# La profilassi post esposizione all'HIV: ovvero l' imbarazzata angoscia del lunedì

**Data** 25 agosto 2019
**Categoria** infettivologia

Indicazioni ed opportunità del trattamento post- esposizione.

L'Imbarazzata angoscia del paziente, in genere giovane maschio, che pochi giorni dopo un rapporto a rischio si rivolge al proprio medico di fiducia od al pronto soccorso è abbastanza frequente nella pratica clinica.
La risposta che queste persone ricevono è quasi sempre permeata da umana comprensione ma non sempre sorretta dalle conoscenze scientifiche sul tema che sono attualmente piuttosto precise.
Dato che esiste una profilassi farmacologica post- esposizione al virus dell' HIV e che questa profilassi è efficace ma non sempre opportuna, ecco ciò che ogni operatore sanitario dovrebbe sapere, secondo autorevoli istituzioni internazionali(1,2,3)

[b] Quale è il rischio di contrarre HIV da una fonte infetta?

Rapporto Anale Recettivo senza protezione = 138 casi su 10000 esposizioni

Scambio di siringhe od aghi infetti ( iniezione droghe) = 63 casi su 10000 esposizioni

Puntura Percutanea con Ago Infetto = 23 casi su 10000 esposizioni

Rapporto Anale Insertivo senza protezione = 11 casi su 10000 esposizioni

Rapporto Eterosessuale Vaginale senza protezione = 4-8 casi su 10000 esposizioni

Rapporti Orali = minore di 1 su 10000 esposizioni[/b]

**I dati sono chiaramente rassicuranti ma non dovrebbero tuttavia suscitare un ingiustificato ottimismo: infatti le probabilità di infezione nella " scappatella del sabato sera"non sono elevate ma non sono neppure nulle, il che significa, per le elementari leggi della matematica, che una ripetuta esposizione, anche in situazioni di basso rischio può comportare alla fine il contagio.**

**Qual è la prima cosa da fare in queste circostanze?**
Sicuramente una accurata anamnesi che stimi per quanto possibile il rischio ovvero la probabilità che la fonte potenziale di contagio sia infetta: è noto che le probabilità di infezione aumentano con il ripetersi di rapporti non protetti,in particolare con soggetti che usano anche occasionalmente droghe iniettive, mentre un rapporto sessuale non protetto tra giovani apparentemente sani che non usino droghe ed abbiano avuto pochi partner comporta un rischio molto basso.

**Chi sottoporre a trattamento post-esposizione o chi inviare con urgenza agli ambulatori specialistici ?**
Una volta che abbiamo stimato il rischio, possiamo secondo gli esperti non trattare i soggetti a rischio molto basso; tutti gli altri soggetti per prudenza dovrebbero essere trattati : nei numerosi casi dubbi va ricordato che l'intervallo di tempo nel quale la terapia è efficace è di 72 ore a partire dal contatto(4)

**Come e quanto trattare?**
I farmaci consigliati dagli esperti internazionali sono tre: tenofovir 300mg ed emtricitabina 200 mg generalmente già associati in un'unica compressa da assumere una volta al giorno, e raltegravir 400 mg da assumere due volte al giorno.
La terapia va iniziata entro 72 ore dal contatto e continuata per 28 giorni: è sicuramente efficace nella larga maggioranza dei casi. Gli insuccessi sono generalmente dovuti alla mancata adesione al protocollo terapeutico, alla assunzione irregolare dei farmaci, od a ceppi di HIV farmaco-resistenti più frequenti in soggetti utilizzatori di droghe endovenose e con molti rapporti a rischio.(4)

**Come controllare il soggetto e quando il soggetto può essere considerato sicuramente non infetto?**
Tutti questi soggetti vanno controllati per tutte le malattie sessualmente trasmesse: Sifilide, Gonorrea, Herpes,Clamidia, Epatite A+ B+C…
Da ricordare che nel contatto con soggetti HIV positivi ed HBs AG positivi l'infezione più facilmente acquisibile è di solito l'epatite. Il test dell' HIV va effettuato all'inizio della terapia e dopo 4 o preferibilmente 6 settimane. Un ulteriore controllo è da effettuarsi dopo almeno 4 mesi.

È importante ricordare che la concomitante infezione da HCV può ritardare la sieroconversione HIV anche fino a 6 mesi dopo il contatto.
Al termine dei 6 mesi di follow-up con risultati persistentemente negativi il soggetto può considerarsi non infetto e non infettante.(4,5)

**E' possibile effettuare una profilassi pre-esposizione? Come viene effettuata e che efficacia ha ?**
SI, è possibile. Dovrebbe essere limitata ai contatti siero-negativi con soggetti siero-positivi.
Vari studi hanno documentato la efficacia e la sicurezza della profilassi pre-esposizione, che prevede due possibili protocolli: per rapporti con bassa esposizione a materiale biologico o con soggetti a bassa carica virale è sufficiente una terapia della durata massima di 72 ore( associazione tenofovir 300mg ed emtricitabina 200 mg 2 cpr dalle 24 alle 2 ore prima del contatto+ 1 cpr della associazione entro le 24 ore successive+ 1 cpr entro 48 ore).
Per i rapporti con elevata esposizione al virus è più sicura la terapia di almeno una settimana con monodose giornaliera della associazione tenofovir 300mg ed emtricitabina 200 mg.
Ovviamente sono opportuni controlli sierologici fino a sei mesi dalla esposizione.(5)

**Commento**

La individuazione di schemi di profilassi contro l'HIV post- esposizione e, recentemente, anche pre-esposizione, è un ulteriore importante successo della ricerca medica.
Tuttavia i mass-media e gli opinion leader non hanno sufficientemente approfondito le potenziali conseguenze di questi importanti successi. In alcuni ambiti socio-culturali si sta infatti affermando la illusoria idea che il virus dell'HIV sia ormai sconfitto e che chi lo desidera possa tranquillamente abbandonarsi a pratiche sessuali a rischio, " tanto c'è sempre la cura…".
In realtà la terapia profilattica dovrebbe essere sempre una scelta di emergenza, da utilizzarsi eccezionalmente e non abitualmente, come risulta invece da notizie provenienti da ambienti "trasgressivi" internazionali …
Da segnalare infatti che l' uso disinvolto di queste terapie sta moltiplicando i fino ad ora rari ceppi HIV multi resistenti.
La storia si ripete …

**Riccardo De Gobbi**

**Bibliografia**

1)Updated guidelines for antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV–United States, 2016. Morbidity and Mortality Weekly Report. https://www.cdc.gov/hiv/pdf/programresources/cdc-hiv-npep-guidelines.pdf

2)World Health Organization. Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and
children: Recommendations for a public health approach: December 2014—supplement to the 2013 consolidated ARV guidelines. 2014. https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/
arv2013/arvs2013upplement_dec2014/en/

3)Tan DHS, Hull MW, Yoong D, etal. Biomedical HIV Prevention Working Group of the CIHR Canadian HIV Trials Network. Canadian guideline on HIV pre-exposure prophylaxis
and nonoccupational postexposure prophylaxis. CMAJ 2017;189:E1448-58.10.1503/cmaj.170494 29180384

4) Siedner M, Tumarkin E, Bogoch I: HIV post-exposure prophylaxis (PEP) BMJ 2018;363:k4928 doi:10.1136/bmj.k4928

5) Tumarkin E, Siedner M, Bogoch I: HIV post-exposure prophylaxis (PEP BMJ 2019;364:k4681 doi: 10.1136/bmj.k4681