

VADEMECUM PER PAZIENTI HIV-POSITIVI

ADDENDUM n. 1

SCREENING DELLE COMORBIDITÀ NON INFETTIVE

Con l'allungamento dell'aspettativa di vita dei pazienti HIV-positivi determinato dall'avvento della terapia antiretrovirale combinata (cART), sta acquisendo sempre più rilevanza la gestione delle comorbidity non infettive: patologie cardiovascolari, renali, epatiche, metaboliche, neoplastiche ed ossee, ma anche disturbi psicologici come la depressione. Inoltre, alcuni studi hanno ipotizzato e dimostrato che determinati fattori di rischio HIV-associati possono favorirne l'insorgenza: tra questi si possono annoverare l'immunoattivazione, l'infiammazione e la coagulazione associate a un'incontrollata replicazione del virus, la presenza di coinfezioni (es. con HCV), la cART stessa e un'immunodeficienza persistente.

I medici che seguono i pazienti con HIV sono infettivologi, e quindi non specializzati in comorbidity non infettive; pertanto, se necessario, è bene che si facciano affiancare, sempre sotto la loro regia, da specialisti della branca medica interessata. Spesso la prevenzione e la gestione delle comorbidity comporta, infatti, il ricorso a prescrizioni multiple che possono pregiudicare la capacità di un paziente di aderire alla cART in maniera ottimale, inficiandone così i benefici. Prima di intraprendere qualsiasi nuovo trattamento, inoltre, è opportuno vagliare attentamente le possibili interazioni farmacologiche con i farmaci anti-HIV.

Nella tabella sono riportati i *controlli per la valutazione diagnostica delle comorbidity non infettive* che andrebbero effettuati di routine nella gestione del paziente HIV-positivo.

| | Valutazione | Alla diagnosi di HIV | Prima di iniziare la cART | Frequenza del follow-up con cART | Frequenza del follow-up senza cART | Commenti |
|-----------------------|--|----------------------|---------------------------|----------------------------------|------------------------------------|---|
| Anamnesi | Comorbidity pregresse e presenti | + | + | | | Valutazione da ripetere in caso di trasferimento del paziente ad altro centro di cura |
| | Familiarità (es. per MCV precoce, diabete, ipertensione, MRC) | + | + | | | MCV precoce – eventi cardiovascolari in parenti di primo grado: uomini <55 anni, donne <65 anni |
| | Terapie farmacologiche concomitanti | + | + | ad ogni visita | ad ogni visita | |
| | Stile di vita attuale (consumo di alcol, fumo, dieta, attività fisica) | + | + | ogni 6-12 mesi | una volta all'anno | È consigliabile affrontare più frequentemente con il paziente l'argomento "stile di vita e abitudini deleterie per la salute" |
| Composizione corporea | Misurazione indice di massa corporea | + | + | una volta all'anno | una volta all'anno | |
| | Valutazione clinica della lipodistrofia | + | + | una volta all'anno | una volta all'anno | |

| | | | | | | |
|---------------------------------|---|---|---|--------------------|--------------------|--|
| Malattia cardiovascolare | Valutazione del rischio | + | + | una volta all'anno | una volta all'anno | Da effettuare su ogni paziente non affetto da MCV, dopo i 40 anni per gli uomini e dopo i 50 anni per le donne |
| | ECG | + | | | | |
| Ipertensione | Pressione sanguigna | + | + | una volta all'anno | una volta all'anno | |
| Dislipidemia | CT, c-HDL, c-LDL, TG | + | + | una volta all'anno | | |
| Diabete mellito | Glucosio serico | + | + | ogni 6-12 mesi | | Prendere in considerazione test da carico orale di glucosio se i valori di glicemia a digiuno si attestano ripetutamente su 110-125 mg/dl |
| Malattia epatica | Valutazione del rischio | + | + | una volta all'anno | una volta all'anno | I controlli dovrebbero aumentare di frequenza prima e durante l'eventuale trattamento con farmaci epatotossici |
| | ALT/AST, etc. | + | + | ogni 3-6 mesi | ogni 6-12 mesi | |
| Malattia renale | Valutazione del rischio | + | + | una volta all'anno | una volta all'anno | |
| | VFG stimata (aMDRD) | + | + | ogni 3-6 mesi | ogni 6-12 mesi | I controlli dovrebbero aumentare di frequenza in presenza di fattori di rischio per MRC e/o prima e durante l'eventuale trattamento con farmaci nefrotossici |
| | Analisi delle urine | + | + | una volta all'anno | una volta all'anno | Ogni 6 mesi con VFG stimata <60 ml/min; con proteinuria ≥ 1+ e/o VFG stimata <60 ml/min, effettuare RPC o RAC |
| Malattia ossea | Valutazione del rischio (FRAX® in pazienti sotto i 40 anni) | + | + | ogni 2 anni | ogni 2 anni | Se non si utilizza il FRAX®, considerare una DXA della spina dorsale e dell'anca nei pazienti a rischio |
| | Test della vitamina D | + | | | | Da ripetere a seconda dei fattori di rischio |
| Deficit neurocognitivo | Questionario | + | + | ogni 1-2 anni | ogni 1-2 anni | Monitorare i pazienti a rischio |
| Depressione | Questionario | + | + | ogni 1-2 anni | ogni 1-2 anni | Monitorare i pazienti a rischio |

Abbreviazioni

ALT = alanina amminotransferasi
 aMDRD = formula MDRD semplificata
 AST = aspartato transaminasi
 c-HDL = colesterolo delle lipoproteine ad alta densità
 c-LDL = colesterolo delle lipoproteine a bassa densità
 CT = colesterolemia totale
 DXA = densitometria ossea a doppio raggio X
 ECG = elettrocardiogramma
 FRAX® = *Fracture Risk Assessment Tool* (algoritmo/procedura per la stima del rischio di frattura)
 MRC = malattia renale cronica
 MCV = malattia cardiovascolare
 RAC = rapporto albumina/creatinina nelle urine
 RPC = rapporto proteine/creatinina nelle urine
 TG = trigliceridi
 VFG = velocità di filtrazione glomerulare

Focus sui tumori

| Problema | Pazienti | Procedura | Evidenze di beneficio | Intervallo di screening | Ulteriori commenti |
|-----------------------------|-------------------------------|---|--------------------------------------|-------------------------|--|
| Tumore alla mammella | Donne tra i 50 e i 70 anni | Mammografia | ↓ mortalità per tumore alla mammella | 1-3 anni | |
| Tumore alla cervice | Donne sessualmente attive | Pap-test | ↓ mortalità per tumore alla cervice | 1-3 anni | Lo screening deve coprire per lo meno la fascia d'età compresa tra i 30 e i 59 anni. L'intervallo può essere maggiore quando i primi test danno ripetutamente esito negativo |
| Tumore anale | Maschi omosessuali | Esplorazione rettale ± pap-test | ignote – auspiccate dagli esperti | 1-3 anni | Se il pap-test rileva anomalie, procedere all'anoscopia |
| Tumore coloretale | Pazienti tra i 50 e i 75 anni | Ricerca del sangue occulto nelle feci | ↓ mortalità per tumore coloretale | 1-3 anni | I benefici sono marginali |
| Tumore alla prostata | Uomini sopra i 50 anni | Esplorazione rettale ± test del PSA (antigene prostatico specifico) | controverse | 1-3 anni | Vantaggi: ↑ diagnosi precoci Svantaggi: rischio di sovratrattamento, nessuna ↓ della mortalità per tumori |

Sebbene si riscontri un'incidenza maggiore di linfoma non-Hodgkin nei pazienti HIV-positivi rispetto alla popolazione generale, attualmente non sono disponibili informazioni sull'effettiva possibilità di screening.

È bene inoltre che il paziente si sottoponga regolarmente ad un'accurata valutazione dermatologica al fine di individuare tempestivamente l'insorgenza di tumori come il sarcoma di Kaposi, il carcinoma basocellulare e il melanoma maligno.

In conclusione, si riporta un elenco di altre patologie concomitanti non approfondite in questa sede, ma di interesse nella gestione dell'infezione da HIV:

- disfunzioni sessuali, che sono di frequente riscontro e spesso richiedono un approccio multidisciplinare che associ al trattamento farmacologico un intervento mirato sul fronte psicologico;
- ipogonadismo;
- altre problematiche di salute femminile;
- neuropatie, che possono essere causate da un'infezione (es. quella da HIV), da alcuni farmaci antiretrovirali, da altri farmaci neuropatici e da disordini metabolici (es. il diabete).

Autori: Associazione e Fondazione Nadir Onlus - Via Panama n. 88, 00198 - Roma.

Fonte: Linee Guida EACS, versione 5 – novembre 2009 (modifiche e adattamento a cura di Nadir)

Ringraziamo Boehringer Ingelheim International GmbH per il supporto a questa pubblicazione.