

ESPOSIZIONE OCCUPAZIONALE ALL'HIV IN AMBIENTE SANITARIO

Gerberding J.L.: *Occupational exposure to HIV in health care setting*, New England Journal of Medicine, 348: 826-33, 2003

L'infezione occupazionale da HIV ha preoccupato autorità ed operatori sanitari. Negli USA i CDC hanno riferito 57 casi di sieroconversione documentata dopo esposizione a rischio professionale accertato, mentre altri 138 casi segnalati sono controversi. Sempre da parte dei CDC si stima che ogni anno vi siano almeno 380.000 punture accidentali da aghi che nel 60% possono determinare un infossamento degli strati cutanei. Sono soprattutto gli operatori dei servizi di emergenza, degli ambulatori di pronto soccorso e più in generale dei reparti ospedalieri per acuti e per malattie infettive che dovrebbero adottare misure precauzionali ed essere attrezzati per l'immediato invio di campioni di sangue e fluidi nonché per la eventuale somministrazione di farmaci anti-virali.

Due sono gli approcci fondamentali:

1. Somministrare farmaci anti-retrovirali nei casi maggiormente a rischio in attesa di ricevere dal laboratorio e dalla indagine epidemiologica dati più sicuri.
2. Effettuare immediatamente accertamenti sui pazienti dai quali è stato effettuato il prelievo o si è praticata una medicazione a cielo aperto.

Chiaramente allorché un paziente il cui esame sierologico è ancora in corso presenta insieme a fattori di rischio accertati anche sintomatologie tipiche della forma primaria di infezione da HIV (febbre, faringite, rash, linfadenopatia, malessere, etc) il trattamento anti-retrovirale può essere iniziato. Oggi in realtà sono disponibili test sierologici "rapidi" (come il Single-Use Diagnostic System HIV-1 della Abbott-Murex che se negativo può rassicurare; attenzione però che sono possibili risposte false positive per cui è necessario sempre un test di conferma.

Il rischio reale di trasmissione è di circa lo 0,3% dopo una esposizione mentre scende allo 0,09% dopo una esposizione a mucosa infiammata. Si è rilevato come i rischi aumentino quando lo strumento dal quale si sospetta il contagio è pieno di sangue o proviene da una linea endovena o quando il paziente dal quale è stato effettuato il prelievo muore entro due mesi.

Non è valido il criterio di valutare il rischio tenendo conto della quantità di RNA virale presente nell'inoculo in quanto possono aversi contagi anche a basse dosi di RNA. Una fonte importante di contagio è rappresentato dagli aghi da sutura. Una forma di trasmissione è costituita anche dai morsi di pazienti agitati, anche se mancano riferimenti epidemiologici in materia e molto dipende dal carico virale delle mucose orali del paziente.

Esiste una finestra fra il contagio e lo sviluppo dell'infezione sistemica donde l'opportunità di un trattamento antivirale precoce sia per impedire l'infezione o per farla abortire. Sui modelli animali di trasmissione per puntura o esposizione a sangue infetto vi è stata incertezza iniziale circa l'efficacia del trattamento anti-virale precoce ma oggi tali dubbi sono superati. Anche perché uno studio retrospettivo dei CDC dimostra una efficacia dell'81% del trattamento anti-virale tempestivo. Trattasi però di studi non

randomizzati per motivi etici. Certo esiste una forma di randomizzazione involontaria che è rappresentata dal trattamento anti-virale alla fine della gravidanza ed al momento del parto e nessuno mette in dubbio l'efficacia di trattamenti anti-retrovirali ma nel caso degli operatori esposti professionalmente si tratta di considerare i rischi della terapia.

Trattasi soprattutto di effetti collaterali gastro-intestinali riferiti da almeno la metà degli operatori profilassati. In un terzo dei casi gli effetti sono tali da portare alla interruzione del trattamento.

Zivudina (AZT):	anemia, neutropenia, nausea, insonnia, cefalea;
Zivudina+Lamidurivina:	dolori addominali, rash, diarrea, pancreatite;
Lamiduvina+Staviduvina:	neuropatie periferiche, anoressia epatopatie;
Didanosina:	pancreatite, acidosi lattica, neuropatia, diarrea, nausea.

TRIPLETTA+

Indinavir:	nausea, nefrolitiasi, iperbilirubinemia indiretta, nausea, dolori addominali;
Nelfinavir:	diarrea, nausea, dolori addominali, astenia, rash;
Efavirenza:	rash (ivi inclusa la Sindrome di Stevenson-Johnson), insonnia, sonnolenza, capogiri, disturbi della concentrazione, sogni bizzarri;
Abacavir:	nausea, diarrea, anoressia, dolori addominali, astenia, cefalea, insonnia, reazioni di ipersensibilità.

In genere le reazioni non sono gravi, fatta salva la nefrolitiasi, le alterazioni dei movimenti oculari e la epatotossicità. La FDA cita 22 casi di gravi complicazioni. Quindi sul piatto della bilancia al rischio di contagio professionale va contrapposto quello degli effetti collaterali della chemio-profilassi.