PROBLEMATICHE CLINICHE EMERGENTI: INVECCHIAMENTO PRECOCE, COMORBIDITÀ

Giuliana Battagin
UO Malattie Infettive e Tropicali
ULSS 8 BERICA – Vicenza

OBIETTIVI DIDATTICI

Perché parlare di comorbidità nel pz HIV positivo

Identificare le comorbidità del pz HIV positivo

Identificare le possibilità di gestione condivisa tra specialista e Medico Curante

A CHE PUNTO SIAMO CON LA SOPRAVVIVENZA DEL PAZIENTE CON HIV?

1) **NON SIAMO ANCORA AL LIVELLO DEGLI HIV NEGATIVI**

A CHE PUNTO SIAMO CON LA SOPRAVVIVENZA DEL PAZIENTE CON HIV?

1) NON SIAMO ANCORA AL LIVELLO DEGLI HIV NEGATIVI
2) **PERCHE' GLI HIV POSITIVI MUOIONO PRIMA?**

A CHE PUNTO SIAMO CON LA SOPRAVVIVENZA DEL PAZIENTE CON HIV?

1) NON SIAMO ANCORA AL LIVELLO DEGLI HIV NEGATIVI
2) **PERCHE' GLI HIV POSITIVI MUOIONO PRIMA?**
   - ✓ **Perché arrivano tardi alla diagnosi**

A CHE PUNTO SIAMO CON LA SOPRAVVIVENZA DEL PAZIENTE CON HIV?

1) NON SIAMO ANCORA AL LIVELLO DEGLI HIV NEGATIVI
2) **PERCHE' GLI HIV POSITIVI MUOIONO PRIMA?**
   - ✓ **Perché arrivano tardi alla diagnosi**
   - ✓ **Perché falliscono al trattamento**

A CHE PUNTO SIAMO CON LA SOPRAVVIVENZA DEL PAZIENTE CON HIV?

1) NON SIAMO ANCORA AL LIVELLO DEGLI HIV NEGATIVI
2) **PERCHE' GLI HIV POSITIVI MUOIONO PRIMA?**
   - ✓ **Perché arrivano tardi alla diagnosi**
   - ✓ **Perché falliscono al trattamento**
   - ✓ **Perché sviluppano più frequentemente altre patologie non HIV**

NATIONAL REVIEW OF DEATHS AMONG HIV-INFECTED ADULTS

Lucas SB et al Clin Med 2008

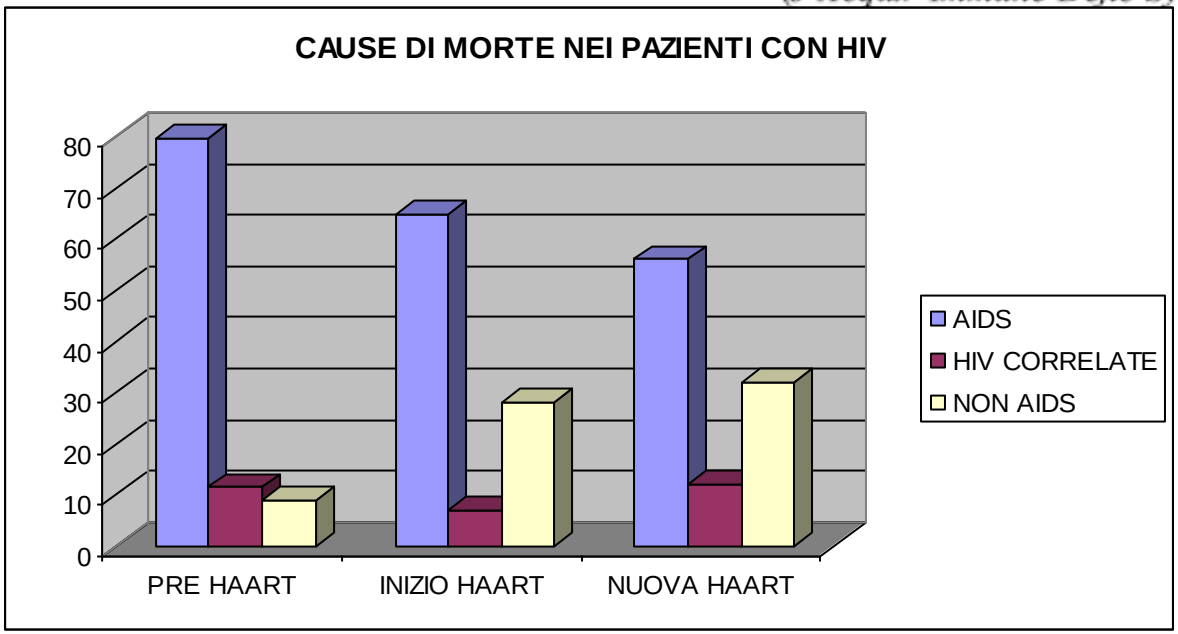
- **90 centri clinici della Gran Bretagna**
- **2004-2005**
- **384 decessi**

Pazienti con ceppi resistenti senza alternative	**2,8%**
Pazienti che non hanno tollerato la terapia tossicità acuta e cronica	**2.1%**
Pazienti che avevano condizioni HIV correlate intrattabili	**15,8%**
Pazienti che hanno scelto di non essere trattati	**4,7%**
Pazienti falliti per scarsa aderenza	**6.7%**
Pazienti giunti troppo tardi alla diagnosi:	**3,4%**
Pazienti deceduti per cause non HIV correlate	**31.8%**
Non noto	**6,5%**

Comparisons of Causes of Death and Mortality Rates Among HIV-Infected Persons

Analysis of the Pre-, Early, and Late HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy) Eras

(*J Acquir Immune Defic Syndr* 2006;41:194–200)



	PRE HAART	HAART
TUMORI HIV	**21.4%**	**24.4%**
CARDIACHE	**8.4%**	**21.8%**
CIRROSI HCV - HBV	**1.0%**	**7.6%**

A CHE PUNTO SIAMO CON LA SOPRAVVIVENZA DEL PAZIENTE CON HIV?

1) NON SIAMO ANCORA AL LIVELLO DEGLI HIV NEGATIVI
2) PERCHE' GLI HIV POSITIVI MUOIONO PRIMA?
   - ✓ Perché arrivano tardi alla diagnosi
   - ✓ Perché falliscono al trattamento
   - ✓ Perché sviluppano più frequentemente altre patologie non HIV

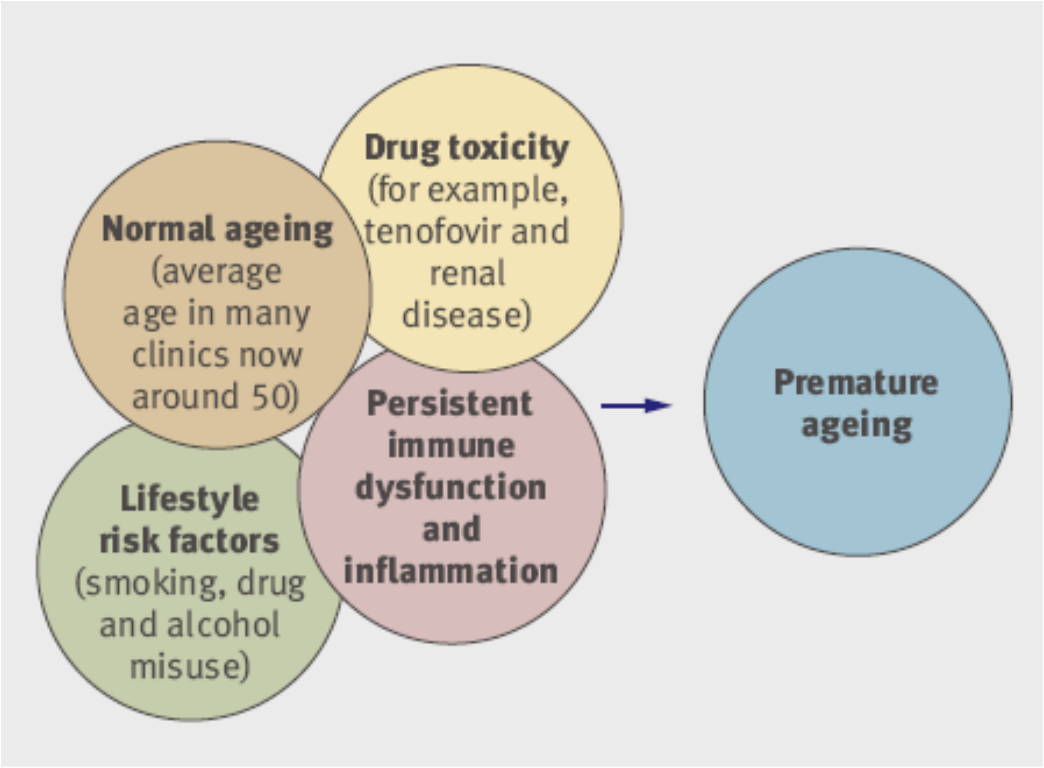
3) **PER QUALE MOTIVO QUESTE PATOLOGIE NON HIV?**

CLINICAL REVIEW

For the full versions of these articles see bmj.com

HIV infection, antiretroviral treatment, ageing, and non-AIDS related morbidity

Steven G Deeks,[1] Andrew N Phillips[2]



HIV E INVECCHIAMENTO PRECOCE

Secondo le nuove teorie il paziente con HIV che assume farmaci antiretrovirali non muore più di AIDS ma:

- Ha un sistema immunitario non perfetto
- Ha valori di citochine e sostanze proinfiammatorie più elevato
- Assume farmaci che possono dare danni d'organo

POSSIBILI ALTRI PROBLEMI

• Danno del periodo iniziale pre terapia irreversibile

• Viremia residua (anche se VL < 50 possibile "bassi livelli di viremia")

Questo comporta una incidenza di patologie non AIDS superiore ai coetanei

A CHE PUNTO SIAMO CON LA SOPRAVVIVENZA DEL PAZIENTE CON HIV?

1) NON SIAMO ANCORA AL LIVELLO DEGLI HIV NEGATIVI
2) PERCHE' GLI HIV POSITIVI MUOIONO PRIMA?
   - ✓ Perché arrivano tardi alla diagnosi
   - ✓ Perché falliscono al trattamento
   - ✓ Perché sviluppano più frequentemente altre patologie non HIV
3) PER QUALE MOTIVO QUESTE PATOLOGIE NON HIV?
4) **QUALI SONO QUESTE PATOLOGIE?**

PATOLOGIE NON AIDS CHE SONO PIU' FREQUENTI NEL PAZIENTE CON HIV

- ✓IPERTENSIONE
- ✓DIABETE MELLITO E INSULINO-RESISTENZA
- ✓MALATTIE CARDIOVASCOLARI
- ✓TUMORI
- ✓OSTEOPENIA – OSTEOPOROSI
- ✓EPATOPATIA
- ✓NEFROPATIA
- ✓NEUROPATIA PERIFERICA
- ✓FRAGILITA'
- ✓DECADIMENTO COGNITIVO E DEMENZA

A CHE PUNTO SIAMO CON LA SOPRAVVIVENZA DEL PAZIENTE CON HIV?

1) NON SIAMO ANCORA AL LIVELLO DEGLI HIV NEGATIVI
2) PERCHE' GLI HIV POSITIVI MUOIONO PRIMA?
   - ✓ Perché arrivano tardi alla diagnosi
   - ✓ Perché falliscono al trattamento
   - ✓ Perché sviluppano più frequentemente altre patologie non HIV
3) PER QUALE MOTIVO QUESTE PATOLOGIE NON HIV?
4) QUALI SONO QUESTE PATOLOGIE?
5) **COME FARE A SUPERARE QUESTO PROBLEMA?**

POSSIBILE SOLUZIONI AL PROBLEMA DELL'INVECCHIAMENTO PRECOCE NEL PAZIENTE HIV IN HAART

- **FARMACI PIU' POTENTI E PIU' BEN TOLLERATI**
- **INIZIARE PRIMA LA TERAPIA**
- **SCREENING, DIAGNOSI PRECOCE E TERAPIA DELLE PATOLOGIE NON HIV**

INZIARE PRESTO LA TERAPIA E' DAVVERO VANTAGGIOSO?

Timing of initiation of antiretroviral therapy in AIDS-free HIV-1-infected patients: a collaborative analysis of 18 HIV cohort studies

Lancet 2009; 373: 1352–63

When To Start Consortium*

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812 APRIL 30, 2009 VOL. 360 NO. 18

Effect of Early versus Deferred Antiretroviral Therapy for HIV on Survival

2220 Pazienti con Cd4 > 500 iniziano terapia
6935 hanno atteso
RISCHIO DI MORTE PER QUELLI CHE ATTENDONO AUMENTATO DEL 94%

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

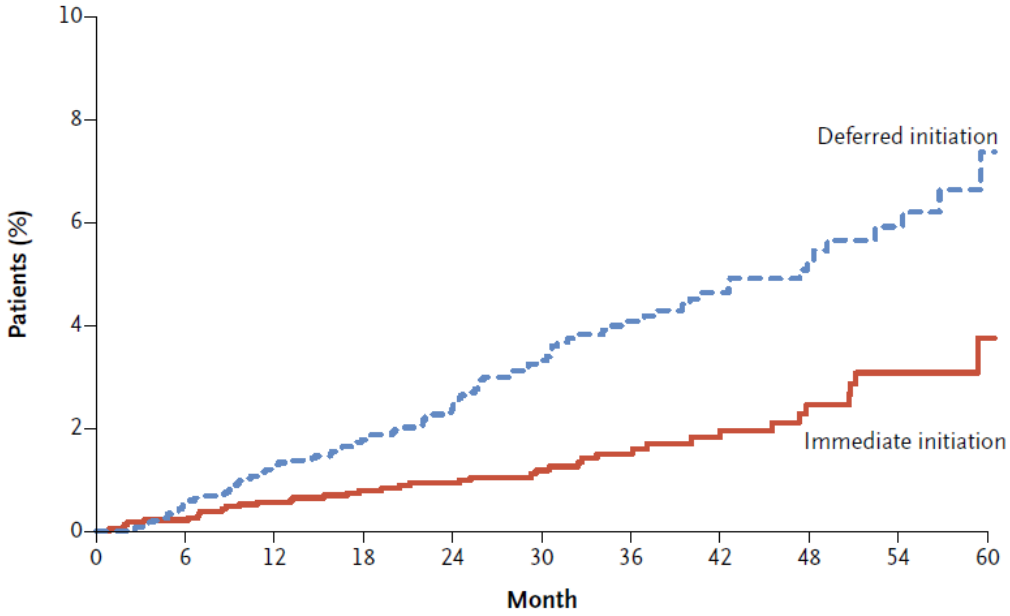
ESTABLISHED IN 1812 AUGUST 27, 2015 VOL. 373 NO. 9

Initiation of Antiretroviral Therapy in Early Asymptomatic HIV Infection

The INSIGHT START Study Group*

ABSTRACT

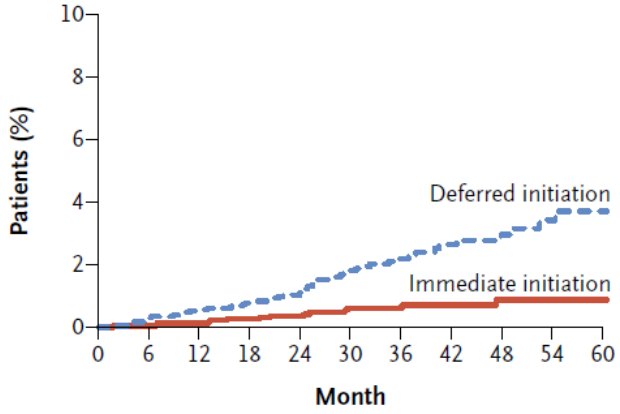
A Time to First Primary Event



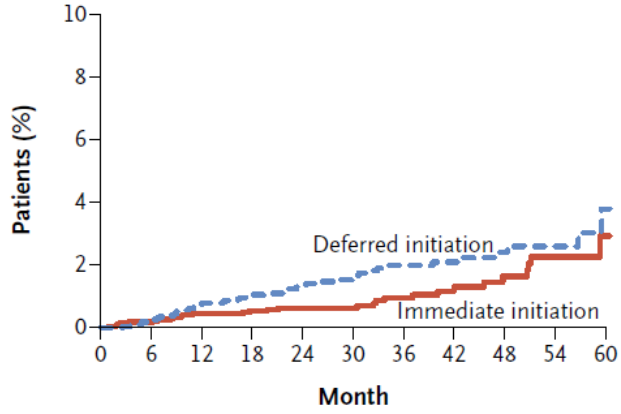
No. at Risk											
Immediate initiation	2326	2302	2279	2163	1801	1437	1031	757	541	336	110
Deferred initiation	2359	2326	2281	2135	1803	1417	1021	729	520	334	103

Estimated Percentage										
Immediate initiation	0.2	0.6	0.8	0.9	1.2	1.5	2.0	2.5	3.1	3.7
Deferred initiation	0.5	1.2	1.8	2.4	3.3	4.1	4.6	5.3	5.9	7.4

B Serious AIDS-Related Event



C Serious Non–AIDS-Related Event



A CHE PUNTO SIAMO CON LA SOPRAVVIVENZA DEL PAZIENTE CON HIV?

1) NON SIAMO ANCORA AL LIVELLO DEGLI HIV NEGATIVI
2) PERCHE' GLI HIV POSITIVI MUOIONO PRIMA?
   - ✓ Perché arrivano tardi alla diagnosi
   - ✓ Perché falliscono al trattamento
   - ✓ Perché sviluppano più frequentemente altre patologie non HIV
3) PER QUALE MOTIVO QUESTE PATOLOGIE NON HIV?
4) QUALI SONO QUESTE PATOLOGIE?
5) COME FARE A SUPERARE QUESTO PROBLEMA?
6) **COSA DICONO LE LINEE GUIDA? (EACS2017)**
   - ✓ **Quando iniziare**

RACCOMANDAZIONI PER L'INIZIO DELLA TERAPIA ARV

ART is recommended in all adults with chronic HIV infection, irrespective of CD4 counts

ART should always be recommended irrespective of the CD4 count, but the lower the CD4 count, the greater the urgency to start ART immediately.

Use of ART should also be recommended at any CD4 count in order to reduce sexual transmission and mother-to-child transmission of HIV (before third trimester of pregnancy).

A CHE PUNTO SIAMO CON LA SOPRAVVIVENZA DEL PAZIENTE CON HIV?

1) NON SIAMO ANCORA AL LIVELLO DEGLI HIV NEGATIVI
2) PERCHE' GLI HIV POSITIVI MUOIONO PRIMA?
   - ✓ Perché arrivano tardi alla diagnosi
   - ✓ Perché falliscono al trattamento
   - ✓ Perché sviluppano più frequentemente altre patologie non HIV
3) PER QUALE MOTIVO QUESTE PATOLOGIE NON HIV?
4) QUALI SONO QUESTE PATOLOGIE?
5) COME FARE A SUPERARE QUESTO PROBLEMA?
6) **COSA DICONO LE LINEE GUIDA? (EACS2017)**
   - ✓ Quando iniziare
   - ✓ **Screening e trattamento delle comorbidità**

PATOLOGIE NON AIDS CHE SONO PIU' FREQUENTI NEL PAZIENTE CON HIV

Linee Guida Italiane 2016: da pagina 77 a pagina 128 (51 pagine su 204)

EACS Guidelines October 2017: da pagina 81 a 156 (75 pagine su 215)

SCREENING DELLE COMORBIDITA' NON INFETTIVE

Cardiovascolare	Test di Framingham ECG Misura pressione	annuale Tutti sopra i 40 anni
metabolico	Trigliceridi, colesterolo, glicemia	OGTT se glicemia 110-125
Renale	Creatinina, urine, GFR	
osseo	FRAX Dosaggio vitamina D	Se non Frax densitometria
Neurocognitivo	Questionario	Ogni 1-2 anni per pazienti a rischio
Depressione	questionario	
Neoplasie	Mammografia, PAP test..	

SCREENING DELLE COMORBIDITA' NON INFETTIVE

Cardiovascolare	Test di Framingham ECG Misura pressione	annuale Tutti sopra i 40 anni
metabolico	Trigliceridi, colesterolo, glicemia	OGTT se glicemia 110-125
Renale	Creatinina, urine, GFR	
osseo	FRAX Dosaggio vitamina D	Se non Frax densitometria
Neurocognitivo	Questionario	Ogni 1-2 anni per pazienti a rischio
Depressione	questionario	
Neoplasie	Mammografia, PAP test,	

SCREENING DELLE COMORBIDITA' NON INFETTIVE

Cardiovascolare	**Test di Framingham** **ECG** **Misura pressione**	**annuale** **Tutti sopra i 40 anni**
metabolico	**Trigliceridi, colesterolo, glicemia**	**OGTT se glicemia 110-125**
Renale	**Creatinina, urine, GFR**	
osseo	**FRAX** **Dosaggio vitamina D**	**Se non Frax densitometria**
Neurocognitivo	**Questionario**	**Ogni 1-2 anni per pazienti a rischio**
Depressione	**qustionario**	
Neoplasie	**Mammografia, PAP test,**	

NATIONAL CHOLESTEROL EDUCATION PROGRAM
Third Report of the Expert Panel on
Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III)

Framingham
Valutazione del rischio coronarico a 10 anni

PARAMETRI CONSIDERATI

Sesso (M/F)
Età in anni
Fumatore
Diabete
Pressione sistolica
Trattamento per la pressione sistolica
Colesterolo totale
Colesterolo HDL

INTERVENTO NELLA DIETA E STILE DI VITA
QUANDO RISCHIO A 10 ANNI E'

SUPERIORE AL 10%

EACS European AIDS Clinical Society

NATIONAL CHOLESTEROL EDUCATION PROGRAM

Third Report of the Expert Panel on

Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III)

Risk Assessment Tool for Estimating 10-year Risk of Developing Hard CHD (Myocardial Infarction and Coronary Death)

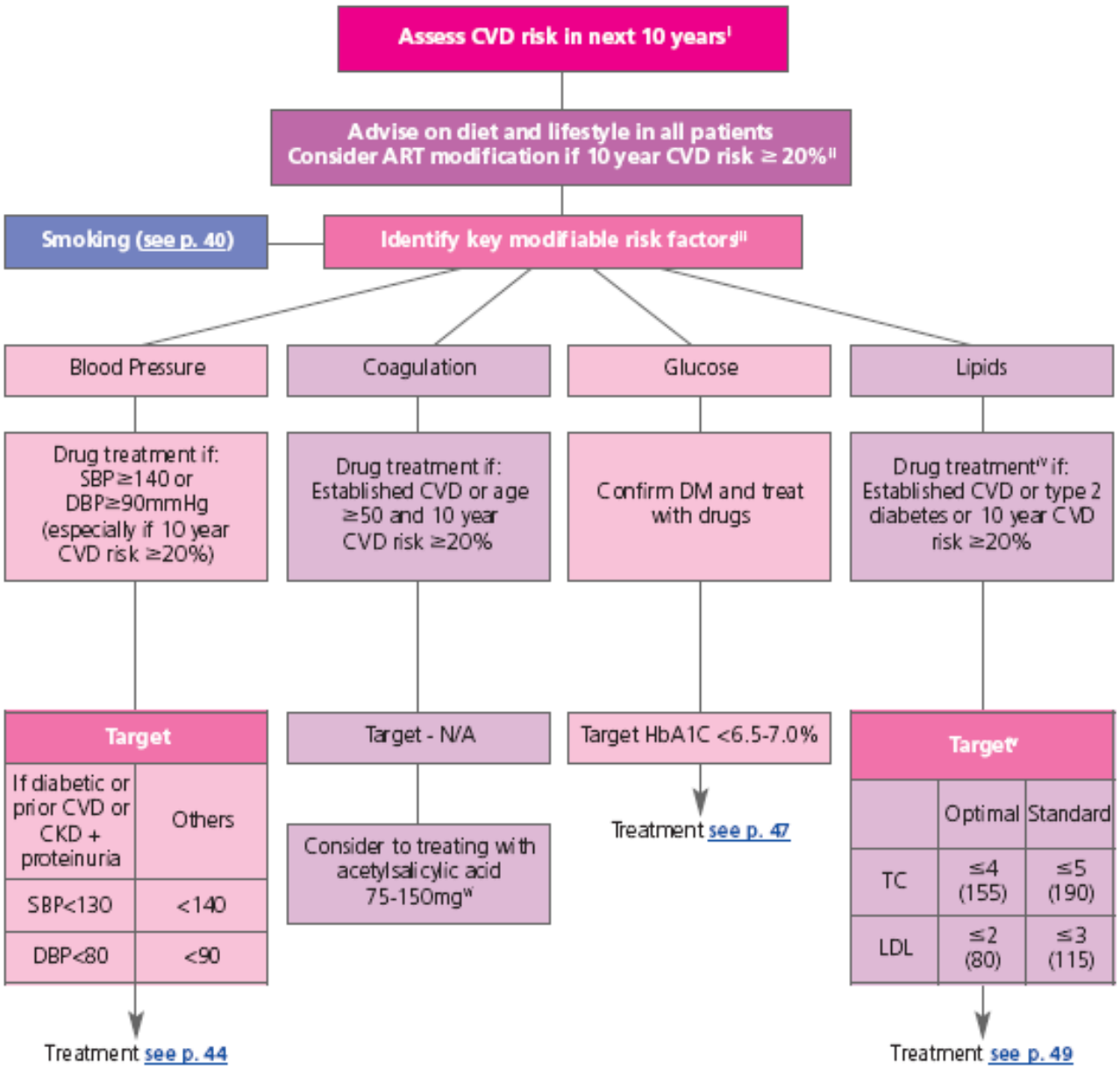
The risk assessment tool below uses recent data from the Framingham Heart Study to estimate 10-year risk for "hard" coronary heart disease outcomes (myocardial infarction and coronary death). This tool is designed to estimate risk in adults aged 20 and older who do not have heart disease or diabetes. Use the calculator below to estimate 10-year risk.

Age:	years
Gender:	Female Male
Total Cholesterol:	mg/dL
HDL Cholesterol:	mg/dL
Smoker:	No Yes
Systolic Blood Pressure:	mm/Hg
Currently on any medication to treat high blood pressure.	No Yes

Calculate 10-Year Risk

http://hp2010.nhlbihin.net/atpiii/calculator.asp?usertype=prof

GESTIONE DEL RISCHIO CV NEL PAZIENTE CON HIV



Antihypertensives		ATV/c	ATV/r	DRV/c	DRV/r	LPV/r	EFV	ETV	NVP	RPV	MVC	DTG	EVG/c	RAL	ABC	FTC	3TC	TAF	TDF	ZDV
ACE inhibitors	captopril	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	cilazapril	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	enalapril	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	lisinopril	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	perindopril	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	quinapril	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	ramipril	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	trandolapril	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Angiotensin antag-onists	candesartan	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	eprosartan	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	irbesartan	↔	↓	↔	↓	↓	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	losartan	↔	↓[a]	↔	↓[a]	↓[a]	↑[b]	↑[b]	↔	↔	↔	↔	↓[a]	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	olmesartan	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	telmisartan	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	valsartan	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
β blockers	atenolol	↔[d]	↔[d]	↔	↔	↔[d]	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	bisoprolol	↑[d]	↑[d]	↑	↑	↑[d]	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	carvedilol	↑[d]	↑↓[d]	↑	↑↓	↑↓[d]	↑↓	↑↓	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	metoprolol	↑[d]	↑[d]	↑	↑	↑[d]	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	propranolol	↑[d]	↑[d]	↑	↑	↑[d]	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Calcium channel blockers	amlodipine	↑[c]	↑[c]	↑	↑	↑[e]	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	diltiazem	↑[c]	↑[c]	↑	↑	↑[e]	↓69%	↓E	↓	E	E	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	felodipine	↑[c]	↑[c]	↑	↑	↑[e]	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	lacidipine	↑[c]	↑[c]	↑	↑	↑[e]	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	lercanidipine	↑	↑	↑	↑	↑	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	nicardipine	↑[c]	↑[c]	↑	↑	↑[e]	↓	↓E	↓	E	E	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	nifedipine	↑[c]	↑[c]	↑	↑	↑[e]	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	nisoldipine	↑[c]	↑[c]	↑	↑	↑[e]	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	verapamil	↑[c]	↑[c]	↑	↑	↑[e]	↓	↓E	↓	E	E	↔	↑	↔	↔	↔	↔	E	E	↔
Diuretics	amiloride	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	bendroflumethiazide	?	?	?	?	?	?	?	?	↔	↔	↔	?	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	chlortalidone	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	furosemide	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	E	↔
	indapamide	↑	↑	↑	↑	↑	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	hydrochlorothiazide	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	torasemide	↔	↓	↔	↓	↓	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Others	**doxazosin**	↑	↑	↑	↑	↑	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
	sacubitril	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↔	↔	↔	E	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔
	spironolactone	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔

Legend

↑ potential elevated exposure of the antihypertensive

Colour legend

no clinically significant interaction expected

Sicuro | https://www.hiv-druginteractions.org

Intranet ULSS 6 | DPDx - CDC Parasitol | Istituto Superiore di S | Homepage | Telecom | Nuova scheda | Antimicrobial Dosing

HIV Drug Interactions

UNIVERSITY OF LIVERPOOL

Donate Now →

Interaction Checker →

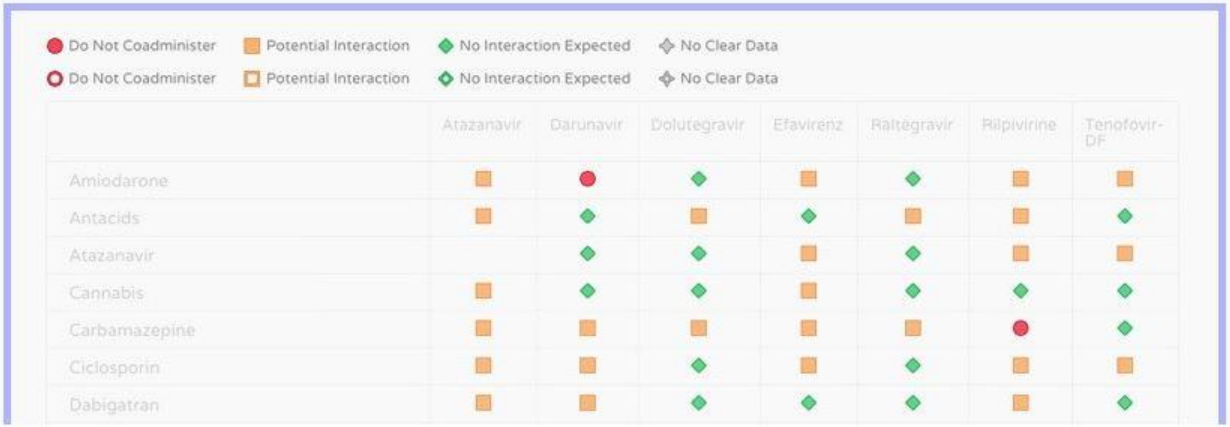
Interaction Charts | Site Updates | About Us | Pharmacology Resources | Contact Us | Support Us

HIV iChart app users - please update to the newest version to ensure up-to-date information

HIV Drug Interaction Checker

Access our comprehensive, user-friendly, free drug interaction charts. Providing clinically useful, reliable, up-to date, evidence-based information

Start Now →



Dyslipidaemia

Principles: Higher LDL-c levels increase risk of CVD, hence reduction diminishes this risk (see table below for drugs used on this indication); the reverse is probably true for HDL-c but trial data are less compelling. The CVD risk implications from higher than normal TG levels are even less clear, as TG has not consistently been shown to independently predict the risk of CVD. Furthermore, the clinical benefit of treating moderate hypertriglyceridaemia is uncertain; very high TG (> 10 mmol/L or > 900 mg/dL) increase risk of pancreatitis.

Less calories, more exercise, reducing bodyweight, and stopping smoking tend to improve HDL. Eating fish, reducing calories, saturated fat and alcohol intake reduce triglyceride levels. Reducing dietary saturated fat intake improves LDL-levels; if not effective, consider change of ART, then consider lipid-lowering medicine, see page 40. Statins should be used by all those with established vascular disease and among those with type 2 diabetes or at high risk of CVD, irrespective of lipid levels.

Drugs used to lower LDL-c

Drug class	Drug	Dose	Side effects	Advise on use of statin together with ART	
				use with PI/r	use with NNRTIs
Statin[i,ix]	atorvastatin[ii]	10-80 mg qd	Gastrointestinal symptoms, headache, insomnia, rhabdomyolysis (rare) and toxic hepatitis	Start with low dose[v] (max: 40 mg)	Consider higher dose[vi]
	fluvastatin[iii]	20-80 mg qd		Consider higher dose[vi]	Consider higher dose[vi]
	pravastatin[iii]	20-80 mg qd		Consider higher dose[vi,vii]	Consider higher dose[vi]
	rosuvastatin[ii]	5-40 mg qd		Start with low dose[v] (max: 20 mg)	Start with low dose[v]
	simvastatin[ii]	10-40 mg qd		Contraindicated	
Intestinal cholesterol absorption inhibitor↓[i,viii]	ezetimibe[iv]	10 mg qd	Gastrointestinal symptoms	No known drug-drug interactions with ART	
PCSK9-inhibitor[ix]	evolocumab	140 mg 2 weekly or 420 mg monthly	Nil	No drug-drug interactions anticipated	

SCREENING DELLE COMORBIDITA' NON INFETTIVE

Composizione corporea	Indice di massa corporea Valutazione lipodistrofia	Annuale
Cardiovascolare	Test di Framingham ECG Misura pressione	annuale Tutti sopra i 40 anni
metabolico	Trigliceridi, colesterolo, glicemia	OGTT se glicemia 110-125
Renale	Creatinina, urine, GFR	
osseo	FRAX Dosaggio vitamina D	Se non Frax densitometria
Neurocognitivo	Questionario	Ogni 1-2 anni per pazienti a rischio
Depressione	questionario	
Neoplasie	Mammografia, PAP test,	

SCREENING DELLE COMORBIDITA' NON INFETTIVE

Composizione corporea	Indice di massa corporea Valutazione lipodistrofia	Annuale
Cardiovascolare	Test di Framingham ECG Misura pressione	annuale Tutti sopra i 40 anni
metabolico	Trigliceridi, colesterolo, glicemia	OGTT se glicemia 110-125
Renale	Creatinina, urine, GFR	
osseo	FRAX Dosaggio vitamina D	Se non Frax densitometria
Neurocognitivo	Questionario	Ogni 1-2 anni per pazienti a rischio
Depressione	questionario	
Neoplasie	Mammografia, PAP test,	

Osteoporosi-linee guida italiane 2016

Individuazione dei fattori di rischio	I fattori di rischio classici per osteoporosi comprendono: ipogonadismo, ipertiroidismo, familiarità per fratture di femore, BMI < 19 kg/m2, ipovitaminosi D, fumo, sedentarietà/immobilizzazione protratta, pregresse fratture da trauma minimo, età avanzata, razza caucasica, sesso femminile, menopausa e/o amenorrea, assunzione abitudinaria di > 3 bicchieri/die di alcol, utilizzo di steroidi (5 mg/die prednisone equivalenti) per via sistemica per > 3 mesi.	[AI]
	In tutti i pazienti bisogna dosare i livelli plasmatici della 25-OH vitamina D, preferenzialmente in inverno e in primavera o alternativamente offrire la supplementazione con vit D. Poiché in alcuni casi (specie nei soggetti con livelli di 25-OH vitamina D molto bassi) la comune supplementazione standard può non essere in grado di far raggiungere livelli plasmatici ottimali, sarebbe opportuno controllarli dopo 6 mesi dall'inizio della supplementazione.	[BII]
	L'iperparatiroidismo secondario è una condizione frequente nei pazienti HIV-positivi, è spesso legato ad un quadro di ipovitaminosi D e determina un aumento del turn-over osseo. Utile è la determinazione del PTH associata al dosaggio della 25-OH Vitamina D.	[BII]
	Una corretta valutazione dell'osso deve comprendere lo studio degli indici del metabolismo minerale, per escludere altre forme di osteoporosi secondaria.	[AI]

http://www.shef.ac.uk/FRAX/

EACS European AIDS Clinical Society

SCREENING DELLE COMORBIDITA' NON INFETTIVE

Composizione corporea	Indice di massa corporea Valutazione lipodistrofia	Annuale
Cardiovascolare	Test di Framingham ECG Misura pressione	annuale Tutti sopra i 40 anni
metabolico	Trigliceridi, colesterolo, glicemia	OGTT se glicemia 110-125
Renale	Creatinina, urine, GFR	
osseo	FRAX Dosaggio vitamina D	Se non Frax densitometria
Neurocognitivo	Questionario	Ogni 1-2 anni per pazienti a rischio
Depressione	questionario	
Neoplasie	Mammografia, PAP test,	

DISTURBI NEUROCOGNITIVI

Qualsiasi persona che riferisca disturbi della memoria (comprensione, chiarezza, velocità) deve essere valutata estesamente, includendo esami neurologici, una valutazione neuropsicologica, un analisi del liquor e una indagine neuroradiologica)

Debbono essere sottoposti allo screening anche i anche i pazienti che non riportino i suddetti sintomi ma che:

- **abbiano un HIV non controllato (persitenza di viremia residua nell'ultimo anno di trattamento)**
- **abbiano bassi CD4 (< 200 cell/uL)**
- **abbiano una sindrome depressiva in atto**

STRUMENTO PER LO SCREENING:
Scala internazionale della demenza

SCALA INTERNAZIONALE DELLA DEMENZA HIV CORRELATA

1) Velocità motoria:

chiedi al pazienti che appoggiando la mano al tavolo batta le 2 prime dita della mano non dominante in modo alternato il più ampiamente e più velocemente possibile

2) Velocità psicomotoria

fare eseguire al paziente con la mano non dominante i seguenti movimenti:

- **mettere la mano a pugno sulla superficie del tavolo**
- **mettere la mano a piatto con il palmo sulla superficie del tavolo**
- **mettere la mano sulla superficie del tavolo perpendicolare sul lato del 5° dito**

3) Richiamo della memoria:

chiedi al paziente di ricordare le 4 domande assegnate precedentemente

SCREENING DELLE COMORBIDITA' NON INFETTIVE

Composizione corporea	Indice di massa corporea Valutazione lipodistrofia	Annuale
Cardiovascolare	Test di Framingham ECG Misura pressione	annuale Tutti sopra i 40 anni
metabolico	Trigliceridi, colesterolo, glicemia	OGTT se glicemia 110-125
Renale	Creatinina, urine, GFR	
osseo	FRAX Dosaggio vitamina D	Se non Frax densitometria
Neurocognitivo	Questionario	Ogni 1-2 anni per pazienti a rischio
Depressione	questionario	
Neoplasie	Mammografia, PAP test,	

DIAGNOSI DI DEPRESSIONE

Quali pazienti?	Come screenare?	Come diagnosticare
Popolazione a rischio • anamnesi depress in famiglia • anamnesi di episodi depressivi nell'individuo • età avanzata • adolescenti • pazienti con anamnesi di abuso sostanze, psichiatrici, o comorbidità somatiche severe (lipodistrofia ecc) • uso di efavirenz	• screening annuale • due domande principali 1. Ti sei sentito depresso, triste e senza speranza nell'ultimo mese? 2. Hai perso interesse nel fare qualcosa l'ultimo mese? • Sintomi particolari nell'uomo: Stressato, scoppiato, scoppi ira, fatto fronte allo stress con alcool o dedicandosi esageratamente al lavoro	Sintomi A. Almeno due settimane di tono depresso o B. Perdita interesse o C. Diminuito senso di piacere Più almeno 4 dei seguenti 1) Aumento del peso del 5% in un mese o aumento appetito 2) Insonnia o ipersonnia 3) Modifiche nello stato psicomotorio 4) Stanchezza 5) Senso di colpa o inutilità 6) Diminuita concentrazione o decisionismo 7) Ideazione o tentativi suicidari

Guidelines Prevention and Management of Non-Infectious Co-Morbidities in HIV

SCREENING DELLE COMORBIDITA' NON INFETTIVE

Composizione corporea	Indice di massa corporea Valutazione lipodistrofia	Annuale
Cardiovascolare	Test di Framingham ECG Misura pressione	annuale Tutti sopra i 40 anni
metabolico	Trigliceridi, colesterolo, glicemia	OGTT se glicemia 110-125
Renale	Creatinina, urine, GFR	
osseo	FRAX Dosaggio vitamina D	Se non Frax densitometria
Neurocognitivo	Questionario	Ogni 1-2 anni per pazienti a rischio
Depressione	questionario	
Neoplasie	Mammografia, PAP test,	

SCREENING NEOPLASIE

PROBLEMA	PAZIENTI	PROCEDURA	INTERVALLO
Cancro mammella	Donne 50 – 70 anni	mammografia	1-3 anni
Cancro cervice (HPV correlato)	Donne sessualmente attive	PAP test, HPV screening	1-3 anni
Cancro anale (HPV correlato)	omosessuali	Esplorazione rettale, PAP test, test HPV	1-3 anni
Cancro colon retto	Persone 50 – 75 anni	Sangue occulto annuale, sigmoidoscopia ogni 5 anni	1-3 anni
Prostata	Uomini > 50 anni	Esplorazione rettale + PSA	1-3 anni

A CHE PUNTO SIAMO CON LA SOPRAVVIVENZA DEL PAZIENTE CON HIV?

1) **NON SIAMO ANCORA AL LIVELLO DEGLI HIV NEGATIVI**
2) **PERCHE' GLI HIV POSITIVI MUOIONO PRIMA?**
   - ✓ **Perché arrivano tardi alla diagnosi**
   - ✓ **Perché falliscono al trattamento**
   - ✓ **Perché sviluppano più frequentemente altre patologie non HIV**
3) **PER QUALE MOTIVO QUESTE PATOLOGIE NON HIV?**
4) **QUALI SONO QUESTE PATOLOGIE?**
5) **COME FARE A SUPERARE QUESTO PROBLEMA?**
6) **COSA DICONO LE LINEE GUIDA? (EACS2009)**
   - ✓ **Quando iniziare**
   - ✓ **Screening e trattamento delle comorbidità**

Richiesta di Collaborazione perché..

- Visita due volte all’anno dallo specialista: perdita della visione globale
- Il pz si rivolge in autonomia (o tramite curante) ad altri specialisti
- Durata della vita media aumentata e aumento del numero di pz (aumento della prevalenza)

Ruolo del MMG

- Identificazione nuovi casi
- Diagnosi di Malattie concomitanti (CV, rene, dislipidemia, aging)
- Prevenzione (rinforzo consigli su stile di vita)
- Gestione delle interazioni farmacologiche
- (sito interazioni farmacologiche)

Internazionale

Il medico che ti salva la vita