

Perché gli HIV-positivi hanno più comorbidità di quelle attese nella popolazione generale?

Why HIV positive subjects have more co-morbidity than the general population?

Giuseppe Vittorio De Socio¹, Paolo Maggi².

¹ Clinica di Malattie Infettive, Dipartimento di Medicina, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Perugia, Ospedale Santa Maria della Misericordia, Perugia; Italia.

² Università della Campania "Luigi Vanvitelli", Napoli; Italia.

Negli ambulatori per pazienti HIV positivi sono sempre più comuni le problematiche di ordine internistico legate alla presenza di molteplici comorbidità che rappresentano una continua sfida all'attività clinica dell'infettivologo (1). Lo scenario dei pazienti HIV positivi ha subito importanti cambiamenti, l'attesa di vita è cresciuta e l'epidemiologia è cambiata sostanzialmente rispetto a quella che si osservava alla fine degli anni '90. Oggi purtroppo, nonostante le campagne di prevenzione, individui con età maggiore di 50 anni vengono ancora tardivamente diagnosticati con l'infezione da HIV. Questi elementi caratterizzano una evoluzione della popolazione HIV positiva attualmente seguita nei nostri centri di cura con una età media crescente e con più patologie contemporaneamente presenti. Ma perché i pazienti HIV positivi hanno più comorbidità rispetto a quelle che ci si attenderebbe per soggetti di pari età della popolazione generale? Questa domanda non ha ancora trovato in letteratura un risposta esauriente anche se molti lavori sono stati scritti sul tema. Anche questo numero della rivista fornisce un contributo nella conoscenza e nella gestione di quelle co-morbosità, oggi riconosciute come "patologie non-infettive associate alla infezione da HIV", che sono più frequenti rispetto alla popolazione generale.

Le abitudini di vita che includono il fumo di sigaretta, l'uso di alcolici e di sostanze psicotrope, le abitudini alimentari, la vita sedentaria della popolazione HIV possono in parte contribuire a spiegare la differenza (2). L'infiammazione cronica, oggetto di una intensa attività di ricerca scientifica, si propone come una possibile spiegazione del problema.

In questo numero il primo contributo di Alessan-

dra Bandera offre una panoramica sui marcatori di infiammazione che pur in presenza di una terapia antiretrovirale efficace rimangono alterati, i meccanismi dell'infiammazione cronica contribuiscono a giustificare una maggiore morbidity e una aumentata prevalenza dei "serious non AIDS events" (SNAs). La componente infiammatoria si correla però anche con l'insorgenza di eventi avversi gravi alla terapia antiretrovirale, quindi l'infiammazione residua è una componente fondamentale di eventi clinicamente rilevanti e di uno spettro di patologia molto allargato che include anche gli effetti collaterali dei farmaci (3). Un secondo lavoro di epidemiologia descrittiva, di Santoro et al. (4) presenta interessanti dati originali di una ampia casistica italiana multicentrica del gruppo CISAI e cerca di comprendere come si aggregano le comorbidità e che caratteristiche più frequenti di associazione esse hanno. Il 30% circa dei pazienti hanno 3 o più condizioni patologiche croniche non HIV-relate, questo elemento descrive la complessità dell'intervento richiesta al medico infettivologo, anche in termini di gestione delle interazioni farmacologiche potenziali per una popolazione che ha una età media di circa 48 anni, quindi relativamente giovane per avere multi-patologie. Purtroppo non vi sono dati confrontabili della popolazione generale che potrebbero descrivere meglio il fenomeno in modo comparativo.

L'aderenza alla terapia antiretrovirale è un fattore fondamentale per la soppressione della viremia plasmatica e il controllo della infezione e della infiammazione, Orofino e Guastavigna presentano dati sull'aderenza degli adolescenti alla terapia antiretrovirale e descrivono una strategia di intervento per migliorarla in una categoria particolarmente pro-

Autore per la corrispondenza:

Giuseppe V. L. De Socio, MD, PhD

Clinica di Malattie Infettive
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Perugia
Piazzale Menghini 1,
06129 Perugia - Italia

giuseppedesocio@yahoo.it

Keywords:
co-morbidity; HIV; elderly;
non AIDS events;
inflammation.

Potenziali conflitti di interesse:
nessuno.

JHA 2018; 3(4): 75-76

DOI: 10.19198/JHA31457

blematica come quella della adolescenza (5). Chiude il numero della rivista un caso clinico di Salvatore Martini (6) che mostra come le scelte terapeutiche disponibili si riducano sostanzialmente in presenza di importanti comorbidità e pone in aggiunta il problema della definizione di “anziano” nella popolazione HIV positiva. Il paziente che già alla prima valutazione assume molte altre terapie diventa simile ad un soggetto plurifallito, a cui restano poche opzioni di terapia antiretrovirali disponibili pur avendo un virus multi sensibile ai farmaci e non avendo mai fatto alcuna terapia antiretrovirale. Il paziente descritto ha 58 anni all’arruolamento e

ne ha 66 quando giunge all’exitus e ha caratteristiche cliniche di un soggetto anziano proprio per le patologie che manifesta, ma di fatto la sua età anagrafica non è affatto quella di un soggetto anziano. I geriatri definiscono infatti “pre-old age” i soggetti con età compresa tra i 65 e i 75 anni e “old age” i soggetti con età maggiore dei 75 anni (7), fasce di età oggi ancora poco rappresentate nelle nostre popolazioni ambulatoriali dei pazienti con infezione da HIV. Per affrontare la sfida di una terapia antiretrovirale efficace abbiamo ancora bisogno di nuove opzioni terapeutiche semplici, efficaci e soprattutto prive di interazioni farmacologiche. ■

BIBLIOGRAFIA

1. Calcagno A, Nozza S, Muss C, Celesia BM, Carli F, Piconi S et al. *Ageing with HIV: a multidisciplinary review*. Infection 2015; 43: 509-22.
2. De Socio GV *The impact of smoking habit on mortality in ten years of follow-up. A study cohort on HIV-infected patients*. Journal of HIV and Ageing 2017; 2: 97-101. DOI: 10.19198/JHA3144
3. Bandera A. *I marcatori di infiammazione e coagulazione come predittori di eventi avversi severi nei pazienti HIV-positivi in terapia antiretrovirale soppressiva*. JHA 2018; 4: pagg. 77-80
4. Santoro C, Ricci E, De Gennaro N, et al. *Clusterization of co-morbidities and multi-morbidities among persons living with HIV, and risk of disease-disease interactions: a preliminary report*. JHA 2018; 4: pagg. 81-86
5. Orofino G, Guastavigna M. *Aderenza alla terapia antiretrovirale negli adolescenti con infezione da HIV: una questione aperta per il team multidisciplinare*. JHA 2018; 4: pagg. 87-91
6. Martini S. *Ridotte opzioni terapeutiche antiretrovirali in paziente HIV naive con multiple comorbidità*. JHA 2018; 4: pagg. 92-94
7. Ouchi Y, Rakugi H, Arai H, et al.; *Joint Committee of Japan Gerontological Society (JGLS) and Japan Geriatrics Society (JGS) on the definition and classification of the elderly. Redefining the elderly as aged 75 years and older: Proposal from the Joint Committee of Japan Gerontological Society and the Japan Geriatrics Society*. Geriatr Gerontol Int 2017; 17: 1045-47. doi: 10.1111/ggi.13118.