

Comorbidità non infettive: la corretta personalizzazione dei trattamenti e delle strategie di screening nel paziente HIV anziano

Non infectious comorbidity: correct personalization of treatment and screening strategies for older HIV patients

Giordano Madeddu

Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Sperimentali, Università degli Studi di Sassari

Grazie ai successi ottenuti nel trattamento antiretrovirale i pazienti con infezione da HIV stanno vivendo di più e nuove sfide stanno emergendo, soprattutto nel campo dell'invecchiamento di questa popolazione. L'invecchiamento della popolazione da HIV è dovuto, inoltre, anche al fatto che le nuove diagnosi in pazienti con oltre 50 anni sono in progressiva e significativa ascesa nei pazienti dell'Unione Europea e dell' Area Economica Europea (1). Tali pazienti sono in gran parte nativi del paese in cui viene fatta la diagnosi, acquisiscono l'infezione per via eterosessuale e si presentano tardivamente alla diagnosi (1,2). Un recente studio basato su un modello matematico ha, inoltre, evidenziato come l'età media dei pazienti con infezione da HIV aumenterà da 46 a 59 anni in Italia nel periodo 2015-2035, e come la proporzione di pazienti con più di una comorbidità non infettiva aumenterà dal 60% all'89% nello stesso periodo (3).

L'armamentario terapeutico a disposizione del clinico è, oggi, munito di terapie dotate di numerose caratteristiche che ben si adattano alla gestione del paziente anziano e con comorbidità. Da una parte, infatti la disponibilità di terapie a minore impatto sul metabolismo osseo e sulla progressione del danno renale, e di farmaci a bassa probabilità di interazione farmacologiche, quali gli inibitori dell'integrasi, e dall'altra la compattezza delle terapie, spesso combinate in single tablet regimens (STR), concorrono nel semplificare la scelta rispetto al passato.

Nel bilancio tra comorbidità e tossicità farma-

cologiche, le prime sembrano essere attualmente nettamente prevalenti. Rimangono tuttavia aperte numerose questioni riguardanti le somiglianze tra il processo tipico di invecchiamento e aspetti unici dell'infezione da HIV, che interagendo con i fattori legati allo stile di vita possono concorrere a determinare l'insorgenza di tali patologie. Rimane anche da stabilire se, come riportato da studi sull'apparato cardiovascolare, le comorbidità si sviluppino in maniera accelerata o con frequenza maggiore nei pazienti con infezione da HIV. Si può affermare che i processi biologici che correlano con l'invecchiamento avvengano più precocemente nei pazienti con infezione da HIV (4). Le manifestazioni cliniche di tali processi si tramutano in comorbidità cliniche, che tendono ad accumularsi provocando una multimorbilità e la tendenza a sviluppare precocemente fenotipi compatibili con quadri di "frailty" già noti da tempo nel campo della medicina geriatrica. Quello che certamente si può dire è che la presenza dello stesso numero di comorbidità non infettive che si registra nel paziente con infezione da HIV si riscontra dai 5 ai 10 anni più tardi nei soggetti HIV negativi di controllo (6). Più specificamente, questo è applicabile alla malattia cardiovascolare, ad alcuni tumori non AIDS definenti e alla malattia renale cronica. La gestione di tale elevato rischio di comorbidità rappresenterà la principale sfida nel management dei pazienti con infezione da HIV, nei prossimi decenni. I sistemi sanitari, infatti, dovranno affrontare l'invecchiamento della popolazione

Autore per la corrispondenza:

Giordano Madeddu
Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Sperimentali, Università di Sassari, Viale San Pietro 8, 07100, Sassari, Italy

giordano@uniss.it

Keywords:
HIV, older age, comorbidity, frailty

Potenziali conflitti di interesse:
nessuno.

JHA 2018; 3(2): 31-32

DOI: 10.19198/JHA31447

con infezione da HIV applicando principi di prevenzione primaria e secondaria e di medicina geriatrica, nota per l'utilizzo di un approccio olistico al paziente anziano. D'altra parte, alcune condizioni possibilmente correlate all'assunzione di farmaci della nuove classi di antiretrovirali stanno emergendo. L'aumento di peso corporeo e la modificazione della composizione corporea, correlato all'assunzione di inibitori dell'integrasi (6-8), ad esempio, rappresenta certamente una causa di preoccupazione in quanto associati allo sviluppo di patologia cardiovascolare, anche se altri studi più recenti sembrano non confermare tale associazione (9,10). La BPCO e il cancro del polmone rappresentano patologie certamente degne di attenzione nel paziente anziano, in quanto la popolazione HIV infetta mostra preva-

lenze superiori rispetto alla popolazione generale (11-12). Non è ancora completamente chiarito se e come l'interazione tra HIV e fumo di sigaretta possa determinare uno sviluppo più precoce del tumore del polmone. Esiste, comunque, la necessità di adottare specifici interventi preventivi e di personalizzare l'approccio terapeutico nel paziente con infezione da HIV, soprattutto se anziano (13).

Sebbene, dunque, nel paziente più giovane le attuali terapie siano garanzia di successo e di scarso impatto in termini di tossicità, la personalizzazione della terapia antiretrovirale risulta cruciale nel paziente anziano (14). I criteri di scelta dovranno, quindi, includere non solo i parametri virologici e immunologici, ma anche la presenza di comorbidità e di politerapie. ■

BIBLIOGRAFIA

1. Tavoschi L, Gomes Dias J, Pharris A; EU/EEA HIV Surveillance Network. *New HIV diagnoses among adults aged 50 years or older in 31 European countries, 2004-15: an analysis of surveillance data*. *Lancet HIV*. 2017 Nov; 4(11): e514-e521. Erratum in: *Lancet HIV* 2017; 4: e485.
2. Tavoschi L, Lopalco P. *Caratteristiche delle nuove infezioni tra le persone oltre i 50 anni e atteggiamento nei confronti del test*. *JHA* 2018; 3: 33-39.
3. Smit M, Cassidy R, Cozzi-Lepri A, et al. *Projections of non-communicable disease and health care costs among HIV-positive persons in Italy and the U.S.A.: A modelling study*. *PLoS One*. 2017; 12: e0186638.
4. De Socio GV, Ricci E, Parruti G, et al. *Chronological and biological age in HIV infection*. *J Infect* 2010; 61: 428-30.
5. Guaraldi G, Orlando G, Zona S, et al. *Premature age-related comorbidities among HIV-infected persons compared with the general population*. *Clin Infect Dis* 2011; 53: 1120-6.
6. Norwood J, Koethe JR, Turner M, et al. *Weight gain in persons with HIV switched from Efavirenz-based to integrase strand transfer inhibitor-based regimens*. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2017; 76: 527-31.
7. Menard A, Meddeb L, Tissot-Dupont H, et al. *Dolutegravir and weight gain: an unexpected bothering side effect?* *AIDS* 2017; 31: 1499-500.
8. McComsey GA, Moser C, Currier J, et al. *Body composition changes after initiation of raltegravir or protease inhibitors: ACTG A5260s*. *Clin Infect Dis* 2016; 62: 853-62.
9. Taramasso L, Ricci E, Menzaghi B, et al. *Weight Gain: A Possible Side Effect of All Antiretrovirals*. *Open Forum Infect Dis* 2017; 4: ofx239.
10. Taramasso L, Ricci E, Di Biagio A. *CISAI study Group. Darunavir e incremento del peso corporeo: due diversi booster, stessi risultati*. *JHA* 2018; 3: 43-48.
11. Sigel K, Makinson A, Thaler J. *Lung cancer in persons with HIV*. *Curr Opin HIV AIDS* 2017; 12: 31-8.
12. Kiderlen TR, Siehl J, Hentrich M. *HIV-associated lung cancer*. *Oncol Res Treat* 2017; 40: 88-92.
13. Negri S, Fois A. *Tumore del polmone e infezione da HIV: dallo screening alle terapie innovative*. *JHA* 2018; 3: 49-54.
14. Facciola A, D'Aleo F, Ceccarelli M, Pellicanò GF. *La terza età della terapia antiretrovirale di combinazione*. *JHA* 2018; 3: 40-42.