

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.