

PRINCIPALI ASPETTI MEDICI DEI PAZIENTI CON INFEZIONE DA HIV E DIPENDENZA CRONICA DA EROINA

Indicazioni per l'Operatore di Prevenzione in Strada

Oliviero Bosco, Maurizio Gomma, Gian Paolo Perini, Giovanni Serpelloni

Sezione di Screening HIV, Gruppo C, Ser.T. 1, ULSS 20 - Verona

INTRODUZIONE

Quando una persona con problemi di tossicodipendenza decide di rivolgersi alle strutture deputate ad affrontare tale tipo di situazione, ha alle spalle circa 4 anni di storia tossicomana; inoltre è dato ormai assodato che circa il 40% dei tossicodipendenti (TD) tende a non rivolgersi comunque alle istituzioni esistenti.

I primi anni di abuso di sostanze stupefacenti ed in particolare di eroina per via endovenosa, in assenza di informazioni che tendano a prevenire o ridurre i danni derivanti da tale pratica, risultano essere quindi i più pericolosi per l'esposizione a patologie infettive di particolare gravità.

Le persone con dipendenza cronica da eroina (DCE) costituiscono ad oggi il gruppo maggiormente interessato dall'infezione da HIV. Dal momento della sieroconversione allo sviluppo di segni clinici di malattia legati all'immunodeficit possono passare molti anni e i tossicodipendenti con infezione da HIV devono essere seguiti costantemente per un lungo periodo di tempo sia dal punto di vista clinico che laboratoristico.

E' importante quindi che i TD sieropositivi possano essere indotti a rivolgersi precocemente ai centri specializzati nell'affrontare questo tipo di patologia. Infatti la gestione delle problematiche mediche delle persone sieropositive in fase asintomatica con DCE riveste un'importanza cruciale, soprattutto per il riconoscimento in fase precoce di sintomi, in modo da instaurare tempestivamente i trattamenti per le infezioni opportunistiche e la terapia antiretrovirale. L'impiego al momento opportuno dei presidi terapeutici, infatti, incide in maniera significativa sia sulla qualità di vita che sulla sopravvivenza dei sieropositivi.

La puntualità dell'intervento costituisce garanzia non solo di ridurre al minimo i rischi per il paziente di acquisire malattie derivanti dalla sua carenza di difese immunitarie, ma anche permette di instaurare un intervento di educazione sanita-

ria per ridurre i rischi di contagio per la comunità.

La scarsa propensione a rivolgersi a strutture di carattere medico che in generale la persona con problemi di DCE manifesta è ancora più evidente all'inizio della storia tossicomane. Per questo motivo è fondamentale che l'osservazione della eventuale comparsa di sintomi correlabili con l'infezione da HIV avvenga in un contesto il meno "invasivo" possibile rispetto alla vita del paziente.

Dal questo punto di vista riveste particolare importanza il ruolo che l'operatore di strada può esercitare. L'instaurazione di un rapporto di fiducia con la persona TD sieropositiva costituisce un aspetto essenziale all'interno del quale è possibile osservare la comparsa di segni o che vengano riferiti sintomi riconducibili all'infezione da HIV. L'operatore di strada può di conseguenza consigliare il paziente a rivolgersi alle strutture deputate in modo tempestivo affinché vengano intraprese le eventuali misure diagnostiche e terapeutiche necessarie.

E' chiaro che per far ciò all'operatore sono necessarie delle conoscenze di base dell'infezione da HIV, ma anche una certa dose di disponibilità, l'abilità di ascoltare e di comunicare con il paziente e la capacità di collegarsi con le strutture di riferimento esistenti.

IL RICONOSCIMENTO PRECOCE DEI SINTOMI

Nella maggioranza dei casi l'infezione da HIV si instaura in modo asintomatico; cioè una persona che in seguito ad un comportamento a rischio si infetta, non avverte segni o sintomi particolari di tale infezione. In percentuale minore, l'acquisizione dell'infezione da HIV si manifesta in maniera evidente; nel qual caso i sintomi che compaiono non sono caratteristici, ma possono assomigliare ad un quadro simil influenzale (tab. 1) e solo raramente presentare manifestazioni importanti, anche se transitorie, a carico del sistema nervoso centrale (meningite) o periferico (neuropatie) o dermatologiche.(1,2)

La persona con infezione da HIV gode di un periodo molto lungo, in genere di circa 12 anni, tra il momento dell'infezione e la comparsa di segni iniziali riferibili a questa patologia in cui gode di buona salute.

Il riconoscimento precoce dei sintomi generali legati all'azione sistemica che il virus esercita sull'organismo, ma soprattutto di sintomi che possono far sospettare l'insorgenza di un'infezione opportunistica, risulta quindi di fondamentale importanza.

Solo il riconoscimento precoce di tali eventi ed il loro successivo inquadramento diagnostico permette infatti un tempestivo intervento terapeutico che si traduce in una limitazione delle ripercussioni negative sull'andamento generale dell'infezione, un aumento delle aspettative di vita ed inoltre può permettere di ridurre i ricoveri impropri.

MANAGEMENT DELLA PERSONA SIEROPOSITIVA CON DCE

In generale la gestione della persona sieropositiva con DCE richiede interventi diversificati in relazione allo stadio clinico dell'infezione nell'intento di valorizzare le azioni che in quel dato momento risultano essere prioritarie.

Tale tipo di interventi che devono necessariamente essere coordinati, iniziano al momento della sieroconversione privilegiando il supporto psicologico, il trattamento dell'eventuale sindrome acuta e la comunicazione al partner.

Successivamente mano a mano che progredisce il quadro clinico, verrà programmata la sorveglianza clinica, il trattamento della DCE, la terapia antiretrovirale e la profilassi delle I.O.

Infine, in fase avanzata di malattia con il possibile deficit di autonomia che si accompagna a tale situazione, diventa indispensabile l'organizzazione di un'assistenza domiciliare (Tab. 2).

Aspetti che dovrebbero essere presenti durante tutto il percorso assistenziale sono costituiti dal supporto psicologico e sociale.

Bisogna inoltre tenere presente che le persone HIV+ con DCE presentano alcuni problemi particolari (patologie concomitanti, prostituzione, ecc.) che possono rendere problematica l'organizzazione di un management coordinato o rendere difficile il percorso assistenziale (Tab. 3).

Anche a questo proposito può risultare importante la figura dell'operatore di strada come punto di raccordo tra il paziente e la rete assistenziale deputata alla gestione delle sue problematiche.

PRINCIPALI MANIFESTAZIONI CLINICHE NEL CORSO DELL' INFEZIONE DA HIV

Molti sono le manifestazioni cliniche che possono comparire nel corso dell'infezione da HIV e la sua progressione verso la fase conclamata della malattia. La conoscenza di base di tali aspetti è importante per capirne l'eventuale importanza ed insistere perché il paziente si rivolga al personale sanitario (Tab. 4).

Verranno qui di seguito presi in considerazione in maniera sintetica i principali segni e sintomi correlabili con l'infezione da HIV e che possono essere indice o di una progressione dell'infezione (Tab. 5) o di una particolare infezione opportunistica (Tab. 6).

E' importante saper identificare sintomi che possano far sospettare un'infezione acuta da HIV o ad evidenziare le condizioni di salute che possano orientare sui tempi dell'infezione, sulla velocità di progressione dell'immunodeficit o anche sulla comparsa delle più frequenti patologie opportunistiche (tosse, dispnea, disfagia,

diarrea, febbre, dimagrimento ecc.). Spesso infatti i pazienti ignorano o minimizzano segni importanti correlati all'infezione da HIV. Per questo motivo deve essere costantemente posta attenzione alla presenza di sintomi associati all'infezione da HIV.

La tempestiva segnalazione di fattori che indirizzino a procedere ad eventuali approfondimenti diagnostici e contemporaneamente permetta di osservare nel tempo l'evoluzione o la modificazione delle condizioni del paziente costituisce un aspetto estremamente importante che permette di instaurare le terapie necessarie con prontezza, a tutto giovamento della persona stessa.

Non va dimenticato inoltre che l'eroina altera la normale espressione dei sintomi sopprimendo, per esempio, la tosse e diminuendo o abolendo la percezione del dolore. Questo rende di conseguenza più difficilmente interpretabili i reali quadri clinici. Infine un altro importante aspetto da tenere presente è che questi pazienti presentano frequentemente una compromissione delle funzionalità del fegato per l'alta prevalenza di epatiti e di abuso alcolico.

Verranno qui di seguito prese in esame varie condizioni che si possono manifestare nel corso dell'infezione da HIV, a livello dei principali organi ed apparati, con lo scopo di fornire una sintetica panoramica su quello che ci si può trovare ad osservare.

Condizioni generali e stato nutrizionale

Il peso del paziente è un fattore importante da considerare e soggetto a variazioni in seguito all'instaurarsi di condizioni patologiche che compromettono le capacità di alimentarsi o che debilitano la persona. L'osservazione dello stato nutrizionale del paziente permette di stabilire poi nel tempo l'eventuale calo ponderale, la sua entità e la velocità di instaurazione.

Rapide e recenti variazioni di peso necessitano di un approfondimento diagnostico in quanto possono essere legate sia ad una progressione del quadro legato all'infezione di base sia alla comparsa di un'infezione opportunistica (4-8).

Cute e mucose

I tossicodipendenti sieropositivi manifestano spesso problemi dermatologici.

Micosi (9), dermatite seborroica (10), xerosi, lesioni psoriasiche, follicoliti, lesioni ulcerative da herpes simplex o zooster, lesioni genitali da MTS, sono i quadri di più frequente osservazione. Lesioni papulari o pustolose possono essere causate da diverse infezioni opportunistiche quali la criptococcosi (11), la histoplasmosi, la TBC e la pneumocistosi (12). Il mollusco contagioso è di frequente riscontro in tutti gli stadi dell'infezione da HIV (9) ed è riscontrabile a livello del tronco, della faccia, del naso e alle estremità. Le lesioni consistono in papule lisce, rilevate spesso con ombelicatura centrale.

Altre lesioni cutanee che si possono riscontrare sono di tipo nodulare e possono indicare la presenza di un sarcoma di Kaposi (13) peraltro raro nei soggetti tossicodipendenti. Tali reperti sono evidenti soprattutto sul viso, sul cuoio capelluto, sul naso, ma anche sul tronco, alle estremità e a livello mucoso (cavo orale e mucose genitali).

Consistono solitamente in noduli rilevati, allungati di color violaceo a bordo netto che possono, almeno inizialmente, simulare un'ecchimosi (ad un pizzicotto).

Infine a carico della cute, soprattutto agli arti, si possono riscontrare lesioni pruriginose (con prurito maggiore durante la notte), con presenza di piccole escavazioni imputabili alla presenza dell'acaro della scabbia.

Occhio

A carico dell'occhio si possono riscontrare parecchi reperti obiettivi di rilevante importanza. A livello congiuntivale la presenza di petecchie può costituire una spia di presenza di emboli sistemici come si riscontrano nell'endocardite infettiva.

Deficit del campo visivo possono essere spia importante di gravi patologie occupanti spazio a carico del sistema nervoso centrale dovute spesso a toxoplasmosi o a linfomi (3).

Orofaringe

Tra i tossicodipendenti è di frequente riscontro la presenza di carie dentarie multiple a carattere distruttivo. Comunemente si possono riscontrare inoltre lesioni dovute alla presenza di micosi (formazioni caseose che sono tipicamente localizzate sul dorso della lingua, sul palato e sulla mucosa buccale)(14).

Leucoplachia villosa, lesioni da herpes simplex, afte e, più raramente, localizzazioni del sarcoma di Kaposi sono altri reperti obiettivabili in questa sede.

Sistema linfatico

Nella persona con infezione da HIV spesso si riscontra un ingrandimento diffuso dei linfonodi (formazioni delle dimensioni che vanno da un pisello ad una oliva, comunemente denominate "ghiandole", deputate alla difesa del nostro organismo). Questo reperto è ancora più frequente nei pazienti con DCE per problemi connessi all'abuso di eroina per via endovenosa (flebiti frequenti, carie distruttive); l'osservazione di una linfoadenomegalia asimmetrica o di un rapido ingrandimento linfonodale in una o più sedi palpabili, particolarmente in pazienti non ancora marcatamente immunodepressi, può essere spia di un'infezione opportunistica, di un processo tubercolare o di una neoplasia.

Apparato respiratorio

L'apparato respiratorio costituisce un settore che molto frequentemente è sede di processi infettivi nella persona tossicodipendente sieropositiva. Difficoltà di respi-

razione, aumento della frequenza del respiro, tosse secca esacerbata dal respiro profondo, costituiscono reperti di frequente osservazione e spesso non correlati con alterazioni polmonari rilevabili con la radiografia del torace (15).

Tratto gastrointestinale

Il tratto gastrointestinale può essere frequentemente sede di patologie correlate all'infezione da HIV che si possono riscontrare prima di altre manifestazioni della malattia.

In particolare si possono riscontrare sintomi legati sia al primo tratto di tale organo (dolore alla deglutizione, difficoltà a deglutire, bruciore e dolore a livello dello stomaco), che ai tratti più distali (diarrea). In alcuni pazienti quest'ultimo sintomo può diventare il segno più evidente della malattia, che li porta ad una progressiva debilitazione per disidratazione e malassorbimento e che può richiederne l'ospedalizzazione.

Il coinvolgimento del tratto gastrointestinale è in relazione principalmente a microorganismi quali miceti, protozoi (criptosporidio) e micobatteri. Anche alcune neoplasie quali il sarcoma di Kaposi o i linfomi possono interessare tutti i tratti di questo organo. Infine anche il virus HIV di per sé può causare interessamento del tratto gastroenterico causando una diarrea cronica.

Fegato

Il fegato è frequentemente interessato da malattie nei pazienti sieropositivi e tossicodipendenti. Infatti in queste persone si riscontrano spesso epatiti sia acute che croniche da HCV e da HBV strettamente correlate alla DCE.

Inoltre tale organo viene interessato durante l'infezione da HIV da numerosi agenti patogeni quali il Citomegalovirus ed i micobatteri, da alcune neoplasie quali il sarcoma di Kaposi ed i linfomi.

L'interessamento del fegato si manifesta con un ingrandimento delle sue dimensioni (epatomegalia), con la comparsa di ittero e, in casi gravi, con la raccolta di liquidi nell'addome (ascite).

Sistema nervoso

L'infezione da HIV coinvolge in maniera pesante il sistema nervoso sia come azione diretta del virus sia in conseguenza di infezioni opportunistiche (CMV, Toxoplasmosi, Candidosi, Tubercolosi, Criptococchi) o neoplasie (linfomi, s. di Kaposi) che si localizzano nell'encefalo.

Si può inoltre rilevare la presenza di neuropatie periferiche (esame motorio e sensoriale, riflessi profondi), deficit neurologici focali e il rilevamento di mielopatia, ma anche per la valutazione dello stato mentale. Sintomi precoci di alterazione dello

stato mentale possono essere presenti anche nelle fasi iniziali dell'infezione. Deficit neuro-cognitivi sfumati possono essere dimostrati in una larga percentuale dei pazienti, già nella fase asintomatica della malattia fino al quadro denominato AIDS dementia complex, tipico delle fasi avanzate dell'infezione. E' importante identificare e caratterizzare problemi come perdita della memoria e difficoltà di concentrazione che possono costituire fonte di notevole disagio per il paziente ed essere spia di un danno neurologico iniziale. Va tenuto peraltro conto del bias derivante dall'uso di stupefacenti che rende meno agevole la valutazione neuro-cognitiva.

Per finire va tenuto presente che nella persona sieropositiva e tossicodipendente esistono delle malattie di riscontro frequente ed in relazione proprio alla tossicodipendenza di per sè (Tab. 7) e che alcuni dei sintomi riscontrabili possono essere connessi agli effetti dell'uso di sostanze stupefacenti oltre che all'infezione da HIV (Tab. 8).

CONTROLLO DEI “SINTOMI SENTINELLA”

Nei tossicodipendenti sieropositivi esiste il problema rilevante di cogliere l'insorgenza di sintomi che possono costituire una spia di allarme importante per malattie serie e che potrebbero trarre giovamento da un intervento sanitario tempestivo. Questo fatto è dovuto in parte alla scarsa propensione di questi pazienti a rivolgersi alle strutture sanitarie ed in parte ad una inadeguata offerta da parte dei Servizi stessi.

A questo proposito può risultare estremamente utile la figura dell'operatore di strada, addestrato a cogliere l'insorgenza di alcuni sintomi importanti che vengono denominati “sintomi sentinella o “sintomi allarme”. Il compito di questa figura non è tanto quello di fare una diagnosi, né tantomeno delle proposte terapeutiche, ma di notare con tempestività l'insorgenza di situazioni che meritano una particolare attenzione e indurre il paziente a rivolgersi con sollecitudine agli operatori sanitari.

L'operatore di strada dovrebbe cioè da un lato cogliere l'insorgenza di problematiche sanitarie e dall'altro convincere il paziente a sottoporsi ad accertamenti. In questo senso si utilizzerebbe la capacità dell'operatore di esercitare una funzione di collegamento tra il paziente e le strutture di riferimento esistenti.

I principali sintomi sentinella che a nostro avviso vanno tenuti in considerazione e che devono far indurre il TD a rivolgersi ad un operatore sanitario sono:

- Febbre
- Dolore
- Tosse e disturbi del respiro

- Dimagrimento
- Disturbi digestivi (nausea, vomito, difficoltà di deglutizione)
- Diarrea
- Ittero
- Aumento dei linfonodi
- Disturbi visivi
- Cefalea
- Disturbi neurocognitivi e della coscienza

Verranno qui di seguito presi in esame singolarmente, dandone la definizione, mettendoli in relazione alle possibili cause e suggerendo delle norme di comportamento da tenere, nonché degli eventuali consigli da fornire.

1. Febbre

Viene definita febbre qualsiasi incremento della temperatura corporea oltre i 37°C rilevati a livello ascellare. La febbre è, genericamente parlando, un sintomo di infezione. La presenza di febbre di origine sconosciuta e di scarsa entità può essere un evento abbastanza frequente nel corso dell'infezione da HIV durante tutti gli stadi della storia naturale. La febbre legata all'infezione da HIV è più spesso notturna ed accompagnata da abbondante sudorazione.

Questo sintomo tuttavia assume una diversa importanza in relazione allo stadio della malattia. Mentre nel sieropositivo asintomatico può essere dovuta alla sola presenza dell'HIV, negli stadi avanzati dell'infezione, o quando la persona è già in AIDS, può essere segno di una infezione opportunistica anche grave (pneumocistosi, criptococcosi, malattia da CMV, TB) o di una neoplasia (linfoma, sarcoma di Kaposi). Infine anche alcuni farmaci possono dare febbre come reazione di ipersensibilità del paziente.

La comparsa di febbre quindi, soprattutto se perdurante nel tempo, non deve mai essere sottovalutata.

Che cosa chiedere

Quando una persona sieropositiva riferisce la comparsa di febbre è importante chiedere di che entità è, da quanto tempo è insorta, se è accompagnata o meno da brivido, da sudorazione abbondante o da altri sintomi quali tosse, mal di gola o cefalea, se è insorta in concomitanza di una assunzione di eroina o di una esposizione al freddo, se si sta assumendo qualche farmaco. Inoltre, se è possibile, chiedere alla persona da quanto tempo è sieropositiva. La raccolta di questi dati da parte dell'operatore di strada può essere utile in quanto gode di una maggior fiducia da parte del TD e quest'ultimo può non riferirli all'operatore sanitario.

Che cosa fare

Consigliare il contatto immediato con gli operatori sanitari (infermieri professionali o assistenti sanitarie) o con il medico.

Inoltre si possono fornire alcune indicazioni generali di, comportamento.

Consigliare di bere in abbondanza per ripristinare le perdite di liquidi e sali che si verificano con le sudorazione, mettersi una benda fredda sulla fronte o sui polsi o adoperare la borsa del ghiaccio se la febbre è elevata (superiore a 38°C), evitare le coperture eccessive al termine dei brividi, ma impiegare biancheria leggera ed asciutta e riposare ogni volta che si è stanchi. (Fig. 1)

2. Dolore

Il dolore in corso di infezione da HIV e di AIDS è un sintomo molto comune e può essere dovuto a svariate cause.

In particolare il dolore di origine toracica può essere causato da un trauma, ma anche da processi infettivi a carico dell'apparato respiratorio (polmoniti, pleuriti), nel qual caso, è di solito associato a tosse, difficoltà di respiro e febbre; oppure può essere la spia di una infezione virale quale l'Herpes Zooster (fuoco di sant'Antonio) e comparire prima delle caratteristiche vescicole sulla pelle.

Il dolore di origine addominale è anch'esso un sintomo abbastanza frequente e può essere causato da una malattia dell'intestino (nel qual caso è spesso accompagnato da diarrea) o da affezioni epatiche o pancreatiche.

Che cosa chiedere

Del dolore è utile stabilire la sede, il tempo di insorgenza, la frequenza degli attacchi dolorosi, l'entità soggettiva e anche se è un sintomo che si è già presentato in passato.

Bisogna tenere presente che le persone con DCE hanno una percezione alterata del sintomo dolore, imputabile all'uso dell'eroina. Tale alterazione percettiva può estrinsecarsi in una sottovalutazione di dolori importanti o, al contrario, a non tollerare dolori di scarsa entità.

Che cosa fare

Indipendentemente dalle caratteristiche e dall'entità del dolore il paziente deve essere sempre invitato a rivolgersi al personale sanitario per una più attenta valutazione del sintomo presentato. (Fig. 2)

3. Tosse e disturbi del respiro

I disturbi respiratori sono delle evenienze abbastanza comuni, soprattutto nella fase avanzata dell'infezione da HIV. Sono costituiti principalmente dalla tosse e dalla dispnea.

La tosse è un sintomo molto importante ed assume importanza crescente con la progressione del quadro clinico. La tosse può essere accompagnata da produzione di catarro (tosse produttiva) o essere secca.

Negli stadi iniziali dell'infezione, quando l'immunità è ancora ben conservata, di solito è in relazione ad interessamenti delle vie respiratorie simili alle persone senza compromissione delle difese immunitarie. Le broncopolmoniti causate da batteri sono comuni tra i tossicodipendenti indipendentemente dallo stato delle loro difese immunitarie.

Negli stadi avanzati dell'infezione o nella malattia conclamata, può essere un sintomo molto importante e indicativo di gravi broncopolmoniti o di importanti infezioni opportunistiche quali la Pneumocistosi o la Tubercolosi. In questi ultimi casi è di solito una tosse con poco catarro, stizzosa, che dura da parecchio tempo, accompagnata da febbre di modesta entità, con la presenza o meno di difficoltà alla respirazione (dispnea) e talvolta con presenza di striature di sangue nello sputo (emottisi).

La tosse infine può anche essere segno di una localizzazione polmonare del sarcoma di Kaposi.

Bisogna ricordare che nel TD questo sintomo è ridotto per l'effetto dell'eroina o del metadone.

Che cosa chiedere

Quando si sente tossire una persona sieropositiva è importante informarsi sul tempo di insorgenza della tosse, sulle caratteristiche che essa presenta (secca o produttiva), se è accompagnata o meno da febbre. E' importante anche sapere se il paziente ha notato delle striature di sangue nello sputo.

Anche in questo caso è utile chiedere da quanto tempo il soggetto è a conoscenza della sua sieropositività, perché ci può in qualche modo orientare sull'importanza del sintomo tosse come spia di importanti infezioni.

Che cosa fare

Consigliare sempre di rivolgersi all'assistente sanitaria o all'infermiere per una più attenta valutazione del quadro presentato ed un eventuale invio al medico. Tutto questo soprattutto se la tosse dura da molto tempo.

Nel sieropositivo con tosse, poi, può essere utile consigliare di bere molto per

rendere il catarro più fluido e quindi più facilmente eliminabile, di evitare l'esposizione al freddo, di umidificare la stanza dove dorme (vaschette di acqua sulla stufa o sul termosifone, in alternativa asciugamani bagnati), mettere sempre la mano davanti alla bocca quando si tossisce (meglio sarebbe usare una mascherina), evitare i luoghi troppo affollati e fumosi e smettere o almeno ridurre il consumo di sigarette. (Fig. 3)

4. Dimagrimento

Una involontaria perdita di peso è una manifestazione frequente nel corso dell'infezione da HIV e costituisce un segno della presenza di deficit nutrizionali (16).

Il dimagrimento può presentarsi durante tutto il decorso dell'infezione da HIV indipendentemente dall'entità dell'immunodeficit.

Una importante perdita di peso associata a malnutrizione comporta conseguenze importanti dal punto di vista fisico e psichico, costituendo un fattore prognostico negativo sia che intervenga prima o dopo la diagnosi di AIDS (17). La perdita di peso può verificarsi come dato isolato ma anche accompagnata da manifestazioni non specifiche dell'infezione da HIV quali diarrea, febbre ed aumento dei linfonodi. Costituiscono sintomo particolarmente preoccupante le rapide perdite di peso senza una apparente spiegazione o accompagnate da sintomi particolarmente debilitanti quali la diarrea.

La diminuzione del peso può divenire nelle fasi avanzate della malattia così marcata da configurare un quadro tipico denominato Wasting Syndrome. Tale quadro, caratterizzato da dimagrimento oltre il 10% del peso usuale, diarrea cronica (più di 2 scariche al giorno per più di un mese) o persistente debolezza, febbre (per più di un mese) in assenza di malattie concomitanti, costituisce diagnosi di AIDS.

Le cause, di malnutrizione nel corso di questa malattia che portano ad una perdita di peso possono essere molteplici e possono essere sinteticamente dovute a diminuzione dell'introduzione di cibo, malassorbimento intestinale dei cibi, malattie che coinvolgono l'organismo in toto (sistemiche). (Tab. 9)

Diventa quindi estremamente importante mettere in atto tutti quei presidi utili a mantenere il peso abituale e a prevenire la malnutrizione.

In particolare gli obiettivi del supporto nutrizionale sono: arrestare la perdita di peso, favorire il recupero ponderale, migliorare/normalizzare gli indici nutrizionali, conservare la massa magra (muscolatura), migliorare la tolleranza alle terapie farmacologiche e stimolare le capacità di difesa dell'organismo.

Che cosa chiedere

L'osservazione di una evidente perdita di peso in una persona sieropositiva deve essere sempre indagata. In particolare è utile chiedere quale è il suo peso abituale, l'entità del calo (attenzione alle perdite di 4-5 kg in un mese e che non riescono ad essere recuperate), se è di recente insorgenza, se esistono recenti cambiamenti della attività lavorativa che potrebbero giustificare un maggior dispendio energetico, se vi è calo dell'appetito, se vi sono sintomi che si accompagnano al dimezzamento quali diarrea o febbre e se assume farmaci. Inoltre deve essere sempre stabilita l'esistenza di condizioni socio ambientali che pregiudicano l'assunzione di alimenti (situazione familiare, possesso di un domicilio, disponibilità economiche per acquistare di che nutrirsi) o che portano allo sviluppo di atteggiamenti depressivi con calo dell'appetito.

Che cosa fare

In caso di dimagrimento bisogna consigliare di rivolgersi prontamente al personale sanitario per una attenta valutazione del sintomo, al fine di stabilirne la causa e mettere in atto tutte misure necessarie per una possibile risoluzione della situazione.

E' altrettanto importante fornire dei consigli riguardanti l'alimentazione.

Incoraggiare il paziente ad alimentarsi nonostante possa avere poco appetito o una cattiva situazione orale. Per aumentare l'assunzione di cibo è utile consigliare di mangiare ad orari regolari, possibilmente in compagnia (senza lasciarsi però sfuggire l'occasione di soddisfare l'appetito ogni volta che viene fame), acquistare alimenti facili da preparare, con molte calorie ed integrare la dieta con spuntini ipercalorici (barrette di cioccolato ecc.).

In senso generale ed in assenza di situazioni che richiedono misure dietetiche particolari, è indicata una alimentazione ricca di proteine e di calorie. Mangiare quindi molta carne, pesce, latte, panna, burro, formaggio, maionese, pasta, riso, patate, frutta secca. Nella preparazione dei cibi è meglio seguire ricette leggere, saporite e facilmente digeribili (18). Può essere utile inoltre consigliare l'assunzione di appropriati supplementi dietetici e preparati multivitaminici e minerali (16).

Consigliare di controllare il peso, non più di una volta alla settimana, senza indumenti, all'incirca nello stesso periodo della giornata e di registrarlo. (Fig. 4)

5. Disturbi digestivi (nausea, vomito, disfagia)

La difficoltà di deglutizione (disfagia) ed il dolore a deglutire (odinofagia) sono di frequente riscontro nelle persone con infezione da HIV, particolarmente negli stadi avanzati della malattia. Tali sintomi sono correlati quasi sempre con un inte-

ressamento dell'esofago da parte di infezioni opportunistiche (candida, CMV) (19) e più raramente da altre patologie quali la tubercolosi o neoplasie (20). Anche l'HIV di per sè può causare ulcere esofagee con disfagia ed odinofagia (21). La presenza di candidosi orale (placche bianche all'interno delle guance, in gola e sul palato comunemente denominata mughetto) in pazienti con difficoltà di deglutizione è quasi sempre correlata con candidosi dell'esofago (evenienza che costituisce diagnosi di AIDS) (22). La candidosi esofagea può tuttavia presentarsi anche in assenza di una localizzazione orale.

Anche la nausea ed il vomito sono evenienze frequenti negli stadi avanzati dell'infezione. Questi sintomi possono essere dovuti a patologie gastrointestinali, del fegato e delle vie biliari (nel qual caso può essere accompagnata da ittero) o ad affezioni del sistema nervoso centrale. Anche numerosi farmaci possono provocare sia la nausea che il vomito (aciclovir, amfotericina B, azitromicina, claritromicina, cotrimoxazolo, fluconazolo, ketoconazolo, metronidazolo, foscarnet, ganciclovir, pentamidina, D4T, AZT).

Che cosa chiedere

In una persona che riferisce difficoltà alla deglutizione è utile sapere se vi sono segni particolari quali la presenza di un mughetto in bocca o la febbre, ed il tempo di insorgenza del sintomo. Per la nausea ed il vomito oltre alle cose già dette è importante sapere anche se vi è l'assunzione di farmaci che li possono provocare.

In ogni caso chiedere al paziente da quanto tempo sa di essere sieropositivo può costituire una indicazione che orienta sul possibile quadro patologico.

Che cosa fare

Consigliare al paziente di rivolgersi all'assistente sanitaria, all'infermiere o al medico, soprattutto se la situazione dura da tempo e vi sono altri sintomi di accompagnamento, per chiarire meglio le cause ed inviare al medico per l'eventuale terapia.

In caso di mughetto, come regola generale, è utile consigliare di evitare sia cibi troppo freddi che troppo caldi; inoltre è preferibile assumere cibi morbidi come le uova, i gelati, i budini, i formaggi morbidi, la carne tritata e la frutta cotta. Meglio evitare le spezie ed i cibi acidi come gli agrumi ed il loro succo.

In caso di nausea la persona non si deve sforzare a mangiare: mangerà di più quando si sentirà meglio; preferibile comunque assumere cibi salati ed evitare quelli dolci, iniziare il pasto con cibi freddi, fare pasti piccoli e frequenti con cibi leggeri e facilmente digeribili.

In caso di vomito, è opportuno consigliare di ripristinare la perdita di liquidi e sali con acqua, succhi di frutta ed altri alimenti ricchi di potassio. Non bisogna sdraiarsi subito dopo pranzo. (Fig. 5)

6. Diarrea

Viene definita diarrea l'emissione di feci con consistenza diminuita e con più di tre scariche al giorno. Si parla di diarrea cronica quando dura, in maniera continua o episodica, per almeno un mese. La diarrea rappresenta un'evenienza molto frequente durante l'infezione da HIV ed in particolare l'incidenza della forma cronica varia, a seconda delle casistiche, dal 30 all'80% dei casi (23,24).

La diarrea può presentarsi come evenienza isolata o più spesso accompagnata a sintomi quali i dolori intestinali, febbre, dolori addominali e talvolta sangue.

La diarrea può essere causata da alcuni germi quali il Criptosporidio, le Salmonelle, il Micobacterium Avium e le shigelle, da virus (CMV, enterovirus) compreso l'HIV, da antibiotici, alcuni dei quali (clindamicina, ampicillina e le cefalosporine) favoriscono l'isorgenza lo sviluppo intestinale di un germe particolare (Clostridium Difficile) che provoca una diarrea acuta molto imponente (25). Altri farmaci che possono dare diarrea sono: ddl, aciclovir, amfotericina B, fluconazolo.

Infine anche i linfomi ed il sarcoma di Kaposi possono manifestarsi con diarrea.

La situazione che più interessa tenere sotto controllo è la diarrea cronica in quanto spesso si associa ad importanti perdite di liquidi con conseguente disidratazione ed a diminuzione dell'assorbimento di sostanze nutritive con malassorbimento e perdita di peso.

I segni di disidratazione consistono nella presenza di irritabilità, cute secca al tatto con retrazione lenta della lica della pelle provocata con il pizzicamento, occhi infossati, mucosa della bocca e lingua secche, diminuzione della quantità di urine che diventano anche più scure, capogiro quando si è in piedi e senso di confusione (26). Inoltre, è importante fare attenzione al numero delle scariche al giorno ed al tipo di feci (acquose, con muco o sangue).

Che cosa chiedere

Se una persona sieropositiva riferisce problemi di diarrea è utile sapere quante sono le scariche giornaliere, da quanto tempo è presente, come sono le feci, se ha assunto antibiotici o sta assumendo qualche farmaco particolare per l'infezione da HIV se è calato di peso. Altrettanto importante è osservare se vi sono segni di disidratazione perché, la loro presenza, è indice di gravità della situazione e se vi sono altri sintomi di accompagnamento.

Che cosa fare

Bisogna consigliare al paziente di rivolgersi prontamente al personale infermieristico e medico. Infatti i sintomi, anche gravi, che si possono presentare il corso di diarrea, specie se accompagnata da segni di disidratazione, devono essere sottoposti

all'attenzione del medico non appena possibile. La quantificazione della loro entità e l'instaurazione di idonee misure terapeutiche possono sollevare in modo abbastanza pronto le condizioni della persona con infezione da HIV.

In questi casi, è fondamentale raccomandare di rimpiazzare i liquidi persi aumentandone l'assunzione (evitando tutte le bevande che contengono caffeina, perché accentua la diarrea). Inoltre, consigliare di evitare latte e prodotti lattici, caffè, alcool, spezie e grassi in eccesso; meglio bere liquidi a temperatura ambiente, meglio evitare la frutta fresca e i succhi acidi tranne le banane, le albicocche e le pesche (alimenti ricchi di potassio). Consigliare di fare pasti piccoli e frequenti. Se c'è dolore crampiforme evitare le bevande gassate dolci.

Importante controllare il peso paragonandolo a quello di una settimana prima.

Alla persona con diarrea, deve essere detto che è importante osservare l'aspetto delle feci ed altri eventuali sintomi (quali la debolezza, le vertigini, il calo ponderale) per poi riferirli con tempestività al medico. (Fig. 6)

7. Ittero

Viene definito ittero la colorazione gialla della parte bianca dell'occhio (sclera), della pelle e delle mucose. Tale evento si verifica quando la bilirubina (sostanza prodotta dal fegato), per motivi diversi, anziché venire smaltita con la bile all'interno dell'intestino, si accumula nel sangue e si deposita conseguentemente subito al di sotto della cute e delle mucose.

L'ittero è quindi segno di infiammazione del fegato.

Nonostante la varietà delle situazioni che possono interessare il fegato, l'ittero non è un evento molto frequente se rapportato unicamente all'infezione da HIV.

Diventa però molto importante se si considera che, nel nostro paese, la maggior parte delle persone con infezione da HIV hanno, o hanno avuto, problemi di tossicodipendenza. Infatti la patologia epatica, soprattutto di tipo virale è molto diffusa tra i tossicodipendenti.

L'ittero, può essere quindi in relazione a malattie del fegato conseguenti all'azione di virus (virus dell'epatite B, dell'epatite C, il Citomegalovirus), germi (quali il criptosporidio, MAC, Micobatterio della tubercolosi), funghi quali la Candida, ma anche alcuni tumori quali i linfomi ed il Sarcoma di Kaposi. Infine, anche alcuni farmaci (AZT, ketoconazolo, co-trimoxazolo, isoniazide, rifampicina, pirazinamide) possono alterare le funzioni del fegato e conseguentemente causare ittero.

I sintomi che spesso possono accompagnare l'ittero sono la stanchezza anche importante e la febbre. Inoltre la comparsa dell'ittero si associa alla presenza di colorazione scura delle urine (marsala o coca cola) e chiara delle feci. Questi segni sono

dovuti alla diversa quantità di bilirubina presente in questi materiali. L'ittero può presentarsi in maniera acuta o, in maniera modesta, essere presente da tempo. In quest'ultimo caso esso è sintomo di una malattia che interessa il fegato in maniera cronica e l'aumento della sua intensità può testimoniare un aggravamento del quadro.

Infine, l'interessamento epatico da cause diverse da quelle virali, avviene generalmente quando le difese immunitarie sono pesantemente compromesse; pertanto tale evento può essere indicativo della durata della sieropositività.

Che cosa chiedere

Se si nota la presenza di colorazione gialla delle sclere o della cute in una persona è importante chiedere da quanto tempo ha questo tipo di problema, se ha febbre, stanchezza e colorazione scura delle urine e chiara delle feci. Inoltre, è opportuno chiedere alla persona se sta assumendo o ha assunto di recente farmaci.

Inoltre, poiché le epatiti virali da HBV e HCV si trasmettono allo stesso modo dell'HIV (cioè con lo scambio di siringa e con i rapporti sessuali non protetti), è utile chiedere se vi sono stati negli ultimi mesi rapporti sessuali non protetti o scambi di siringa.

Infine, sapere anche la durata della sieropositività, può essere un elemento importante che indirizza sulla possibile causa dell'ittero.

Che cosa fare

In caso di ittero, deve essere consigliata l'immediata consultazione di un medico. Infatti la comparsa di ittero indica una infiammazione acuta del fegato che può avere conseguenze anche gravi e che deve essere comunque attentamente valutata non appena possibile. Se la persona riferisce di aver assunto farmaci si deve consigliare la loro sospensione cautelativa.

Inoltre l'assunzione di una dieta ipercalorica con un'importante contributo proteico ed il riposo possono essere utili nel favorire la ripresa della funzionalità epatica. (Fig. 7)

8. Aumento dei linfonodi

Un aumento non specifico e generalizzato è un riscontro comune durante tutto il decorso dell'infezione da HIV. Un interessamento generalizzato (linfadenopatia) e persistente dei linfonodi (definito come un aumento inspiegabile, di più di un centimetro di diametro, di linfonodi palpabili in due o più sedi extrainguinali, per più di tre mesi) può essere attribuito all'effetto diretto dell'HIV e tende a diminuire nel corso dell'infezione (27). L'interessamento dei linfonodi da parte di infezioni

opportunistiche aumenta con il progredire dell'infezione. I germi più comunemente coinvolti in questo sono i micobatteri (ed in particolare quello della tubercolosi), il criptococco, il toxoplasma e l'istolasma. Inoltre si può assistere ad interessamento linfonodale anche in corso di neoplasie quali i linfomi ed il sarcoma di Kaposi. In questo caso si assiste però ad un aumento dei linfonodi di un particolare distretto del corpo.

Un aumento non generalizzato dei linfonodi è causato anche da fattori locali quali traumi, flebiti, causate da assunzione di sostanze per via endovenosa, processi infiammatori di varia origine (ascessi, infezioni del cavo orale, delle vie urinarie, genitali). I linfonodi interessati all'aumento di dimensioni saranno pertanto quelli più vicini alla zona interessata dall'evento patologico.

I linfonodi ingrossati possono essere accompagnati o meno da dolore, essere lisci oppure di superficie irregolare, più o meno mobili rispetto ai tessuti circostanti; la pelle al di sopra di loro può essere arrossata oppure no, la loro consistenza essere più o meno aumentata.

Tutto ciò dipende dalla causa responsabile dell'aumento di dimensioni.

Generalmente la cute arrossata ed il dolore si accompagnano più frequentemente ad un processo di tipo infettivo, mentre la superficie irregolare, l'aumento di consistenza e l'adesione ai piani circostanti ad una neoplasia.

Che cosa chiedere

Alla persona che riferisce un aumento delle "ghiandole" va chiesto da quanto tempo presenta tale problema, se l'aumento riguarda tutti i linfonodi palpabili oppure se è limitato ad una particolare zona del corpo, se hanno particolari caratteristiche (dolore alla palpazione, aumento della consistenza, cute arrossata, adesi ai piani circostanti), se si sono verificati motivi che spiegano il loro aumento e infine se vi sono sintomi di accompagnamento (mal di gola, tosse, bruciori urinari ecc.).

Infine può essere importante sapere la durata dell'eventuale sieropositività.

Che cosa fare

Un aumento dei linfonodi, soprattutto se improvviso, va sempre valutato dal personale sanitario. E' importante quindi fare in modo che la persona sieropositiva si rivolga ad una struttura sanitaria.

Va raccomandato inoltre di non toccare in continuazione un linfonodo ingrossato perché la stimolazione manuale costituisce una causa della persistenza dell'ingrossamento stesso.

Se un linfonodo è molto ingrossato e presenta segni di infiammazione è opportuno consigliare che venga protetto con una garza sia per evitare che subisca traumi, che per contenere eventuale fuoriuscita di materiale infetto. (fig. 8)

9. Disturbi visivi

La diminuzione della capacità visiva è una evenienza comune nelle persone con infezione da HIV specialmente negli stadi avanzati della malattia.

L'occhio è uno degli organi bersaglio più colpiti dalle infezioni opportunistiche. La più drammatica di queste evenienze è rappresentata dalla retinite da Citomegalovirus. Questo tipo di infezione colpisce la retina, la parte dell'occhio specializzata nel raccogliere gli stimoli luminosi e di trasmetterli al cervello, con conseguente perdita della capacità di vedere in una parte del nostro campo visivo. Tale alterazione è solitamente progressiva e può portare alla completa cecità. Il paziente si accorge di questo fatto perché in maniera abbastanza rapida vede una macchia scura più o meno sfumata che occupa una parte del suo campo visivo. Tale interessamento è di solito inizialmente monolaterale.

Possono inoltre dare deficit del campo visivo anche tumori o masse localizzati a livello cerebrale, che comprimono le vie nervose. In questo caso quindi il deficit del campo visivo non riguarda l'occhio, ma è sintomo di un problema cerebrale.

Altre infezioni opportunistiche che interessano l'occhio sono rappresentate dalla corioidite da criptococco, cheratite da herpes virus e da endoftalmite da batteri e micobatteri. In questi casi, la persona riferisce disturbi rappresentati da una vista offuscata o da diminuita capacità di vedere bene (diminuzione dell'acuità visiva).

Che cosa chiedere

Non appena una persona con infezione da HIV riferisce un qualche disturbo della vista, è importante stabilire di che genere di disturbo si tratti. Se la persona cioè semplicemente "ci vede male" con minor precisione o se invece nota la scomparsa di una parte del campo visivo. Inoltre, è importante chiedere se il disturbo ha avuto una insorgenza brusca o graduale e se vi sono sintomi che lo accompagnano quali un senso di bruciore, di sabbia nell'occhio o un' importante lacrimazione e la produzione di muco (tutti segni questi che indicano una infiammazione della parte più esterna dell'occhio: la congiuntiva).

E' importante infine conoscere la durata della sieropositività poiché le infezioni opportunistiche più gravi riguardanti l'occhio (esempio la retinite da CMV) sono correlati ad un importante calo delle difese immunitarie, come si verifica negli stadi avanzati dell'infezione.

Che cosa fare

La comparsa di un qualsiasi disturbo visivo rende sempre necessario sentire il parere di un medico, specialmente se si tratta di disturbi del campo visivo.

Si possono inoltre fornire alcune indicazioni generali di comportamento.

Se i sintomi a carico dell'occhio comprendono la lacrimazione, la sensazione di sabbia, l'arrossamento e la produzione di secrezioni, è opportuno proteggere l'occhio con una benda pulita possibilmente sterile. Sempre in questo caso e soprattutto in caso di secrezioni, può essere utile tenere pulito l'occhio lavandolo con acqua tiepida precedentemente bollita o con camomilla partendo dall'angolo interno dell'occhio per finire sull'angolo esterno. Usare una garza per singolo occhio. (Fig. 9)

10. Cefalea

Anche la cefalea è un sintomo che si riscontra spesso nel corso dell'infezione da HIV. Essa può essere imputata a fattori non strettamente dipendenti dall'infezione di base quali: sinusite, anemia, ipertensione arteriosa, problemi dentari. Anche alcuni farmaci possono dare cefalea: AZT, indometacina, co-trimoxazolo.

L'HIV di per sé, può essere causa di mal di testa, in relazione all'interessamento meningeo, sia al momento della sieroconversione che nel corso dell'infezione.

Infatti negli stadi avanzati di quest'ultima come cause di cefalea prevalgono interessamenti del sistema nervoso centrale da microorganismi quali: il criptococco, il toxoplasma, il CMV, il micobatterio della tubercolosi, il treponema della sifilide e il virus della leucoencefalite multifocale progressiva. Anche alcune neoplasie quali i linfomi possono manifestarsi con cefalea.

La cefalea quindi è un sintomo che va sempre considerato con attenzione specialmente se a brusca insorgenza e se accompagnata a sintomi generali quali confusione, deficit cognitivi, febbre, dolore con i movimenti del capo o a sintomi focali quali paresi, movimenti scoordinati, difficoltà nel linguaggio.

Che cosa chiedere

Quando un paziente riferisce la comparsa di cefalea è utile sapere se essa è di recente insorgenza, se è accompagnata da qualche disturbo sia di carattere generale che particolare (specialmente se vi è difficoltà a compiere certi movimenti o difficoltà nel parlare). Anche la risposta all'assunzione di analgesici costituisce un elemento di valutazione, in quanto se è un sintomo di una malattia del sistema nervoso centrale, la cefalea si giova difficilmente dell'uso di tali sostanze.

Inoltre, è importante chiedere se vi sono cause palesi che possano spiegare tale sintomo (sinusiti, patologia dentaria, traumi, assunzione di farmaci). Infine, è utile conoscere la durata della sieropositività.

Che cosa fare

Consigliare il contatto immediato con il medico è la prima ed unica cosa da fare specialmente se l'insorgenza della cefalea è stata brusca ed è accompagnata da sintomi. (Fig.10)

11. Disturbi neurocognitivi e della coscienza

La comparsa di disturbi neurocognitivi, quali una certa perdita della capacità di concentrazione e della memoria, sono presenti anche negli stadi molto precoci dell'infezione da HIV e sono attribuibili all'azione dello stesso virus. Essi non sono sempre evidenziabili proprio perché hanno un andamento molto lento anche se progressivo.

Talvolta questi disturbi assumono un andamento rapidamente ingravescente fino ad arrivare ad un quadro di demenza vera e propria denominato AIDS Dementia Complex. I sintomi iniziali di tale quadro sono caratterizzati da importante perdita della memoria, severa incapacità di concentrazione e possono essere accompagnati da calo dell'equilibrio, difficoltà di deambulazione e a riflessi patologici. (28) I pazienti spesso manifestano apatia, cambiamenti dell'umore ed atteggiamenti di chiusura sociale. Quando moderata, tale situazione può essere erroneamente interpretata come sintomo di depressione o ansietà. L'AIDS dementia tipicamente fa seguito ad un periodo di deterioramento generale che ha un andamento molto veloce.

Che cosa chiedere

Quando una persona riferisce di notare una perdita della capacità di concentrazione e di memoria, è molto importante sapere se tale fatto è presente da tanto tempo, o se è di recente insorgenza ed inoltre se il paziente ha notato una rapida progressione nella perdita di queste capacità. Bisogna prestare molta attenzione ai cambiamenti di umore, alla presenza di ritardi psicomotori, di un falsato rapporto con la realtà e alla sensazione di apatia e crescente stato di abbandono nei confronti della vita.

Che cosa fare

Convincete il paziente a rivolgersi prontamente al medico per una attenta valutazione dei sintomi.

Inoltre, trattate dolcemente la persona, ma con fermezza; abbiate cura di informarvi se la sua vita prosegue, per quanto possibile in modo normale e se le attività di base, come il mangiare ed il lavarsi, si svolgono in modo adeguato. (Fig. 11)

CONCLUSIONI

Questa breve carrellata sui quadri che si possono riscontrare durante il decorso dell'infezione da HIV in persone con dipendenza cronica da eroina, ha lo scopo di

fornire alcuni strumenti di base che possano essere utili all'operatore di prevenzione in strada.

Questa figura, infatti, risulta molto utile poiché entra precocemente in contatto con persone che, per svariati motivi, non sono ancora afferite a strutture di carattere sanitario e che possono essere colpite dall'infezione da HIV. Il riconoscimento precoce dei sintomi sentinella permette, con maggior probabilità di successo, di convincere la persona a rivolgersi prontamente al personale sanitario per una più attenta valutazione del quadro. Tale evenienza ha appunto maggiori garanzie di riuscita poiché sfrutta la capacità dell'operatore stesso di fungere da tramite tra il soggetto e la struttura.

La conoscenza che l'operatore acquisisce circa l'infezione da HIV deve necessariamente essere sintomo-orientata. Infatti, la sua funzione non è quella ovviamente di formulare una diagnosi sulle cause di un determinato sintomo, ma di essere in grado di cogliere l'insorgenza e l'importanza di determinati quadri in modo da convincere il paziente a rivolgersi al medico ed usufruire, in tal modo, delle cure necessarie.

Bibliografia

1. Tindall B. and Cooper D.A., *Primary HIV infection: host responses and intervention strategies*. AIDS 1991; 5: 1-14
2. Tindall B., Imrie A. et al., *Primary HIV infection in the medical management of AIDS* (third edition). WB Saunders Company. 1992
3. Masci JR., *Primary and Ambulatory care of the HIV infected Adult*. 1991; pag 120-41
4. Chebowski R. et al., *Dietary intake, nutritional status, and immunologic function in patients with HIV infection*. VI international conference on AIDS. S. Francisco, 1990; (abs)
5. Seaton T., Dworkin B., Wormser G., *Dietary intake in AIDS, AIDS-related complex and asymptomatic seropositive HIV patients*. VI international conference on AIDS. S. Francisco, 1990; (abs)
6. Gilin JS. et al., *Malabsorption and mucosal abnormalities of the small intestine in the acquired immunodeficiency syndrome*. Ann Intern Med 1985;102:619-22
7. Kotler DP. et al., *Enteropathy associated with the acquired immunodeficiency syndrome*. Ann Intern Med 1984;101:421-28
8. Editorials: *Nutrition and HIV*. Lancet, 1991; 338(8759):86-7
9. Goodman DS. et al., *Prevalence of cutaneous disease in patients with acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) or AIDS-related complex*. J Am Acad Dermatol, 1987;17 (2 part 1):210-20
10. Mathes BM., Douglas MC., *Seborrheic dermatitis in patients with acquired immunodeficiency syndrome*. J Am Acad Dermatol, 1985;13(6):947-51
11. Rico MJ., Penneys MS., *Cutaneous cryptococcosis resembling molluscum contagiosum in a patient with AIDS*. Arch Dermatol, 1985;121:901-2
12. Coulman CU., Greene I., Archibald RWR., *Cutaneous pneumocystosis*. Ann Intern Med, 1987;106:396-8
13. Berol U. et al., *Kaposi's sarcoma among persons with AIDS: asexually transmitted infection?* Lancet, 1990;335(8682):123-28
14. Phelan JA. et al., *Oral findings in patients with acquired immunodeficiency syndrome*. Oral Surg Oral Med Oral Pathol, 1987; 64(1):50-6
15. Murray JF., Mills J., *State of the art: pulmonary infection of human immunodeficiency virus infection*. Ann Rev Respir Dis, 1990;141:1356-72
16. Von Roenn J.H., *Management of HIV-related body weight loss*. Drugs 1994; 47 (5): 774-83
17. Palenicek J.C., He D. et al., *Weight loss as a predictor of survival after AIDS among HIV-infected gay men enrolled in the MACS*. In: abstracts of the Ninth International Conference on AIDS. Berlin, Germany, June 6-11, 1993; Abs n° WS - B34 - 1
18. La vita con l'AIDS, *Manuale di consigli per l'assistenza al malato*. A cura dell'ASA

- (Associazione Solidarietà AIDS), 1992
19. Teixidor H.S. et al., *Cytomegalovirus infection of the alimentary canal: radiologic findings with pathologic correlation*. Radiology 1987; 163 (2): 317-23
 20. Goodman P. et al., *Mycobacterial esophagitis in AIDS*. Gastrointest Radiol 1989;14 (2):103-5
 21. Rabeneck L. et al., *Acute HIV infection presenting with painful swallowing and esophageal ulcers*. JAMA 1990; 263 (17): 2318-22
 22. Porro G.B., Parente F. et al., *The diagnosis of esophageal candidiasis in patients with acquired immune deficiency syndrome: is endoscopy always necessary?* Am J Gastroenterol 1989; 84 (2): 143-6
 23. Gafà S., Gelli M.C. et al., *Diarrhea acute e croniche in pazienti con infezione da HIV. Studio clinico ed anatomopatologico*. GIAIDS 1993; 4 (4): 203-8
 24. Greeson J.K., Belitsos P.C. et al., *AIDS enteropathy: occult enteric infections and duodenal mucosal alterations in chronic diarrhea*. Ann Int Med 1991; 114: 366-72
 25. Bartlett J.G., *Clostridium difficile-associated diarrhea and colitis in patients with HIV infection*. ACC 1994; 6 (12): 99-102
 26. WHO, *Guidelines for the clinical management of HIV infection in adults*. Global Program on AIDS. December 1991
 27. Friedman H. et al., *Evolution of lymphadenopathy in HIV-1 seropositive homosexual men and involution among those who develop AIDS*. VI Int. Conference on AIDS, S. Francisco, June 21, 1990
 28. Price R.W. et al., *AIDS encephalopathy*. Neurol Clin 1986; 4 (1): 285-301

Tabella N. 1:
Caratteristiche cliniche dell'infezione primaria da HIV
(può comparire 10-20 giorni dopo l'avvenuto contagio)

Manifestazioni cliniche	
Generali	febbre faringite linfadenopatia cefalea/dolore retroorbitario artralgie/mialgie sonnolenza/malessere generale anoressia/dimagrimento
Neurologiche	meningite encefalite neuropatia periferica neurite brachiale mielopatia deficit neurocognitivi precoci
Dermatologiche	rash eritematoso maculopapulare rash simil-rosolia orticaria diffusa desquamazione ulcere mucocutanee
Gastrointestinali	candidosi orale/orofaringea nausea/vomito diarrea

Tabella N. 2:
Principali interventi in base allo stadio clinico dell'infezione

Stadio	Interventi Principali
1. Sieroconversione	Supporto psicologico Trattamento della Sindrome Acuta Comunicazione ai partner
2. Asintomatico a basso rischio	Sorveglianza clinica Supporto psicologico Trattamento della DCE Training per la modifica dei C.a.R.
3. Asintomatico ad alto Rischio (CD4+ < 500 cell/mm³)	Terapia anti-HIV Sorveglianza clinica Supporto psicologico
4. Sintomatico con I.O. minori (CD4+ < 200 cell/mm³)	Profilassi I.O. maggiori Terapia I.O. minori Sorveglianza clinica Supporto psicologico
5. Sintomatico con I.O. maggiori (diagnosi di AIDS)	Terapia I.O. maggiori Supporto psicologico
6. Con grave deficit di autonomia	Supporto sociale Supporto psicologico Assistenza Extraospedaliera Terapie mediche

Tabella N. 3:
Alcuni problemi particolari nelle persona HIV positiva con DCE

Problema	Conseguenza
Epatopatie e Pancreopatie	Difficili terapie anti HIV profilassi delle I.O. profilassi della TB
Uso cospicuo di sedativi	Difficoltà e ritardi nelle diagnosi delle patologie neurologiche
Grave patologia odontoiatrica	Foci infettivi, difficoltà nell'alimentazione
Uso di oppiacei	Riduzione del sintomo dolore e della tosse con conseguenti ritardi diagnostici
Prostituzione	Circa il 60% delle donne HIV+ con DCE accettano, per necessità economiche, rapporti non protetti
Gravidanza	Rischio di trasmissione materno-fetale

Tabella N. 4:
Segni e sintomi aspecifici di infezione da HIV

<i>Generali</i>	febbre dimagrimento linfadenopatia generalizzata
<i>Dermatologici</i>	dermatite seborroica cute secca/ittiosi infezioni da dermatofiti candidosi mollusco contagioso herpes zooster/simplex
<i>Oculari</i>	emorragie/essudati retinici xeroftalmia
<i>Orali</i>	ulcere cheilite angolare mughetto parotidite xerostomia leucoplachia villosa
<i>Cardiovascolari</i>	sfregamento pericardico ritmo di galoppo
<i>Addominali</i>	diarrea splenomegalia
<i>Muscoloscheletrici</i>	artralgie/artriti sindrome di Reiter
<i>Neurologici</i>	neuropatie periferiche deficit neurocognitivi difficoltà di concentrazione diminuzione della memoria a breve termine

Tabella N. 5:
Segni e sintomi clinici di progressione dell'infezione da HIV

Segni e sintomi clinici	
Sintomi generali	febbre perdita di peso diarrea non spiegabile
Lesioni orali	candidosi recidivante leucoplachia villosa
Lesioni dermatologiche	dermatite seborroica lesioni erpetiche micosi diffuse

Tabella N. 6:
Principali segni e sintomi riscontrabili, correlati con infezioni opportunistiche o tumori, nell'infezione da HIV

sintomo	interpretazione
<i>Generali</i> febbre perdita di peso	
<i>Cute, mucose</i> ulcere, vescicole pustole noduli eritemi desquamativi	herpes simplex, lue herpes simplex, infezioni disseminate da miceti o micobatteri sarcoma di Kaposi, linfoma, infezioni disseminate da miceti o micobatteri dermatite seborroica
<i>Occhio</i> diminuzione acuità visiva deficit del visus lesioni cutanee perioculari	retinite infettiva toxoplasmosi cerebrale, linfoma sarcoma di Kaposi
<i>Bocca</i> eritemi/pseudomembrane ulcere dolorose ulcere aftose periodontopatie formazioni bordi linguali noduli	candidosi herpes simplex infezioni batteriche infezioni batteriche leucoplachia villosa sarcoma di Kaposi, linfoma

sintomo	interpretazione
<i>Sistema linfatico</i> linfadenopatia generalizzata linfadenopatia localizzata splenomegalia	
<i>Apparato respiratorio</i> tosse persistente dispnea	polmonite da PCP o altre IO, TBC, sarcoma di Kaposi polmonite da PCP o altre IO, sarcoma di Kaposi
<i>Apparato gastrointestinale</i> disfagia/odinofagia diarrea epatomegalia ittero	esofagite infettiva, candidosi esofagea, sarcoma di Kaposi infezione da criptosporidium, altre IO epatiti virali, linfoma, sarcoma di Kaposi epatopatia da micobatteri o altre IO, colangite da CMV, cripto -sporidiosi
<i>Apparato cardiovascolare</i> soffi ritmo di galoppo sfregamenti	valulopatie, miocarditi endocarditi pericarditi
<i>Sistema nervoso</i> alterazioni neurocognitive deficit focali	AIDS dementia complex toxoplasmosi cerebrale, linfomi, localizzazioni da miceti, altre lesioni occupanti spazio, infarto cerebrale, leucoencefalite multifocale progressiva

Tabella N. 7:
Principali patologie internistiche nei tossicodipendenti

Infezioni batteriche	Flebiti Polmoniti da Streptococco pneumoniae Haemophilus influenzae Endocarditi Sepsi
Tubercolosi	Polmonare Extrapolmonare
Patologia Epatica	Epatiti infettive da HAV, HBV, HCV e HDV Epatopatia alcolica Cirrosi
Infezioni da Retrovirus	HIV HTLV I e II
M.T.S.	Sifilide Gonorrea Condilomatosi Infezioni da virus Erpetici Infezioni da Clamidia
Neoplasie	Fegato Polmoni

Tabella N. 8:
Complicanze mediche dell'infezione da HIV
e diagnosi differenziale con gli effetti dell'uso di droga

Sintomi	Diagnosi Differenziale	
	HIV e Pat. correlata	Uso di droga
<i>Costituzionali</i> anoressia perdita di peso febbre sudorazioni nott. diarrea	infezione da HIV M.A.C. CMV TBC	Uso di cocaina Inf. batteriche da iniezione Sindrome astinenziale
<i>Polmonari</i> dolori toracici tosse dispnea	Polmonite batterica PCP TBC	Uso di Cocaina/Crack Uso di tabacco Polmonite ab ingestis
<i>Neurologici</i> alt. stato mental psicosi deficit focali crisi convulsive neuropatia perif.	Infezione da HIV Toxoplasmosi Criptococcosi Infezione da CMV Infezione da HTLV I Leucoenc. M.P. Linfomi	Intossicazione acuta da eroina cocaina alcool o sedativi Encefalopatia cronica droga correlata Infezione piogenica SNC Trauma Polineuropatia alcolica
<i>Dermatologici</i> prurito rash porpora	Dermatite HIV-correlata Scabbia Trombocitopenia Allergia a farmaci	Prurito droga-correlato Epatite cronica Celluliti Trombocitopenia da alcool eroina Linfedema
<i>Altro</i> linfadenopatia Uremia	HIV-correlata	Infezioni localizzate Nefropatia da eroina

Tabella N. 9:
Cause di malnutrizione nell'infezione da HIV

Diminuita introduzione di cibo	
<i>Malattie del cavo orale e dell'esofago</i>	gengiviti carie destruenti stomatite aftosa candidosi orale o esofagea lesioni orali o esofagee da herpes virus o CMV linfoma o sarcoma di Kaposi oro/esofageo
<i>Quadri neurologi/psichiatrici</i>	infezioni del Sistema Nervoso Centrale leucoencefalite multifocale progressiva paralisi nervi cranici (compromessa deglutizione) AIDS Dementia Complex (ADC) depressione
<i>Anoressia</i>	malattie epatiche pancreatiti farmaci (amfotericina B, cotrimoxazolo, ganciclovir) HIV correlata da presenza di nutrienti non assorbiti nell'intestino
<i>Indisponibilità di cibo</i>	
Malassorbimento Intestinale	
<i>Malattie Intestinali</i>	da virus (CMV, enterovirus), batteri (Giardia, MAI), protozoi (Cryptosporidio) e candida spp. enteropatia da HIV
<i>Neoplasie</i>	linfomi non-Hodgkin, sarcoma di Kaposi
<i>Farmaci</i>	acicovir, amfotericina B, ddl, fluconazolo
Malattie Sistemiche	
<i>HIV Wasting Syndrome Infezioni opportunistiche Neoplasie HIV Correlate</i>	

Figura 1:
Algoritmo di comportamento per l'Operatore
in caso di paziente con FEBBRE

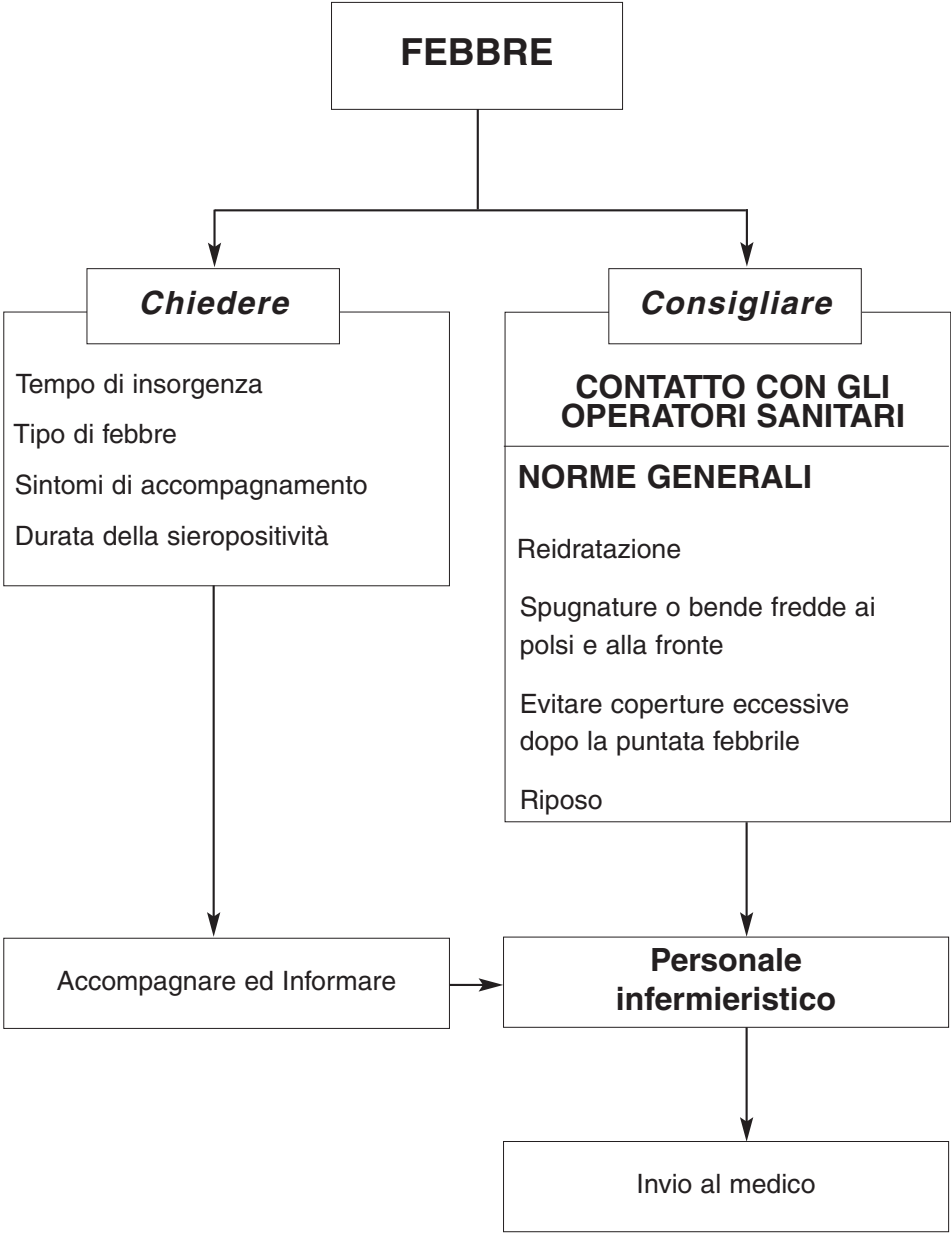


Figura 2:
Algoritmo di comportamento per l'Operatore
in caso di paziente con DOLORE

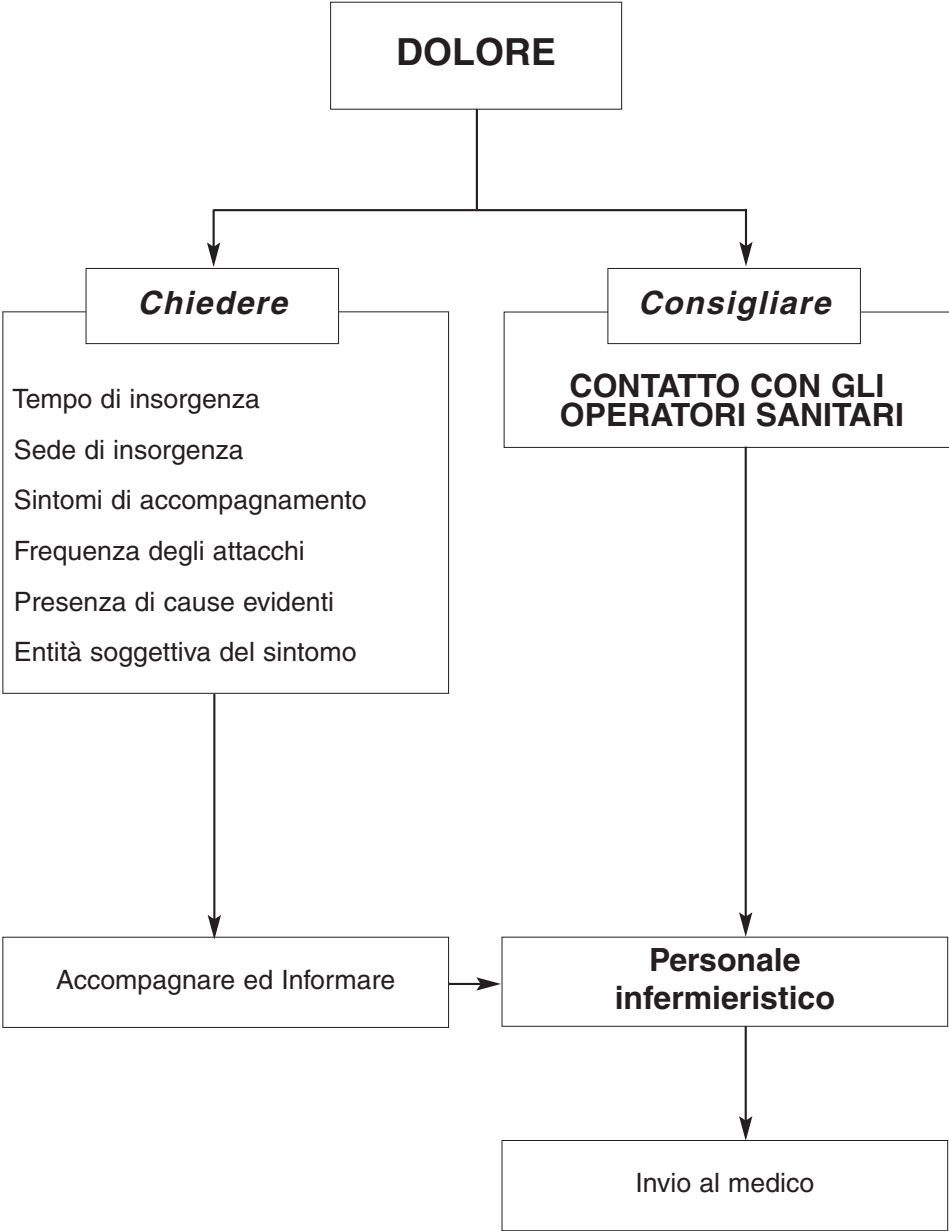


Figura 3:
Algoritmo di comportamento per l'Operatore
in caso di paziente con TOSSE

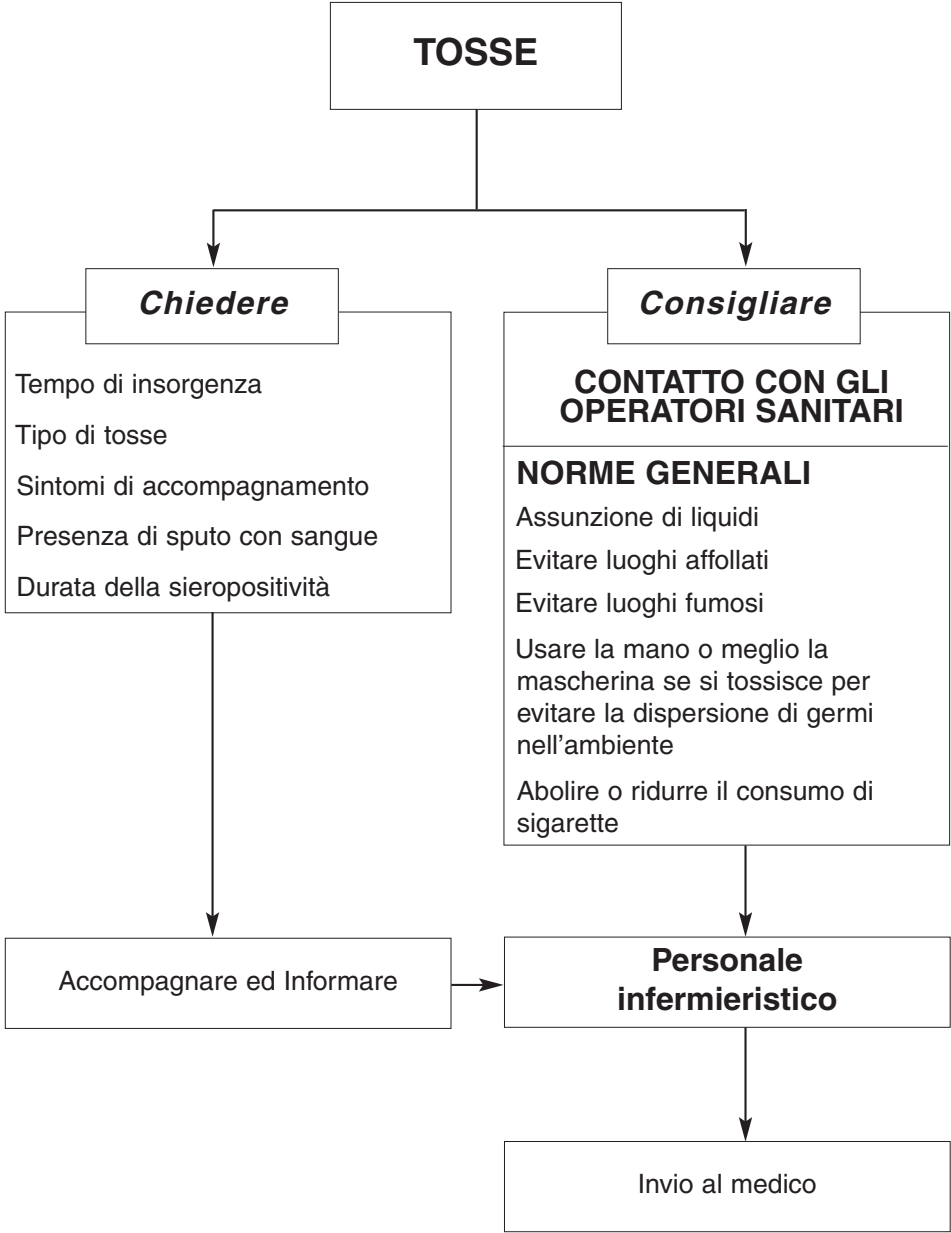


Figura 4:
Algoritmo di comportamento per l'Operatore
in caso di paziente con DIMAGRIMENTO

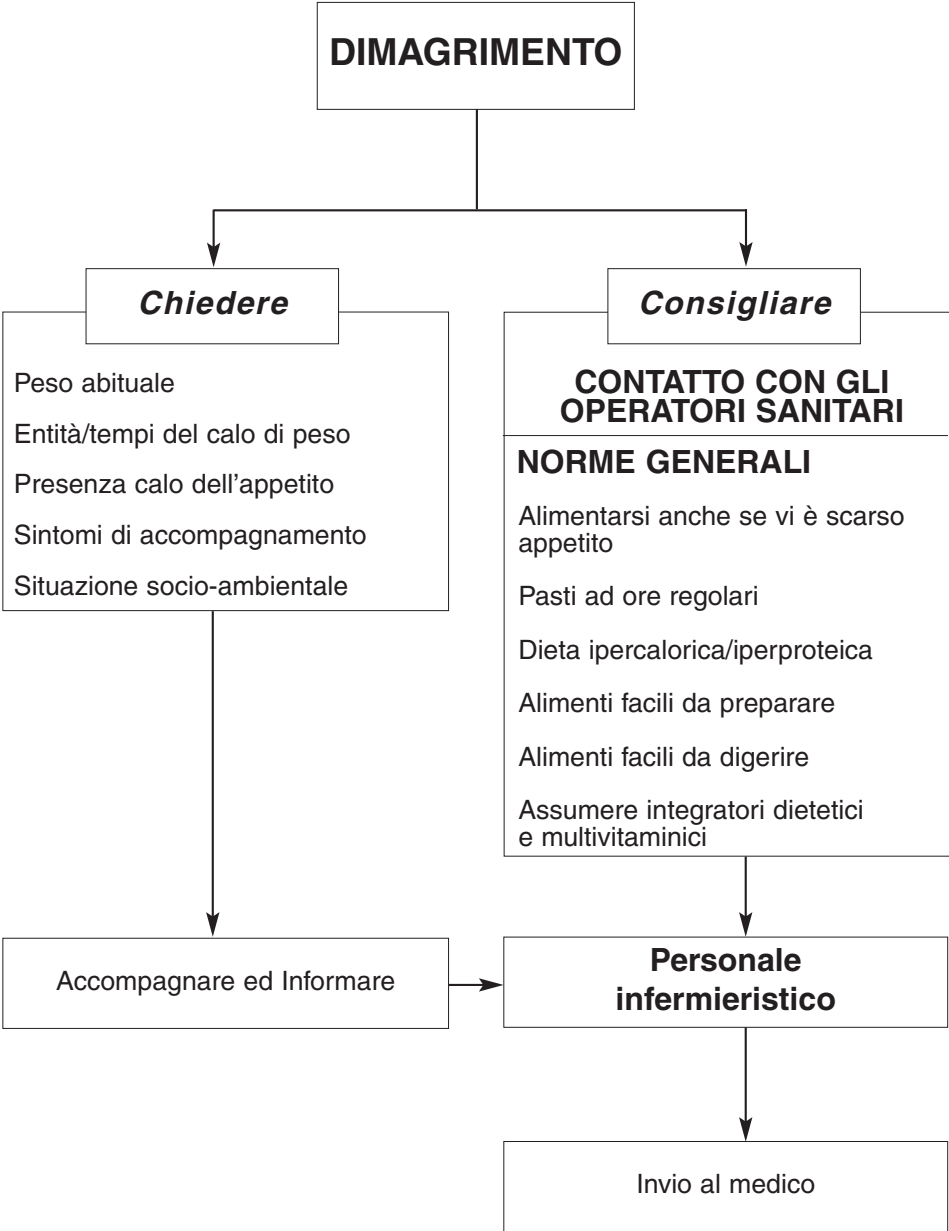


Figura 5:
Algoritmo di comportamento per l'Operatore in caso
di paziente con DISTURBI DIGESTIVI (nausea, vomito, disfagia)

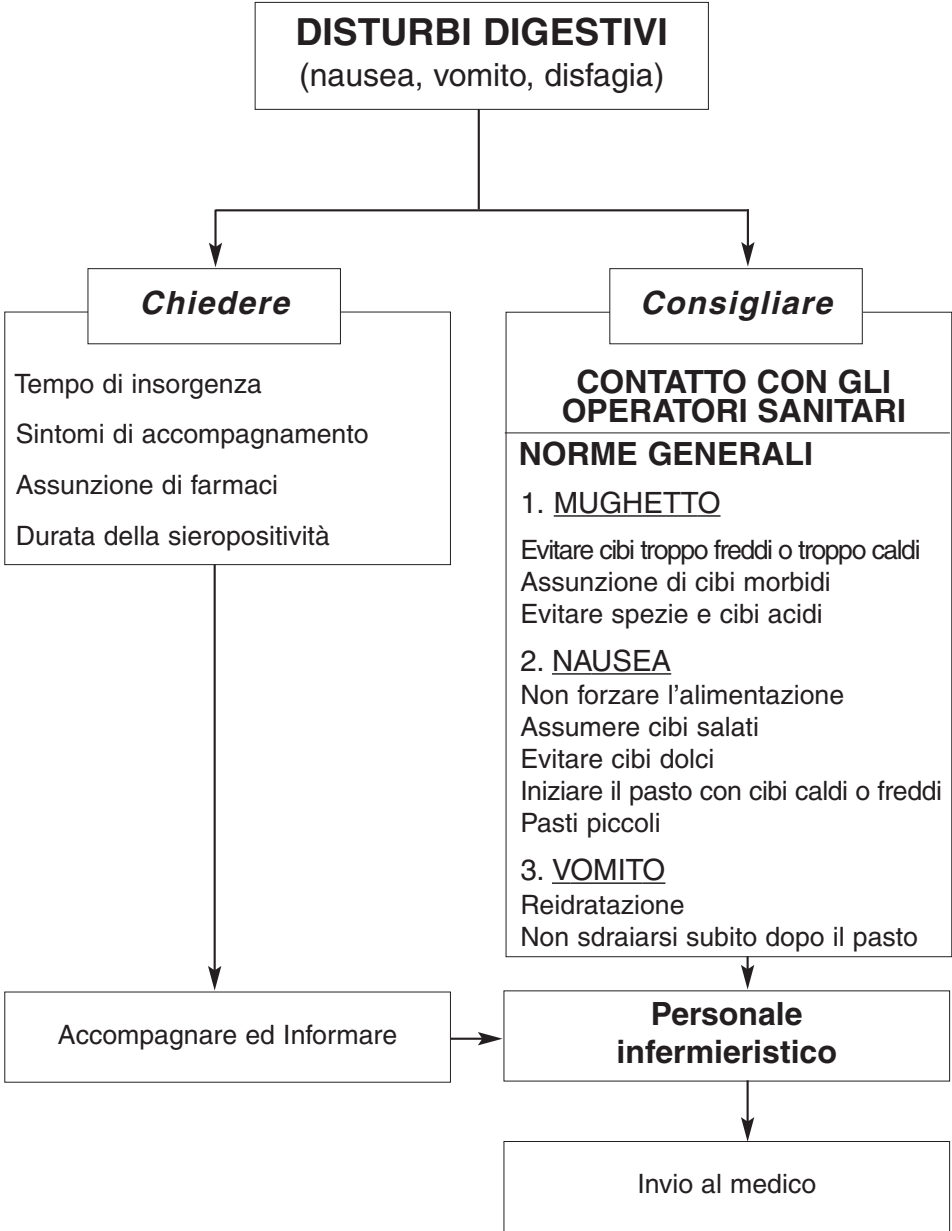


Figura 6:
Algoritmo di comportamento per l'Operatore
in caso di paziente con DIARREA

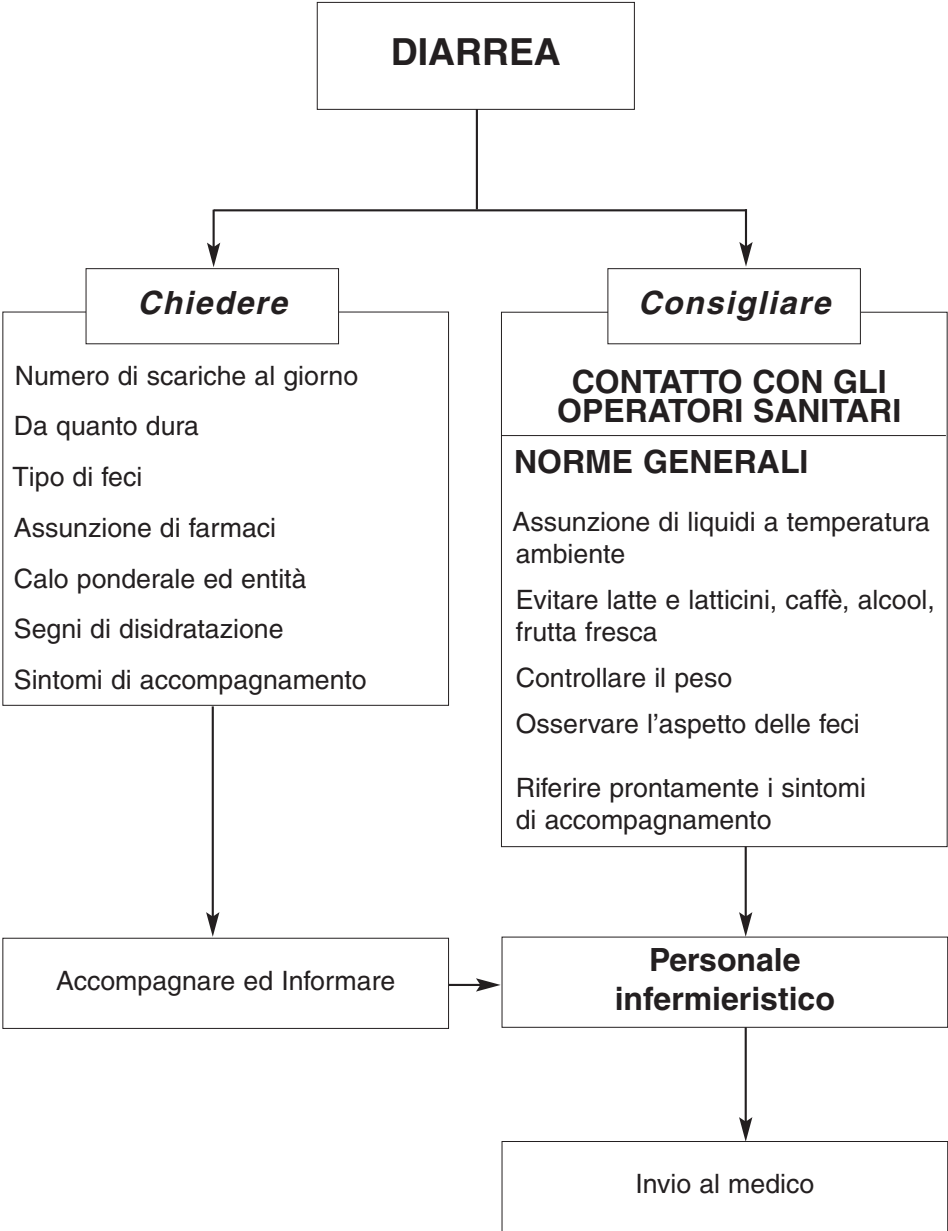


Figura 7:
Algoritmo di comportamento per l'Operatore
in caso di paziente con ITTERO

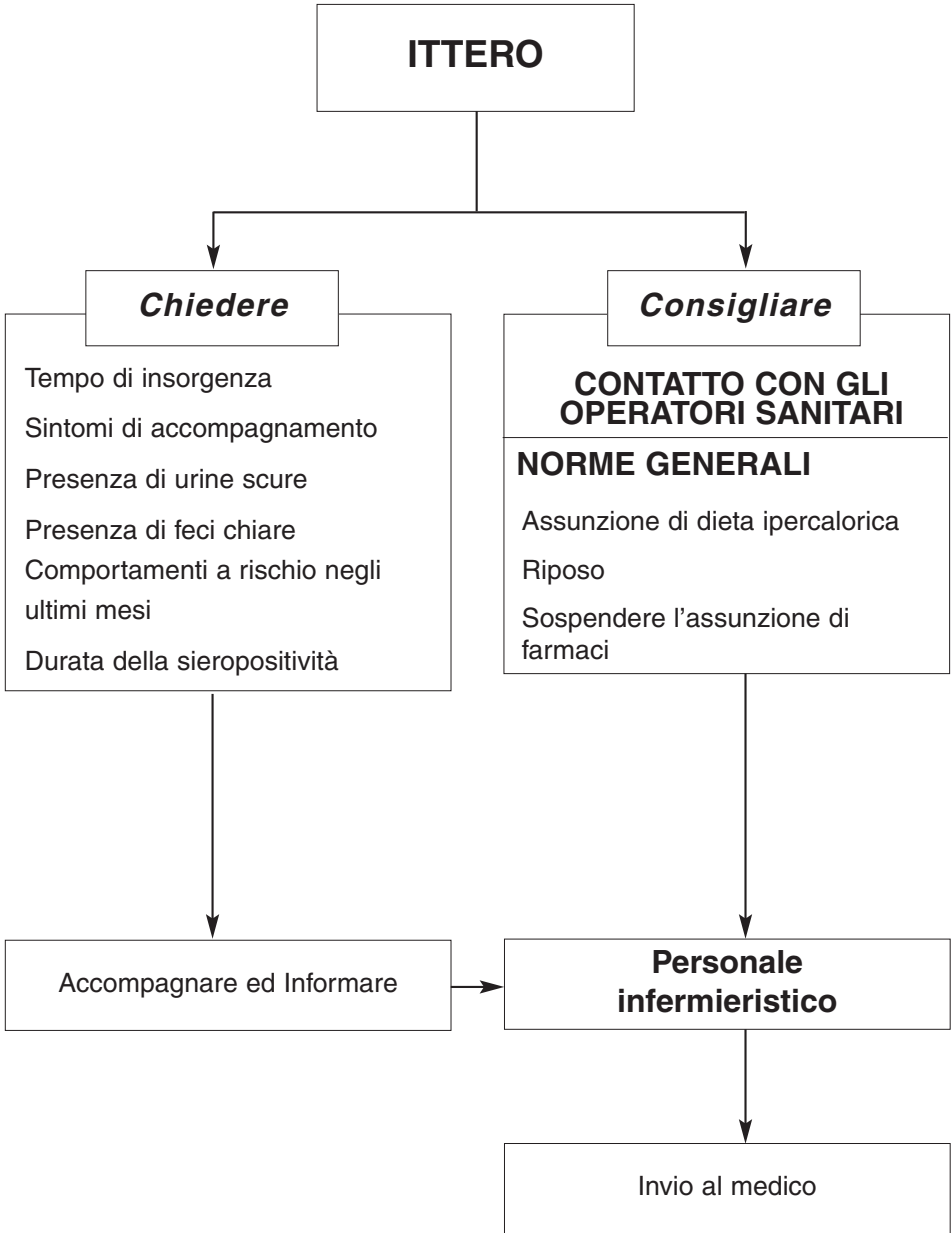


Figura 8:
Algoritmo di comportamento per l'Operatore in caso di paziente con LINFOADENOMEGALIA (aumento dei linfonodi)

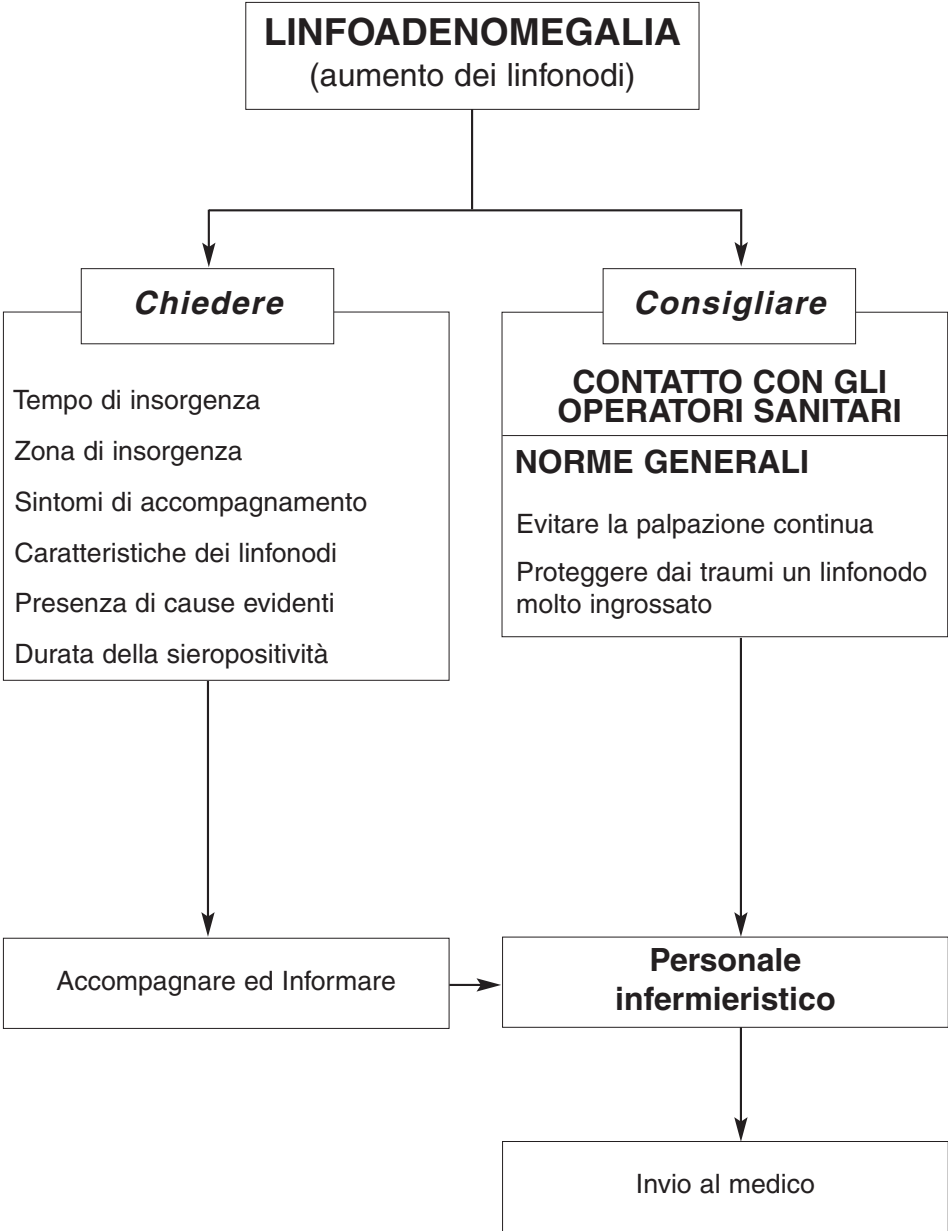


Figura 9:
Algoritmo di comportamento per l'Operatore
in caso di paziente con DISTURBI VISIVI

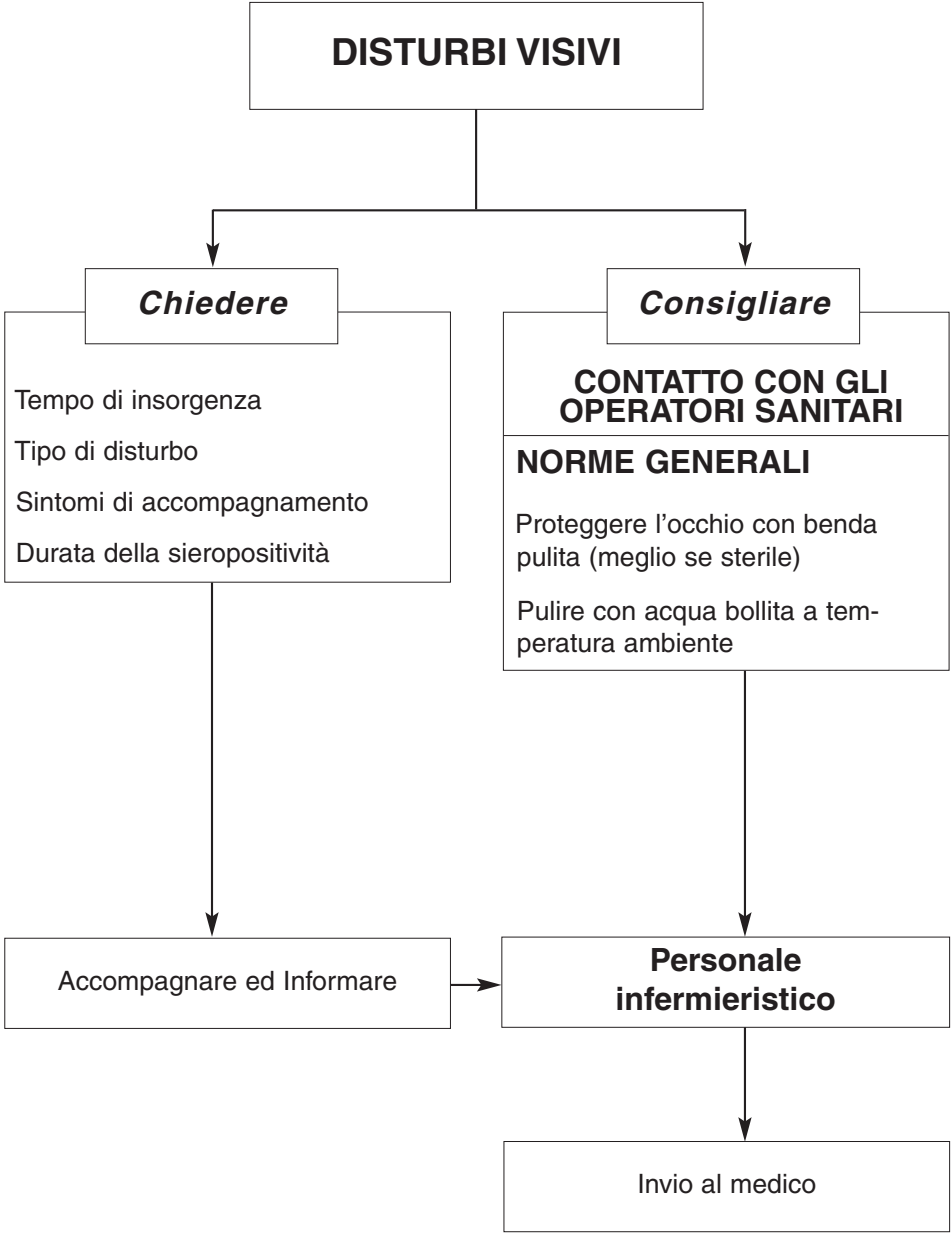


Figura 10:
Algoritmo di comportamento per l'Operatore
in caso di paziente con CEFALEA

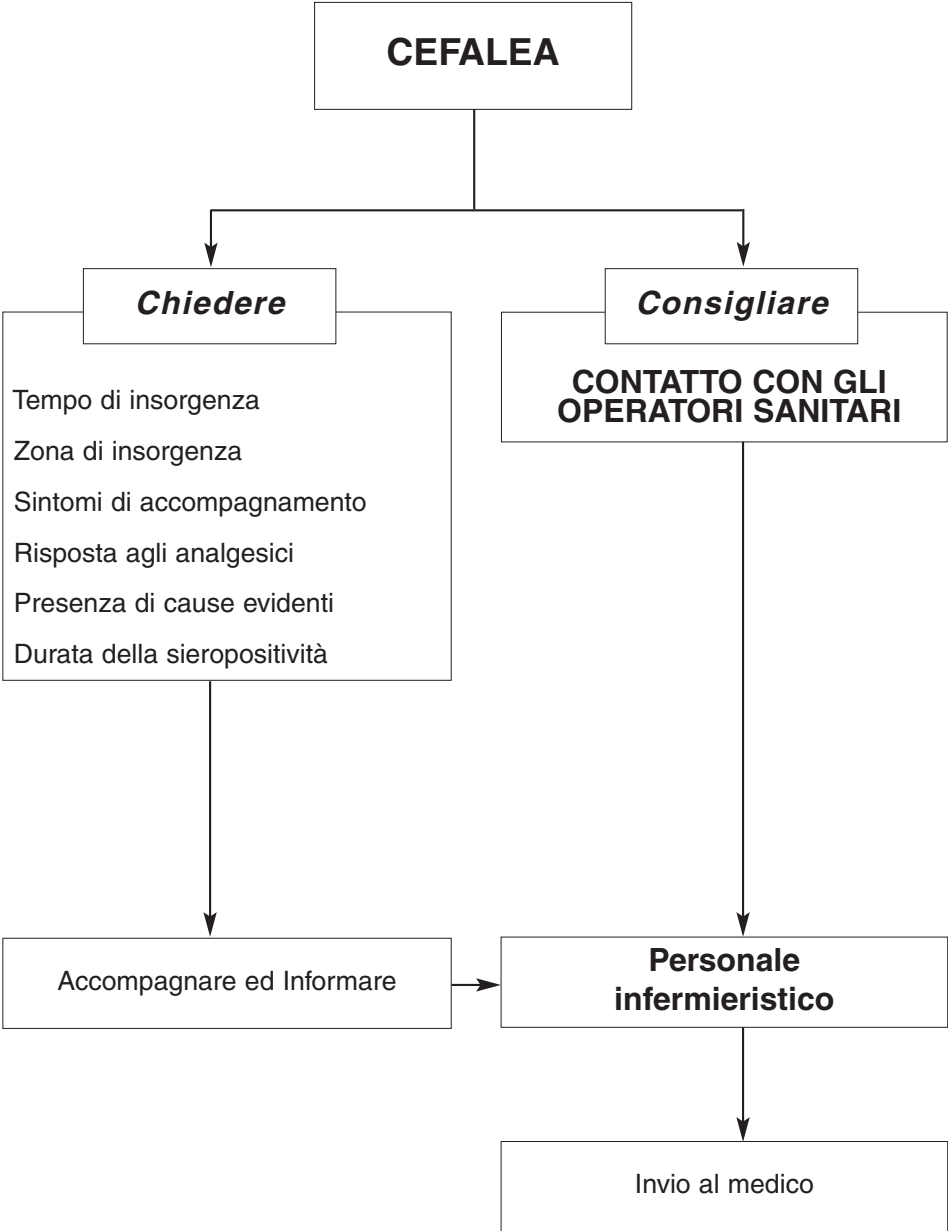


Figura 11:
Algoritmo di comportamento per l'Operatore in caso di
paziente con DISTURBI NEUROCOGNITIVI E DELLA COSCIENZA

