a vossa contribuição.

Agradecimentos especiais nesta edição vão para o Dr Luc Béhanzin, dirigente da IUSTI - África em Benim e para o Dr Ayodele Ajayi e ao seu colega em Ibadan, Nigéria, pelas suas contribuições. Quero também agradecer a Aulette Goliath, secretária da IUSTI – Africa, que tanto se esforçou para que a produção e distribuição deste boletim fosse possível. Profª Doutora Filomena Exposto deu-nos uma enorme ajuda ao fazer este boletim trilingues através da sua tradução para português. Finalmente, no lançamento desta edição gostaria de expressar os meus agradecimentos ao National Health Laboratory Service e ao National Institute for Communicable Diseases, no qual trabalho, por nos dar permissão para ter a sede do Centro Regional da IUSTI – África no STI Reference Centre e pela visão que tem sobre a importância do estabelecimento e da extensão de redes de excelência em África na área das doenças comunicáveis, incluindo as IST's.

Gostaria muito de chamar a atenção para o documento a ser brevemente publicado sobre a Estratégia Global para a Prevenção e Controlo das ISTs (Organização Mundial de Saúde). Este documento, se utilizado correctamente pelos estados membros, tem potencial para causar um impacto na gravidade das ISTs e nas suas complicações em África.

Nós focamo-nos muito na infecção pelo VIH/SIDA, mas não nos podemos esquecer do enorme número de recém - nascidos que morrem todos os anos com sífilis no nosso continente. Não existe informação sobre outras complicações das ISTs, como a cegueira por ophtalmia neonatorum ou sobre a capacidade das ISTs causarem infertilidade.

Deveríamos trabalhar em conjunto para que todos os africanos tivessem o direito aos melhores cuidados de saúde em ISTs. Se ainda não é membro da IUSTI, por favor junte-se a nós na luta contra as ISTs. A região africana da IUSTI faz parte de uma União mais extensa. Só somos mais fortes quando unidos e somos mais fracos quando estamos sozinhos. Por isso, encorajo-vos a tornarem-se membros efectivos (40 euros de dois em dois anos) ou membros associados (sem pagamento de quota) da nossa Sociedade.

Ser membro fará com que fique na nossa lista de correio e receba os boletins que se vierem a publicar. Se não quiser continuar a receber o nosso boletim, por favor envie-nos um e-mail para iusti-africa@nicd.ac.za, para que possamos remover o seu nome da nossa lista de correio.

Países africanos em foco: *Benim*



Contribuição: Dr Luc Béhanzin

Dr Luc Béhanzin

Coordenador do sub- Projecto “Cuidar de Grupos de Alto Risco na África Francófona (CHIFWA)”, um componente do projecto regional AWARE-HIV/AIDS, fundado pela USAID/WA e coordenado pelo FHI-Cotonou, Benim.

Email: b_Luc-2001@yahoo.fr

Em Benim, as ISTs constituem um grave problema de saúde pública, tal como em todos os outros países da África Sub-sariana. O Programa Nacional de Luta contra a SIDA e as IST (PNLS-IST) – é o órgão de governo responsável pelo controlo das ISTs no nosso país. Depois de serem negligenciadas durante muito tempo, só recentemente as ISTs começaram a ser tidas em consideração, através do estabelecimento de um projecto intitulado “Apoio à Luta Contra a SIDA na África Ocidental”, financiado pela CIDA. Os primeiros algoritmos sindromáticos foram desenvolvidos e adoptados pelo Ministério da Saúde em 1994, com o apoio financeiro deste projecto durante a sua fase 1, revistos em 2000 durante a sua fase II e em 2006 na fase III (geralmente referida como Projecto SIDA 3). Esta última fase está no seu último ano de implementação. O projecto SIDA-Benim foi iniciado em Setembro de 2006. A estratégia mais importante deste projecto foi ter focado as suas intervenções nas trabalhadoras do sexo (CSWs) e nos seus clientes para um controlo efectivo das ISTs nestes grupos. Com este projecto, Benim experimentou uma redução significativa na prevalência das ISTs curáveis, assim como uma diminuição significativa na prevalência do VIH nas CSWs de Cotonou, a capital económica do país e a área de maior intervenção do projecto. Deve chamar-se a atenção para o facto do projecto cobrir mais 8 países da África Ocidental, além de Benim.

Desde Dezembro de 2006, Benim tem novos algoritmos sindromáticos com a integração dos novos agentes terapêuticos para as ISTs como o fluconazol, a azitromicina, o aciclovir e outros.

Sob a égide do Projecto SIDA 3 – Benim na sua fase final, um serviço para as ISTs foi estabelecido, por ordem do Ministério da Saúde em 19 de Junho de 2006. Este serviço, chamado Serviço para o Diagnóstico e Tratamento das ISTs e dos Grupos de Alto Risco, está integrado no Programa Nacional contra as ISTs de Benim (PNLS-IST). Os objectivos deste programa são a) assegurar o controlo das ISTs na população em geral, incluindo nos grupos de alto risco, b) assegurar a monitorização clínica regular das CCSWs, c) desenvolver actividades comunitárias de prevenção das ISTs em grupos de risco, d) assegurar a supervisão e a monitorização das actividades clínicas e terapêuticas e das intervenções em grupos de risco, e) contribuir para a vigilância epidemiológica das ISTs/VIH/SIDA e f) conduzir estudos operacionais. A ordem

ministerial que recomenda um controlo eficaz das ISTs nas CSWs baseia-se no decreto presidencial de 4 de Abril de 2006, o qual obriga o Governo a tomar compulsiva a monitorização de pessoas com um grande potencial de transmissão do VIH, nomeadamente CSWs, homossexuais e toxicodependentes endovenosos e a encorajar o aconselhamento e o rastreio do VIH.

Com os novos algoritmos, 100 profissionais de cuidados de saúde foram treinados durante os primeiros 4 meses de 2007 e outra sessão de formação está planeada para mais 100 destes profissionais, nos segundos 4 meses do ano.

A estratégia de um Serviço Adaptado (AS) para o controlo das IST entre as CSWs é a estratégia correntemente promovida em Benim, com o apoio financeiro do Fundo MAPII e do Fundo Global. Está previsto o estabelecimento de 6 AS por departamento demográfico em Benim para uma cobertura efectiva desta população. Como esta estratégia deve o seu sucesso à actividade que tem junto das CSWs, pensa-se em aumentar o recrutamento de indivíduos da comunidade para intervir nesta área, para que as CSW sejam encaminhadas com sucesso para estes AS. Os cuidados de saúde serão gratuitos em cada AS e de acordo com a política nacional.

Benim continuará, com a assistência da OMS, a integrar a abordagem sindromática das IST no currículo das escolas médicas e paramédicas, que se iniciou com o apoio do projecto SIDA.

Acções prioritárias

- Continuação dos objectivos conseguidos no Projecto SIDA3-Benim em toda a sua força e extensão.
- Manutenção da distribuição de preservativos a toda a população, uma vez que o PSI se quer retirar do mercado dos preservativos de Benim.
- Fornecimento de Azitromicina, Aciclovir, Podofilina e /ou Podofilotoxina, particularmente para as populações de risco (ex CSWs).
- Ausência de estudos sobre resistência aos antibióticos dos agentes etiológicos de ISTs.
- Aumento das notificações dos casos de ISTs.
- Desenvolvimento de novos algoritmos em formato de poster.
- Integração real dos cuidados de saúde em ISTs num pacote mínimo nos centros de saúde.
- Fortalecimento da capacidade institucional e técnica do Serviço para o Diagnóstico e Tratamento das ISTs e dos Grupos de Alto Risco, dentro do PNLS-IST.
- Abertura do Serviço para o Diagnóstico e Tratamento das ISTs e dos Grupos de Alto Risco do PNLS-IST à comunidade científica mundial.

Países africanos em foco: Nigéria

Contribuição de:

Ajayi A.A, Fayemiwo S.A, Bakare R.A.

Departamento de Microbiologia e Parasitologia Médicas
University College Hospital, Ibadan, Nigéria

INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis são da maior importância como problema de saúde pública nos países em desenvolvimento, incluindo a Nigéria, a nação mais populosa de África, com cerca de 140 milhões de pessoas e mais de 350 grupos étnicos e linguísticos.

A epidemiologia das ISTs na Nigéria está relacionada com vários factores, incluindo condições demográficas e sociais que afectam a disponibilização da educação sexual, das facilidades de diagnóstico e da terapêutica apropriada às populações. As ISTs são mais prevalentes entre os 20 e 29 anos de idade, embora a actividade sexual se inicie tipicamente entre os 9 e os 19¹.

Dr A.A Ajayi e colegas trabalham no Hospital Escolar da University College Hospital em Ibadan, Nigéria.

Vista da frente de:

University College Hospital



Embora exista grande actividade de investigação na área das ISTs na Nigéria, a sua verdadeira extensão não é conhecida, uma vez que grande parte da população não tem acesso aos cuidados de saúde oficiais. Assim, as ISTs tendem a ser sub relatadas nos países em desenvolvimento, incluindo na Nigéria.

a) URETRITES, CERVICITES e VAGINITES

(i) Gonorreia

Não se conhece a verdadeira prevalência da gonorreia, devido à abordagem sindrômica utilizada na terapêutica das ISTs. O abuso dos antibióticos é particularmente importante na Nigéria, fazendo com que o isolamento de *Neisseria gonorrhoeae* seja difícil e criando a necessidade de meios alternativos de diagnóstico. Um estudo recente, em CSWs em Ibadan, relatou uma prevalência de 16.6% de gonorreia neste grupo de mulheres².

A penicilina foi há muito abandonada como terapêutica de escolha na Nigéria, devido à alta prevalência de estirpes de *Neisseria gonorrhoeae* produtoras de penicilinase e a ciprofloxacina é agora a terapêutica de primeira linha. Um estudo mais recente, contudo, indica que a prevalência da resistência à ciprofloxacina é de 18.6%.

(ii) Infecção por *Chlamydia trachomatis*

O diagnóstico de infecção por *Chlamydia trachomatis* coloca

grandes problemas devido ao facto deste microrganismo só crescer em culturas de células, necessitando por isso de experiência e equipamento sofisticado, que não existem nos laboratórios na Nigéria. Os ensaios imunoenzimáticos e os testes de fluorescência são caros e como tal só existem em laboratórios de investigação.

(iii) Infecção por *Mycoplasma genitalium*

Mycoplasma genitalium é responsável por aproximadamente 10% das uretrites não gonocócicas na África Ocidental, com sintomas que não se distinguem dos originados por *Chlamydia trachomatis* e *Trichomonas vaginalis*. Em alguns estudos, *Mycoplasma genitalium* foi implicado como agente etiológico de uretrite em homens, contribuindo para 14% de todos os casos de uretrite não gonocócica em homens que recorreram a uma clínica de ISTs em Ibadan³. O diagnóstico de rotina desta condição permanece difícil, uma vez que não existem testes comerciais para a identificação deste microrganismo.

(iv) Tricomonose

Num estudo em homens da África Ocidental com corrimento uretral, *Trichomonas vaginalis* foi a causa mais frequente de uretrite não gonocócica, não Clamídia em 15% dos casos⁴. A tricomonose é também uma co-infecção mais frequente do que a infecção por Clamídia em homens infectados com gonorreia. Mais recentemente, *Mycoplasma genitalium* foi diagnosticado em 45% de parceiros sexuais de mulheres infectadas, em Ibadan⁵.

(v) Vaginose bacteriana

Estudos efectuados mostraram que entre 20 e 51% de mulheres na África Sub-sariana tinham vaginose bacteriana⁶. Num estudo recente, efectuado em Ibadan, concluiu-se que a vaginose bacteriana era a segunda infecção genital mais frequente entre CSWs, a seguir à candidose². É facilmente diagnosticada, e a primeira linha de tratamento é o metronidazol. Têm sido utilizados probióticos e parecem ser eficazes nos países em desenvolvimento, embora se encontrem ainda num estágio experimental num ensaio clínico presentemente a decorrer em Ibadan.

b) ULCERAÇÕES GENITAIS

(i) Sífilis

Existe informação recente sobre a prevalência da sífilis como agente de úlcera genital na Nigéria. Tanto o Rapid Plasma Reagin (RPR) como o Venereal Disease Research Laboratory Test (VDRL) são regularmente utilizados na Nigéria para o diagnóstico de sífilis, mas os testes específicos não existem em muitos laboratórios.

Estudos sentinela de vigilância epidemiológica para sífilis e VIH estão a ser conduzidos na Nigéria desde 1991. A população sentinela é constituída por

Países africanos em foco: Nigéria

mulheres entre os 15 e os 49 anos de idade, na primeira visita que fazem a clínicas pré natais em instituições públicas em todos os estados, desde que tenham gravidez confirmada. O rastreio é efectuado às 10 semanas. Em 2005, este rastreio indicou que a sífilis aumentou relativamente a 2003 na maioria das áreas, com um valor de prevalência nacional de 1.5% (Figura 1)⁸. A prevalência foi maior na Zona Sul Sul (2.3%) e menor na Zona Central Norte (0,5%).

Zona	Nº amostras	Nº positivos	Prevalência (%)	95% Confidence
South South	5748	133	2.3	1.9 - 2.7
South West	6617	147	2.2	1.9 - 2.6
North East	5681	57	1.0	0.9 - 1.7
South East	5098	39	0.8	0.6 - 1.1
North West	6875	51	0.7	0.6 - 1.0
North Central	6901	34	0.5	0.3 - 0.7
Total	36920	461	1.5	1.1 - 1.8

Figura 1. Prevalência de sífilis na Nigéria por zona, 2005

Fonte: Ministério de Saúde Federal. Estudo Sentinela de Seroprevalência

(ii) Cancro mole

Estudos efectuados indicam que o cancro mole pode ser bastante comum, com prevalências entre 5.6% e 86%, entre as CSWs^{9,10}. Tal como para outras ISTs, está associado ao aumento do risco da transmissão do VIH. O diagnóstico é geralmente clínico, uma vez que a cultura é difícil.

(iii) Linfgranuloma venéreo (LGV)

Um estudo seroepidemiológico, utilizando o teste de fixação de complemento e envolvendo 5009 indivíduos residentes em duas cidades (Ibadan e Benim) na região da África Ocidental, detectou uma taxa de seropositividade que variou entre 5.3% e 11.5% em Ibadan e 7.3% e 18.3% em Benim¹¹. Um estudo mais recente em Ilorin encontrou uma seroprevalência de LGV de 12.5%¹². O diagnóstico é geralmente clínico, uma vez que os testes para detecção de antígenos de Clamídia ou de ácidos nucleicos são caros e portanto não estão disponíveis, a não ser em laboratórios de investigação.

(iv) Granuloma inguinal

Esta IST é pouco comum na Nigéria e nos restantes países da África Ocidental.

(v) Herpes genital

Num estudo sobre a associação entre doença ulcerativa genital (GUD) e prevalência de VIH no estado de Lagos, foi detectada uma seroprevalência de 59% para HSV - 2 em CSWs¹⁰. O cancro mole e os anticorpos contra HSV-2 foram também mais comuns em CSWs infectadas com VIH. Um

estudo em doentes com úlcera genital em Ibadan¹³ detectou uma prevalência de 4.6% para HSV por cultura de tecido (o HSV-2 foi responsável por 3.3% e o HSV-1 por 1.3% dos casos, respectivamente).

O diagnóstico laboratorial do vírus do herpes simples está muito para além dos meios que existem nas unidades médicas periféricas existentes nos trópicos. Como tal, na prática, o diagnóstico é muitas vezes efectuado por exclusão e com base clínica. A terapêutica faz-se com aciclovir.

c) VIH/SIDA

O VIH pertence à subfamília lentivírus dos retrovírus e está dividido em VIH -1 e VIH-2. Num estudo recente em trabalhadoras do sexo em Ibadan, o VIH-1 foi responsável por infecção em 25.6% dos casos, com infecções duplas VIH-1/VIH-2 em 2,8% dos infectados¹⁴. Os subtipos G, C e as formas recombinantes circulantes foram as mais prevalentes neste grupo de risco.

O estudo serológico de vigilância epidemiológica de 2005 demonstrou que na Nigéria a média nacional da prevalência de infecção pelo VIH é de 4.4%. A seroprevalência nos estados variou de 1.6% em Ekiti a 10% em Benue. Embora a prevalência do VIH tenha sido mais alta nas zonas urbanas do que nas rurais, a diferença não foi estatisticamente significativa.

CONCLUSÃO:

Para tentar controlar a situação das ISTs na Nigéria, torna-se necessário envolver todos os financiadores e interessados neste assunto e atingir os grupos de maior risco que constituem o principal reservatório destas infecções. Esta "guerra" contra as ISTs só pode ser ganha se incorporarmos, nas nossas intervenções, estratégias assentes na comunidade. Existe necessidade de uma vigilância epidemiológica regular em indivíduos que procuram as clínicas de ISTs, para monitorizar a eficácia dos algoritmos de abordagem sindrómica presentemente utilizados.

REFERÊNCIAS:

1. Onile B.A. Sexually transmitted diseases and Acquired Immuno-deficiency Syndrome in Nigeria Afr J of Clinical and Experimental Microbiology, 2002;3(2):78-81.
2. Bakare RA, et al. Pattern of STDs among commercial sex workers in Ibadan, Nigeria Afr J Med Sci, 2002;31:243-247.
3. Bakare RA, Oni AA, Umar US, Kehinde AO, Fayemiwo SA, Fasina NA. *Ureaplasma urealyticum* as a cause of non-gonococcal urethritis: the Ibadan experience. Niger Postgrad Med J 2002;9:140-145.
4. World Health Organization. Global Prevalence and Incidence of Selected Curable Sexually Transmitted Infections: Overview and Estimates. Geneva: World Health Organization, 2001.

Países africanos em foco: Nigéria

5. Bakare RA. Prevalence of *Trichomonas vaginalis* among the sexual partners of women with trichomoniasis in Ibadan. *Afr J Clin Exp Microbiol*, 2003;4:107-113.
6. Laurent C, Seck K, Coumba N, et al. Prevalence of HIV and other STDs and risk behaviors of unregistered sex workers in Dakar, Senegal. *AIDS*, 2003;17:1811-1816.
7. Hallen A, Jarstrand C, Pahlsson C. Treatment of bacterial vaginosis with *Lactobacilli*. *Sex Transm Dis* 1992;19:146-8.
8. Federal Ministry of Health. Technical report. 2003 National HIV Seroprevalence Sentinel Survey. Abuja: Federal Ministry of Health, 2004.
9. Fayemiwo S.A, Bakare R.A, Odaibo G.N, Ajayi A.A, Oni A.A, Olaleye D.O. Genital ulcer diseases among HIV infected female commercial sex workers in Ibadan, Nigeria. *ISSTD* 2005 Jul 10-13; Abstract No. TP-123.
10. Dada AJ, Ajayi AO, Diamondstone L, et al. A serosurvey of *Haemophilus ducreyi*, syphilis, and herpes simplex virus type 2 and their association with HIV among female sex workers in Lagos, Nigeria. *Sex Transm Dis*, 1998;25:237-242.
11. Osoba A.O. Sero-epidemiological study of Lymphogranuloma venereum in Western Nigeria. *Afr J Med Med Sci*, 1977 Sep;6(3):125-32.
12. Onile B.A, Tolu Odugbemi. Genital ulcer disease in Ilorin, Nigeria. *Af. J. of Clinical and Experimental Microbiology* 2002;3(1): 21-23.
13. Oni A.A, Adu F.D, Ekweozor C.C. Isolation of herpes simplex virus from sexually transmitted disease patients in Ibadan, Nigeria. *Sex Transm Dis*, 1994 Jul-Aug;21(4):187-90.
14. Fayemiwo S.A, Bakare R.A, Odaibo G.N, et al. Diverse genetic subtypes of HIV-1 among female commercial sex workers(CSWS) in Ibadan, Nigeria. *IAS Conf HIV Pathog Treat* 2005 Jul 24-27; 3rd: Abstract No. MoPe 14.2B11.
15. FMOH(2005). National HIV seroprevalence sentinel survey among pregnant women attending antenatal clinics in Nigeria. Technical Report of the Federal Ministry of Health, Department of Public Health, National AIDS/STI Control Programme, Abuja, Nigeria. Pp. 1-42.



Notícias da IUSTI-World

A Presidente da IUSTI, Prof Dr Angelika Stary (Austria), acredita firmemente que a força da IUSTI tem como base 5 regiões e comprometeu-se a fazer todos os possíveis para aumentar o número de membros e a actividade regional durante o primeiro termo da sua presidência. Para melhorar a comunicação entre as regiões, o Prof Jonathan Ross (UK) estabeleceu recentemente o boletim da IUSTI world, que tem como objectivo fornecer uma perspectiva global da abordagem e do controlo das ISTs. Está disponível a todos os membros da IUSTI gratuitamente.

Pontos-chave da edição de Fevereiro de 2007 do boletim global das ISTs:

- A IUSTI continua a organizar reuniões regionais e sente-se feliz pela realização da reunião da IUSTI World de 2009 em África (ver publicidade nesta edição do boletim da IUSTI – África).
- A reunião da IUSTI World 2007 teve lugar em Seattle, em Julho, em colaboração com a Sociedade Internacional para a investigação em ISTs (ISSTD).
- O ramo da IUSTI Ásia Pacífico tem um novo Director Regional, o Prof Roy Chan (Singapura) – a IUSTI África dá-lhe os parabéns pela sua nova posição e reconhece o esforço do seu predecessor, Dr Verapol Chandeying (Tailândia) no reforçar da IUSTI nesta região.
- A IUSTI tem uma nova página da net em www.iusti.org – por favor comunique com o Professor Michael Ward, que a supervisiona, por e-mail (mew1@soton.ac.uk) e dê-lhe conhecimento do que mais gostaria de ter disponível na página, particularmente assuntos relacionados com África.

Relatório - Vigilância epidemiológica – África do Sul

Aumento da resistência à ciprofloxacina na África do Sul

Contribuição:

Professor David Lewis

Sexually Transmitted Infections Reference Center,
National Institute for Communicable Diseases, South Africa

INTRODUCTION

As quinolonas, por exemplo, a ciprofloxacina e a ofloxacina, costumavam ser os antibióticos recomendados como primeira linha no tratamento da gonorreia desde os anos 80, devido ao aumento da resistência dos gonococos à penicilina, espectinomomicina e tetraciclina. A diminuição na susceptibilidade e a resistência às quinolonas tem vindo a aumentar no mundo inteiro, tendo levado muitos países a abandonarem este grupo de antibióticos no tratamento da gonorreia. Em África, existe muito pouca vigilância microbiológica e, para muitos países africanos, a extensão do problema é completamente desconhecida.

Os gonococos resistentes às quinolonas (QRNG) são os que têm uma concentração inibitória mínima (CIM) maior ou igual a 1mg/L. A OMS recomenda uma mudança na terapêutica de primeira linha para a gonorreia, nas situações em que menos de 95% dos doentes podem ser curados com esse antibiótico.

A ciprofloxacina continua a ser o agente de primeira linha a ser utilizado para tratar infecções gonocócicas presuntivas em doentes com ISTs que recorrem a centros de cuidados primários na África do Sul. Estes síndromas incluem uretrite masculina e epididimite em homens, assim como corrimento vaginal em mulheres e dor abdominal baixa.

VIGILÂNCIA DA RESISTÊNCIA DE *NEISSERIA GONORRHOEAE* À CIPROFLOXACINA EM HOMENS COM CORRIMENTO URETRAL NA ÁFRICA DO SUL

Um elevado número de estirpes *Neisseria gonorrhoeae* resistentes à ciprofloxacina (22%), na África do Sul, foi pela primeira vez relatado em Durban em 2003 por Moodley e al. (Int J. Antimicrobial Agents 2004;24:192-193). Mais recentemente, na África do Sul, informação sobre a resistência de estirpes de gonococos à ciprofloxacina foi disponibilizada por Koornhof et al no 1º Congresso da Federação das Sociedades de Doenças Infecciosas em

Julho de 2005. Um estudo efectuado a nível nacional em 2004, que fez parte do novo programa Nacional para a Vigilância das ISTs, coordenado pelo STI Reference Centre do National Institute for Communicable Diseases (NICD) em Joanesburgo, demonstrou uma variação acentuada na resistência à ciprofloxacina em várias cidades Sul Africanas: 24% em Durban, 11% em Cape Town, 10% em Umtata, 8% em Pietermaritzburg, 7% em CapeTown e 0% em Pretória. A informação sobre a resistência à ciprofloxacina para 2005 de Durban e de Joanesburgo foi também apresentada no Congresso da FIDSSA de 2005, tendo sido observado nas duas cidades aumentos marcados nos níveis de resistência (Durban 42%, Joanesburgo 16%).

O STI Reference Centre do NICD tem testado isolados de gonococos obtidos a partir de culturas uretrais de homens com uretrite masculina, no período de 2004-2006, na clínica da Esslen Street no centro da cidade de Joanesburgo. Ao longo destes 3 anos, a prevalência de QRNG aumentou de 11% para 29% (Figura 1). O STI Reference Centre acabou de completar um estudo de resistência de gonococos no Centro de Saúde de Alexandra, situado a

nordeste de Joanesburgo. No fim destes 3 anos, 47/148 (32%) dos isolados de gonococos testados eram resistentes à ciprofloxacina (MIC \geq 1mg/L) (Figura 2). Há também evidência de aumentos semelhantes a estes noutras cidades da África do Sul. Em Cape Town, por exemplo, a prevalência da resistência à ciprofloxacina aumentou de 7% (17/232 isolados) em 2004 para 17% (18/103 isolados) no fim de 2006 e 28% (39/141 isolados) no início de 2007.

CONCLUSÕES

A informação apresentada acima mostra que a ciprofloxacina não deve ser utilizada na África do Sul. Existe uma necessidade urgente, na África do Sul, de mudar a terapêutica de primeira linha para as infecções presuntivas por gonococos que está a ser aconselhada nos algoritmos sindromáticos nacionais, a serem utilizados nos centros de cuidados primários, isto é, existe necessidade de mudança da ciprofloxacina para outro agente. Os gonococos são ainda susceptíveis às cefalosporinas e nenhuma estirpe resistente a este antibiótico foi relatada e confirmada. Os doentes com QRNG podem ser facilmente tratados com Ceftriaxona 250mg em dose única, intramuscular.

A espectinomomicina ainda tem alguma actividade contra os gonococos, embora deva ser guardada para ocasiões especiais como grave alergia à penicilina e geralmente não se consegue obter na África do Sul. No passado, quando foi utilizada, a resistência ocorreu relativamente depressa, limitando a sua utilização a longo termo. É possível que as infecções por

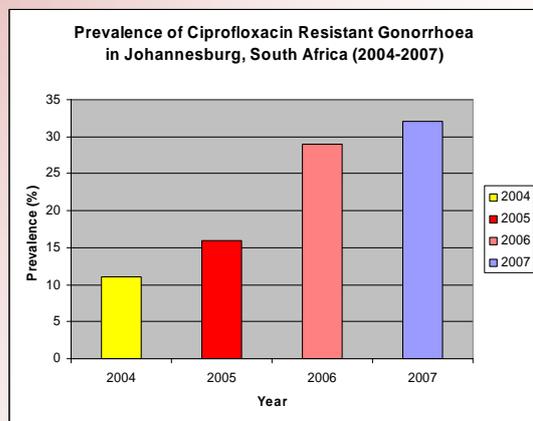


Figure 1: Escalating resistance to ciprofloxacin in Johannesburg, South Africa

Relatório - Vigilância epidemiológica – África do Sul

gonococos venham, no futuro, a requerer terapêutica combinada, quando a resistência às cefalosporinas se desenvolver, uma vez que presentemente não existem outras opções para o tratamento da gonorreia multiresistente.

PARTILHE A SUA INFORMAÇÃO SOBRE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA COM OUTROS COLEGAS EM ÁFRICA.

É um desejo da IUSTI Africa utilizar este boletim como veículo de disseminação e de partilha de informação da vigilância epidemiológica sobre a etiologia das IST e resistência aos antibióticos dos seus agentes etiológicos no Continente Africano. Neste boletim, por exemplo, Ajayi et al. comunicaram que a resistência à ciprofloxacina de *Neisseria gonorrhoeae* é de 19%. A vigilância epidemiológica é agora um pilar da Estratégia Global da OMS para a Prevenção e Controlo das ISTs: 2006-2015, que tem como objectivo aumentar a qualidade dos cuidados de saúde na área das ISTs em todo o mundo (ver artigo neste boletim). Se sabe de alguma informação sobre vigilância microbiológica no seu país e deseja partilhá-la com os seus outros colegas em África, por favor envie o seu relatório para o Director Regional da IUSTI – AFRICA em justi-africa@nicd.ac.za

15ª Conferência Internacional em VIH e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis em África (ICASA)



Above: International Steering Committee Representatives after the June 2007 Press Conference

(left to right: Dr. Saladin Osmanov, Initiative for Vaccine Research/World Health Organisation; Dr. Craig McClure, International AIDS Society; Dr. Femi Soyinka, Society on AIDS in Africa; Professor Souleymane Mboup, Conference Chair/Society on AIDS in Africa; Ms. Bernice Heloo, SWAA International; Professor David Lewis, IUSTI-AFRICA/NICD (NHLS) South Africa; Professor Papa Salif Sow, Chair Scientific Programme Committee/CHU Fann)

A resposta de África: olhar os factos de frente

As preparações para o 15º ICASA estão em movimento e a 1ª Reunião da Comissão Internacional teve lugar no Senegal, a 8 de Junho deste ano. A IUSTI AFRICA está representada nesta Comissão pelo seu Director Regional, a quem foi pedido, pelo Professor Papa Salif Sow, o Presidente da Comissão Científica do 15º ICASA, para colaborar com a Comissão no programa científico relacionado com as ISTs. O Director Regional da IUSTI – Africa, com o apoio da estratégia global para a Prevenção e Controlo das IST da OMS, dará o seu melhor para que as IST sejam uma parte muito importante do programa da conferência, tal como o VIH/SIDA.

O Senegal é o primeiro país a organizar uma segunda conferência da ICASA, tendo – o já feito em 1991, aquando do 67º ICASA. O Professor Souleymane Mboup, que presidiu à reunião da ICASA em 1991, é também o Presidente da reunião de 2008.

O professor Mboup e os seus vice presidentes, o Dr Ibra Ndoye e o Dr Fatia Mahmoud farão todos os possíveis para que o ICASA 2008 seja um grande sucesso e a IUSTI- Africa fará tudo para os apoiar. A mensagem do Professor Mboup é de que o 15º ICASA será definido pelos princípios de transparência, integridade, metamorfose e excelência.

A conferência realizar-se-á em Dakar, entre 8 e 11 de Dezembro de 2008 no Centro de Conferências (Complexo OCI), que está em construção para o Encontro da Conferência Islâmica, a ter lugar em Março de 2008, o qual terá uma lotação para 5000 conferencistas. O tema da conferência será **“A resposta de África: enfrentar os factos”**.

Se existe algum tópico relacionado com as ISTs que acha que deveria ser tratado no programa científico da Conferência, por favor escreva ao Director Regional para justi-africa@nicd.ac.za.

Circuncisão masculina em África

Contribuição: Professor David Lewis, STI Reference Centre, South Africa

A circuncisão masculina é uma prática comum em África desde há milhares de anos, como demonstrado pela prática dos Egípcios na antiguidade, que levavam a cabo uma circuncisão que removia o prepúcio na sua totalidade (ver figura 1).



Figure 1: Statuette of Merire-hashetef as a young man (2,300 BC) showing his complete circumcision

Os resultados de dois estudos randomizados para avaliar o potencial da circuncisão masculina na prevenção de novos casos de infecção pelo VIH foram publicados no Lancet em Fevereiro de 2007^{1,2}.

Os dois estudos em questão foram realizados em África, um no Uganda e outro no Quênia, tendo sucedido a uma série de estudos observacionais que indicavam que homens não circuncidados tinham uma prevalência mais elevada de infecção pelo VIH do que homens circuncidados³. Estes estavam de acordo com o primeiro estudo randomizado sobre este assunto efectuado em rapazes dos 18 aos 24 anos em Orange na África do Sul, publicado por Bertran Auvert e colaboradores em 2005⁴. Este estudo parou quando uma análise intermédia demonstrou que a circuncisão tinha um efeito protector de 60%. Um efeito protector da circuncisão foi observado numa análise anterior que tinha sido ajustada para “cross overs”.

O estudo em Rakai, Uganda, incluiu 4,996 homens não circuncidados, sem infecção pelo VIH (entre os 15 e os 49 anos de idade), com base num acordo em que se disponibilizavam para voluntariamente serem aconselhados e testados para infecção pelo VIH. Uns foram aleatoriamente escolhidos para serem imediatamente circuncidados (2,474) e outros só o seriam ao fim de dois anos (2,522). Foram testados para infecção pelo VIH aos 6, 12 e 24 meses após terem sido incluídos no estudo e o primeiro resultado foi a incidência da infecção pelo VIH. A circuncisão masculina teve uma eficácia de 51% em termos de protecção contra uma nova infecção pelo VIH. A sociodemografia, os comportamentos e os sintomas de ISTs não pareceram influenciar a tendência para a protecção contra a infecção pelo VIH do grupo circuncidado. O grupo relatou 84 efeitos adversos moderados ou graves (deiscência da ferida e infecção) no grupo circuncidado (3.6%), mas todos evoluíram para a cura após tratamento. O estudo foi dado como terminado pela NIAID, tendo como justificação a eficácia da circuncisão, em Dezembro de 2006.

O estudo do Quênia teve lugar em Kisumu, num grupo de 2,784 homens (entre os 18 e os 24 anos). Tal como no estudo anterior, uns foram aleatoriamente e de imediato circuncidados (1,391), enquanto que outros seriam circuncidados dois anos após inclusão no estudo (1,393). A incidência do VIH foi outra vez o primeiro resultado do estudo numa análise intermédia e o rastreio do VIH fez-se aos 1, 3, 6, 12, 18 e aos 24 meses. Tal como no caso do estudo de Rakai, este também parou prematuramente em Dezembro de 2006, depois de uma terceira análise intermédia ter demonstrado eficácia da circuncisão. Aos dois anos, a incidência da infecção pelo VIH era de 4.2% (95% CI 3.0-5.4%) no grupo da circuncisão tardia e de 2.1% (95% CI 1.2-3.0%) no grupo circuncidado. Isto traduz-se numa redução de aquisição da infecção pelo VIH pela circuncisão de 53% (95% CI 22-72%). Os autores relatam apenas 21 efeitos adversos da circuncisão que se resolveram rapidamente.

Torna-se assim claro que a circuncisão protege parcialmente os homens, pelo menos num estudo controlado aleatório, de adquirirem infecção pelo VIH. A informação resultante destes estudos foi revista por um painel de especialistas numa reunião da OMS/UNAIDS Technical Consultation, em Março de 2007⁵. Este grupo recomendou, entre outras coisas, a necessidade de desenvolver estratégias claras de comunicação para assegurar que os homens que optem por este procedimento compreendam que a circuncisão masculina só é parcialmente protectora e que como consequência necessitam de continuar a utilizar outros meios efectivos para a prevenção do VIH, como os preservativos. Se a circuncisão masculina é ou não uma intervenção prática ou segura para ser efectuada em continentes como África ficará para tópicos de debate, como muitos membros da IUSTI terão ocasião de verificar.

Referências:

1. Gray RH et al.. Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial. Lancet 2007;**369**:657-666
2. Bailey RC et al.. Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial. Lancet 2007;**369**:643-656
3. Weiss HA et al.. Male circumcision and risk of HIV infection in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. AIDS 2000;**14**:2361-2370
4. Auvert B. et al.. Randomised, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 trial. PLoS Med;**2**:1-11
5. WHO/UNAIDS Technical Consultation. New data on male circumcision and HIV Prevention: Policy and Programme Implications

O esboço da OMS da “Estratégia Global para a Prevenção e Controlo das Infecções Sexualmente Transmissíveis: 2006-2015” foi apresentada aos estados membros na “World Health Assembly”, em Maio de 2006.

A World Health Assembly apresentou a Estratégia Global e solicitou aos estados membros para:

- Adoptarem e adaptarem a estratégia de modo a que os esforços nacionais para alcançar os objectivos do milénio incluam um plano e acções, apropriados à situação epidemiológica local, para a prevenção e controlo das ISTs, incluindo a mobilização de vontades políticas e recursos financeiros para este propósito.
- Incluirem a prevenção e controlo das ISTs como uma parte integrante da prevenção da infecção pelo VIH e dos programas de saúde reprodutiva e sexual.
- Monitorizarem a implementação dos planos nacionais para assegurar que as populações em risco para ISTs tenham acesso à informação e aos meios de prevenção, assim como a um diagnóstico e tratamento atempados.

A World Health Assembly também solicitou ao Director Geral da OMS para:

- Preparar um plano de acção em colaboração com outras organizações nas Nações Unidas, que estabeleça prioridades, acções, tempo limite e indicadores de sucesso para a implementação da Estratégia a nível global e regional e para fornecer apoio ao nível de cada país para a implementação e monitorização dos planos nacionais para o controlo e prevenção das IST.
- Convencer os estados Membros da importância de desenhar, promover e financiar legislação adequada, planos e estratégias para a prevenção e controlo das ISTs.
- Garantir apoio aos Estados Membros que o solicitem, para a adaptação e implementação da Estratégia à epidemiologia local das ISTs e para a avaliação do seu impacto e eficácia.
- Relatar à Assembleia de Saúde Mundial, através do seu Conselho Executivo, em 2009, 2012 e 2015 sobre o progresso da estratégia.

O Director Regional da IUSTI-Africa foi o representante da IUSTI-AFRICA e do Presidente da IUSTI World na reunião que teve lugar no quartel-general da OMS em Geneva (11-13 de Junho, 2007), para discutir o Plano de Acção para a implementação da Estratégia Global. O continente africano esteve bem representado com representantes de 5 países Membros, o Dr Joseph Aimé Bidiga (Burkina Faso), Dr. Anne oung-Kanyi (Cameron), Dr. Felizbela Gaspar (Moçambique), Dr Esmael Wabela /Etiópia) and Dr. Aziza Bennani (Marrocos). Os conselheiros regionais de África da OMS – Dr. Benoit Soro (AFRO) e Dr Hamida Khattabi (EMRO) também estiveram presentes.

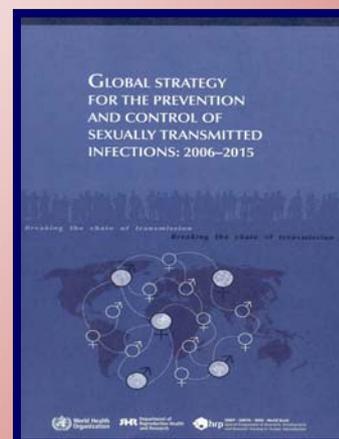
O grupo examinou e discutiu em profundidade os passos mais importantes da estratégia:

- Fortalecer os componentes de suporte (normas, formação, redes, logística, apoio laboratorial, vigilância e investigação).
- Fornecer cuidados de saúde de qualidade na área das ISTs.
- Assegurar o fornecimento de medicamentos efectivos e seguros, assim como os meios para o conseguir.
- Promover comportamentos saudáveis.
- Rever as normas, leis e regulamentos sobre a prevenção e cuidados de saúde em ISTs.
- Responsabilidade a nível global, regional e nacional.
- Promover actividades de investigação entre programas chave.

As actualizações na Estratégia Global, particularmente as relevantes para África, serão apresentadas nos boletins futuros da IUSTI-AFRICA. Se quiser comunicar à IUSTI o que pensa sobre o documento da Estratégia quando este for publicado, por favor escreva para Mrs Aulette Goliath em iusti-africa@nicd.ac.za.



Above: Statue showing an African patient with onchocerciasis (river-blindness) outside the World Health Organization in Geneva, Switzerland



Próximas reuniões

Conferências Em África:

FIDSSA - 2nd Joint Congress, Cape Town, South Africa: 28 - 31 Outubro 2007: www.fidssa.co.za

Sexuality, Poverty and Accountability in Africa, Abuja, Nigeria: 4 - 7 Fevereiro 2008: <http://africalsexuality.org>

15th International Conference on AIDS and Sexually Transmitted Infections in Africa (ICASA) 2008,

Dakar, Senegal: 8 - 11 Dezembro 2008: www.saafrica.org/news.php#news_0

11th IUSTI World Congress - Africa 2009, Cape Town, South Africa, 9 - 11 Novembro 2009: www.iusti.org

Internacionais:

17th ISSTD/10th IUSTI World Congress, Seattle, WA, USA: 29 July - 1 Agosto 2007: www.isstdr.org/index.php?id=38

Australasian Sexual Health Conference 2007, 8-10 Outubro 2007, Jupiter's Casino, Gold Coast, Queensland, Australia.

23rd Conference of IUSTI—Europe, Dubrovnik, Croatia: 11 - 14 Outubro 2007:

Contact: Dr. Mihael Skerlev mskerlev@kbc-zagreb.hr

15th IUSTI-Asia - Pacific Congress, Dubai, UAE: 3 - 6 Fevereiro 2008: www.iusti.ae

Candidatura a membro da IUSTI-AFRICA

www.iusti.org

As inscrições através da Internet em www.iusti.org estão temporariamente inacessíveis, devido a iniciativas para melhorar a nossa página.

Existem 3 modalidades para ser membro:

- a) **Membro Efectivo da IUSTI - AFRICA** –está aberto a todos os indivíduos que têm um interesse profissional no estudo, prevenção e controlo das Infecções Sexualmente Transmissíveis. Não é necessária uma licenciatura em medicina para se ser Membro Efectivo, tendo apenas de ser efectuado o pagamento de uma quota de 40 euros de dois em dois anos. Os Membros Efectivos terão direito a todos os privilégios inerentes, que incluem uma redução no pagamento da inscrição na maioria das reuniões promovidas pela IUSTI. Esta quota foi estabelecida de modo a ser atractiva para qualquer pessoa que participe regularmente nas reuniões da IUSTI. Calcula-se que qualquer membro que assista pelo menos a uma reunião de dois em dois anos terá as suas quotas pagas.

Os Membros Efectivos também receberão um desconto substancial de 40% na subscrição da revista oficial, The International Journal of STD and AIDS. O subscritores beneficiam ainda de acesso livre à versão “on line” da revista e arquivos desde 1996. Para saber mais sobre a revista visite <http://www.rsmprss.co.uk/std.htm>. Para se inscrever com uma quota especial visite <http://www.rsmprss.co.uk/specialoffers/iusti.htm> ou telefone para o departamento de inscrições da revista 44 (0) 207 2902927/8.

A informação sobre os Membros Efectivos estará disponível em papel para a OMS e na Internet, para quem necessite de recrutar consultores especialistas em ISTs.

Existem duas formas de pagamento se quiser ser Membro Efectivo:

1. Depósito Bancário Electrónico – [para conversão da moeda do seu país em Randes Sul Africanos \(ZAR\), por favor envie um e-mail para \[iusti-africa@nicd.ac.za\]\(mailto:iusti-africa@nicd.ac.za\).](#)

O pagamento pode ser efectuado electronicamente ou como transferência bancária para a conta que a seguir se indica:

IUSTI Africa, Standard Bank Ltd, Jan Smuts Avenue, Rosebank, South Africa

Conta nº 006988407 sort code: 004205 swiftcode: SBZAZAJJ.

Se por acaso escolher esta última opção, por favor envie-nos um fax com uma cópia do recibo do depósito com a ficha de candidatura da IUSTI-AFRICA preenchida.

2. Pagamento por cartão de crédito (os detalhes da operação terão que ser escritos na ficha de candidatura e enviadas para o fax nº 27115550470).

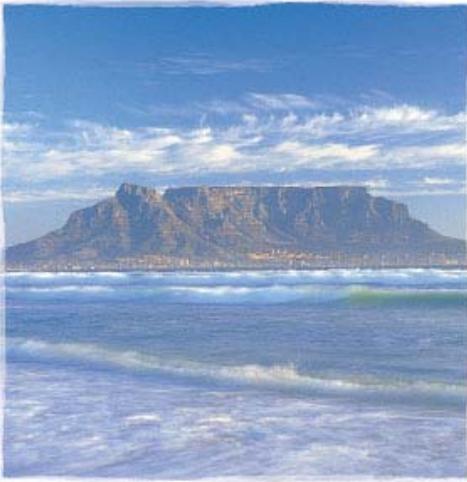
- b) **Membros Associados da IUSTI-AFRICA** - para todos os interessados em manter uma ligação de correspondência com a rede da IUSTI-AFRICA. Ser Membro Associado é **gratuito** e como tal não se paga quota. Estes podem participar em reuniões da União, mas sem direito a voto e têm direito a receber este boletim.

- c) **Organizações Membro da IUSTI –AFRICA** – para todas as organizações que se dediquem ao estudo das ISTs, sendo que a quota é de **200 euros de dois em dois anos**.

Sugestões e Comentários

Todas as sugestões e comentários a este boletim são bem vindos. Por favor, dirija os seus comentários para:

Secretária administrativa da iusti-africa@nicd.ac.za



**11th IUSTI
world
congress
Africa
2009**
**9-12 November
Cape Town
South Africa**

For further information contact

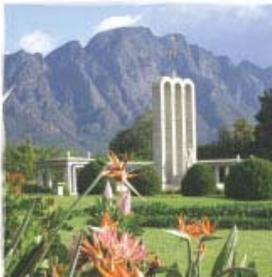
IUSTI Congress Office

Telephone: +27 (0)11 447 3876

Fax: +27 (0)11 442 8094

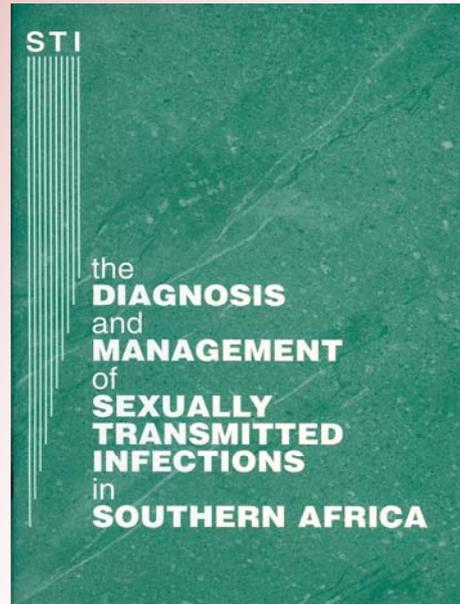
Email: suemc@icon.co.za

Website: www.iusti.org



The Diagnosis and Management of Sexually Transmitted Infections in Southern Africa.

Authors:
Ron Ballard
Ye Htun
Glenda Fehler
Graham Nielsen



72 pages
Paperback

Price:
\$5 or ZAR 30
excluding postage

INTRODUCTION

- a rapid reference for health workers who may encounter diagnostic problems in this particular disease area;
- to emphasize the role which laboratory investigations can play in the establishment of a definitive diagnosis in cases of STI;
- to provide a rational basis for the treatment of these diseases in southern Africa.

FEATURES

- 79 colour plates and 10 treatment flowcharts
- Suitable for the health worker, medical student, medical officer and/or post graduate student
- Use as a teaching/training guide

CONTENTS

- Disease specific management of STIs- *Gonorrhoea, Syphilis, Genital herpes, Chancroid, Genital warts, Pubic lice, etc.*
- Syndromic management of sexually transmitted infections - *Mixed infections, Syndromic management flowcharts, STIs in gay men, etc.*

For orders, please contact:

Aulette Goliath
 STI Reference Centre, South Africa
 Tel: + 27 11 555 0468 Fax: +27 11 555 0470
 Email: iusti-africa@nicd.ac.za

Plate 5: Gram-stained smear of urethral exudate. Gram-negative intracellular diplococci.

Plate 11: Inclusions of *C. trachomatis* in cytotoker. Papanicolaou (Pap) cells – iodine stain.

Plate 20: Yeasts, pseudohyphae and chlamydiae spores of *C. albicans*.

Figure 3: Non-treponemal RPR serum antibody test in syphilis. Shows a table with columns for Early Syphilis (Primary, Secondary, Early Latent, Late Latent, Tertiary) and Late Syphilis (Tertiary). Rows include 'Included' (green/red) and 'Excluded' (green/red) for various tests like Venereal Disease Research Laboratory (VDRL), Rapid Plasma Reagin (RPR), and Treponema Pallidum Particle Agglutination (TPPA).

Figure 7: URETHRAL DISCHARGE/BURNING ON MICTURITION (BOM) IN MEN (Confirmed cases - code URD). Flowchart steps: Patient complains of urethral discharge, dysuria or BOM → Take history and examine. Discharge and/or BOM present → Provide Treatment A → Look for other STIs (if present, use appropriate flowchart), Counsel on Compliance & risk reduction, Promote & provide Condoms, Notify partners & treat (Contacts), Take blood for RPR/VDRL, Ask to return after 1 week.

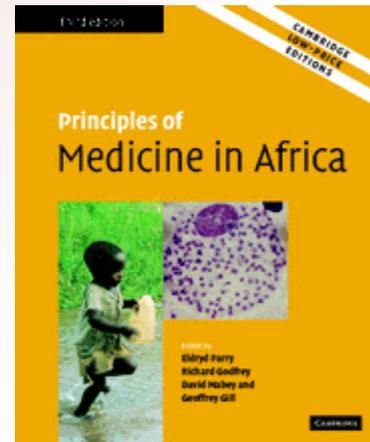
Figure 8: GENITAL ULCERATION FOR AREAS WHERE LGV IS COMMON (Confirmed cases - code GU2). Flowchart steps: Patient complains of genital sore(s) → Take history & examine. Genital ulcer/blister present? → Small blister(s) or Small ulcer(s) and history of recent blister(s)? → Single small ulcer & Painful matted gland? → Provide Treatment E. Includes a note: *In areas where LGV is uncommon, the branch of the flow chart titled within the shaded area can be omitted.

CAMBRIDGE LOW PRICE EDITION

ONLY FOR USE IN AFRICA AND DEVELOPING COUNTRIES

Principles of Medicine in Africa 3rd Edition

Edited by
Eldryd Parry,
Richard Godfrey,
Geoffrey Gill,
David Mabey



2004 1,416 pages Hardback
9780521534383 (ISBN-10: 0521534380)
Cambridge Low Price Edition £15.00

For students of medicine and those who practice in the front-line of medicine in Africa, this fully revised edition combines classical internal medicine with a rich understanding of the major influences on health and disease in Africa. This is the one essential text for the medical student, medical officer, or postgraduate student wanting the most complete and up-to-date reference book on medicine in Africa.

FEATURES

- Revised edition of standard text for Africa, previously published by Oxford University Press
- Expanded in scope, with colour illustrations for the first time
- Equally suitable for the medical student, medical officer or postgraduate student
- Extensive references specific to African health issues

CONTENTS

Part I. Health and Disease;

Part II. Infection;

Part III. Non-Communicable Diseases;

Part IV. Diseases of Body Systems;

Part V. Medical Aspects of Other Important Conditions in Africa;

Part VI. Common Life-Threatening Emergencies

Cambridge University Press
www.cambridge.org/medicine
Tel: +44 1223 312393 Fax: +44 1223 325632

Order your copy today!

Contact: iusti-africa@nicd.ac.za for the order form.