



HIV – Ce trebuie să știți

un ghid clinic de bază

pentru cadre medicale nespécializate & studenți la medicină

Mulțumiri

JUSTRI este o organizație non-profit, cu sediul în Anglia, care are ca scop promovarea resurselor și a materialelor educaționale pentru cadrele medicale și a care lucrează cu pacienți cu infecție HIV, hepatite virale și tuberculoză.

justri.
www.justri.org

Activitatea noastră este prezentată pe site-ul: www.justri.org

Alte informații legate de infecția HIV sunt disponibile pe: www.aidsmap.com, www.natap.org; www.aidsmap.com; www.i-base.info și www.hiv-druginteractions.org

Scrisă și compilată de Dr. Mike Youle

Contribuții suplimentare din partea Dr Tristan Barber, Dr Sanjay Bhagani, Dr Fiona Burns, Abhishek Katiyar, Dr Tabitha Mahungu și Leonie Swaden.

Mulțumiri speciale lui Brent Nicholls

Imagine de copertă HIV in view, Shutterstock/ViiV

Design Geoff Sheridan, www.premonition.co.uk

Tradus de Dr. Cristiana Oprea

Contents

Sectiunea 1: Introducere	4
Cum sa utilizezi acest ghid	5
HIV si stigma	7
HIV in secolul 21	9
Sectiunea 2: HIV pentru nespécialisti in HIV	10
Notiuni de baza in HIV	11
Cele trei stadii ale infectiei HIV	12
Tratamentul infectiei HIV – un ghid simplu	16
Polipragmazia si interactiunile medicamentoase	23
Metode de monitorizare a infectiei HIV	31
Co-morbiditati in infectia HIV	32
Sectiunea 3: Nu rata un diagnostic de HIV	39
Necesitatea unui diagnostic mai eficient de HIV	40
Populatiile tinta pentru testarea HIV	42
Cum sa implementam testarea HIV	43
Apendix	46
Definitia conditiilor indicatoare de HIV si recomandari pentru testarea HIV	46
Afectiuni indicatoare in functie de specialitate	48

SECȚIUNEA 1

Introducere

Introducere

Bine ați venit la ghidul JUSTRI pentru profesioniști în domeniul sănătății (HCPs) și studenți la medicină, care oferă o prezentare simplă a ceea ce trebuie să știți în practica dumneavoastră clinică specifică atunci când vedeți o persoană cu infecție HIV.

În trecut, infecția HIV care evolua către sindromul de imunodeficiență dobândită (SIDA) și la deces, a provocat o morbiditate și mortalitate crescută, marea majoritate a persoanelor diagnosticate în anii 1980 și 1990 având o durată de viață de câțiva ani. Cu toate acestea, terapia antiretrovirală activă (ART), care controlează eficient infecția HIV, și alte progrese medicale au schimbat radical prognosticul bolii.

Speranța de viață pentru persoanele care trăiesc cu HIV (PLHIV) s-a îmbunătățit semnificativ și, în multe situații, se apropie de o durată normală. În prezent, accentul în ceea ce privește monitorizarea, tratamentul și îngrijirea s-a mutat în scopul adaptării la suprapunerea dintre afecțiunile asociate HIV și bolile datorate altor cauze. Mesajul de bază este că infecția HIV nu mai este atât de complexă și fatală, ci, în majoritatea cazurilor, relativ simplu de gestionat.

Scopul acestui ghid este de a oferi sfaturi practice pentru HCPs care tratează persoanele care trăiesc cu HIV pentru alte afecțiuni. Acesta a fost redactat cu

contribuția HCPs din domeniul HIV și din alte discipline, precum și a celor care trăiesc cu această infecție cronică.

Sperăm că acest ghid vă va ajuta să aveți o înțelegere mai clară a problemelor legate de infecția HIV și că, prin împărtășirea informațiilor cu colegii dumneavoastră de altă specialitate, calitatea îngrijirilor pentru persoanele care trăiesc cu HIV se va îmbunătăți în toate domeniile.

Cum să utilizați acest ghid

Ghidul este împărțit în trei secțiuni. După o primă parte introductivă care se referă la aspectele generale, a doua parte acoperă elementele de bază cu privire la infecția HIV și oferă informațiile necesare pentru orice persoană care examinează persoane care trăiesc cu HIV, dar care ar putea avea cunoștințe limitate despre clinica și tratamentul acestei infecții. Cea de-a treia parte subliniază necesitatea de a considera HIV ca fiind un diagnostic potențial pentru fiecare pacient și pune în discuție modul în care se poate facilita testarea și orientarea rapidă către serviciile specializate în HIV.

HIV este un domeniu recent și dinamic, în care informațiile sunt în continuă evoluție, astfel încât nu am făcut referire în text la rezultate științifice specifice. Cu toate acestea, există numeroase surse online care oferă o multitudine de informații despre progresele înregistrate în domeniu. Pe portalul nostru online de diapozitive, www.justride.com, există numeroase prezentări, cu acces gratuit, despre toate aspectele legate de HIV. Ca

în cazul tuturor informațiilor tipărite, vă rugăm să verificați dacă există actualizări ale ghidului, în special dacă citiți acest document după decembrie 2025; cea mai recentă versiune va fi întotdeauna disponibilă pe www.justri.org.

Așteptăm cu interes comentarii, corecturi și idei sau sugestii pentru includerea în edițiile viitoare; vă rugăm să le trimiteți la home@justri.org.

HIV și stigmatizarea

Încă de la începutul epidemiei de HIV/SIDA, persoanele care traiau cu HIV au fost puternic stigmatizate, în majoritatea comunităților, inițial de teama de contagiune și în mare parte din cauza celor care au fost primii afectați, cum ar fi bărbații homosexuali, consumatorii de droguri injectabile, imigranții și alte grupuri marginalizate.

Cu toate acestea, stigmatizarea a rămas crescută, chiar dacă este disponibil un tratament eficient și se știe că transmiterea este scăzută în rândul celor care se afla sub tratament antiretroviral. În presă a fost răspândit inițial un ton senzaționalist și moralist, în timp ce frica și dezgustul sunt încă promulgate de multe sectoare religioase și conservatoare din multe societăți. În mod excepțional, HIV rămâne și astăzi, după 30 de ani, o infecție foarte stigmatizată în multe țări și comunități. Aceasta nu este o afecțiune despre care să discuți cu ușurință în mod deschis și este foarte posibil să o ții ascunsă de familie, parteneri și chiar de profesioniștii din domeniul sănătății care nu se ocupă de HIV.

Positive Voices, un sondaj realizat în 2017 în rândul a 4.400 de persoane, reprezentând aproximativ 5% din totalul persoanelor care trăiesc cu HIV în Anglia și Țara Galilor, a arătat că experiența stigmatizării este încă în mod clar o realitate pentru multe persoane cu HIV, chiar și în cadrul serviciilor de sănătate din Marea Britanie. Unul din doisprezece (8 %) a simțit că a fost tratat diferit față de alți pacienți, iar unul din douăzeci (5 %) a simțit că i s-a refuzat asistența medicală sau că i s-a amânat un tratament sau o procedură medicală. Percepțiile de stigmatizare pot fi, de

asemenea, dăunătoare. Unul din șase (16 %) a declarat că s-a simțit îngrijorat că va fi tratat diferit față de alți pacienți din cauza HIV, în timp ce unul din zece (10 %) a evitat asistența medicală atunci când a avut nevoie de ea.

„La medicul de familie, gastroenterolog și în departamentul de endoscopie, HIV este gasit vinovat pentru orice, chiar dacă medicul specialist în HIV l-a exclus ca și cauză atunci când am avut alte probleme medicale”.

Multe dintre exemplele de discriminare trăite de participanții la sondaj relevă mai degrabă o înțelegere și o comunicare deficitară din partea personalului decât o discriminare intenționată sau cu rea voință.

„Când m-am dus pentru orice operație... de fiecare dată am fost plasat la capătul listei... pentru mine nu ar trebui să existe nicio diferență în ceea ce privește modul în care este curățată o sală de operație, indiferent dacă un pacient este seropozitiv, are hepatită C sau este un pacient perfect sănătos, fără infecții”.

Una din patru persoane cu infecție HIV intervievate a considerat că medicul de familie nu știa suficient despre condiția lor. Lipsa de expertiză este de înțeles într-un mediu în care sunt consultați

puțini pacienți cu HIV, dar majoritatea pacienților care iau medicamente pentru HIV ar trebui să se aștepte ca alte probleme de sănătate să fie gestionate în cadrul asistenței medicale primare sau să fie direcționați către un serviciu specializat corespunzător, în loc să fie atribuit în mod greșit, ca fiind cauza implicită infecția HIV.

„Medicul meu de familie mă întreabă dacă folosesc droguri ilegale, sau dacă am parteneri multipli etc., chiar și după ce i-am spus că am un prieten de 10 ani, că sunt monogamă și că nici măcar nu beau alcool”.

În fiecare an, încă sunt șocat, dar nu surprins, să descopăr pacienți care povestesc exemple clare de discriminare în îngrijirea lor clinică în ceea ce privește HIV, chiar și în propriul meu spital universitar. Acest lucru ne reamintește că toți profesioniștii din domeniul sănătății nu sunt imuni la stigmatizarea persoanelor, adesea în mod neintenționat, și că ar trebui să combatem cu totii această situație atunci când apare, prin informare și educație.

HIV în secolul 21

Acestea sunt câteva aspecte importante:

1. HIV este o infecție tratabilă pentru majoritatea persoanelor
2. O persoană cu o încărcătură virală HIV nedetectabilă (de obicei <50 copii/ml) nu poate transmite HIV pe cale sexuală (nedetectabil egal netransmisibil; N=N).
3. În Regatul Unit, 95% dintre persoanele diagnosticate cu HIV aflate sub tratament antiretroviral au o încărcătură virală nedetectabilă.
4. Riscul de transmitere ocupatională a HIV este extrem de scăzut.
5. În cazul în care sunteți expus la HIV la locul de muncă (de exemplu, printr-o intepatura cu un ac), trebuie să contactați imediat medicina muncii pentru a vedea dacă este indicată profilaxia post-expunere (PEP)
6. Pacienții cu HIV ar trebui să aibă exact același nivel de îngrijire și respect ca și cei care nu sunt infectați.
7. Gravidele cu HIV au un risc neglijabil de a transmite a HIV bebelușilor lor, dacă au suportul necesar și se respecta recomandările din ghiduri.
8. Nu presupuneți că toate afecțiunile medicale sunt legate de HIV. Persoanele aflate sub tratament pot să aibă și alte afecțiuni comune, așa că nu vă adresați în mod implicit unui specialist în HIV, ci luați în considerare, alături de contribuția echipei HIV și trimiterea către alte specialități medicale.
9. Discuțiile cu echipa HIV a pacienților (asistenta medicală, medic, farmacist, echipa multidisciplinară mai largă) pot fi utile, iar aceștia sunt de obicei ușor de contactat.
10. Interacțiunile medicamentoase între unele medicamente pentru HIV și alte medicamente reprezintă o problemă majoră, dar sunt simplu de evitat. Este foarte important să verificați înainte de a le prescrie toate medicamentele noi pe www.hiv-druginteractions.org

Pe site-urile British HIV Association (BHIVA), www.bhiva.org și European AIDS Clinical Society, www.eacsociety.org, pot fi accesate o gamă largă de ghiduri clinice și informații actualizate despre toate aspectele legate de tratamentul și îngrijirea HIV.

SECȚIUNEA 2

HIV pentru non-specialiști în domeniul HIV

Noțiuni de bază privind infecția HIV

HIV a pătruns pentru prima dată în rândul oamenilor în jurul anului 1920, în Africa Centrală, prin încrucișare de la anumite primatate. Există două virusuri distincte: HIV-1, care este responsabil pentru peste 95% dintre infecții, și HIV-2, descoperit inițial în Africa de Vest, care reprezintă un al doilea caz de încrucișare între specii și care pare a fi mai puțin patogen.

Epidemia de SIDA ca si boală clinică, caracterizată prin imunosupresie severă, infecții oportuniste și tumori, și care duce rapid la deces, a început la mijlocul anilor 1970. Primele cazuri clinice de pneumonie cu *Pneumocystis carinii* (PCP) și sarcom Kaposi (KS) au fost raportate în 1981, iar doi ani mai târziu a fost identificat HIV-1. La scurt timp după aceea au fost dezvoltate teste serologice pentru determinarea anticorpilor HIV, în timp ce măsurarea încărcăturii virale reale, cu ajutorul PCR HIV a devenit posibilă câțiva ani mai târziu.

Caracterul distinctiv pentru infecția HIV este limfopenia CD4+, iar măsurarea numărului de celule CD4 a rămas principala metodă de monitorizare până când, la mijlocul anilor 1990, testele de încărcătură virală au devenit disponibile.

Aceste două măsurători sunt în continuare instrumentele esențiale pentru a evalua infecțiozitatea și gravitatea bolii.

Cele trei stadii ale infecției HIV

1 Infecția acută HIV (seroconversie)

Manifestarea clinică de seroconversie apare, în general, în decurs de 2 până la 4 săptămâni după infecția cu HIV. În această perioadă, unele persoane prezintă simptome asemănătoare gripei, cum ar fi febră, cefalee și odinofagie, în timp ce altele sunt asimptomatice. Unii pot dezvolta și tumefacție ganglionară / sau o erupție cutanată; o mică proporție prezintă tulburări neurologice, care pot fi grave. În acest stadiu, viremia HIV din sânge este foarte crescută, ceea ce crește considerabil riscul de transmitere în continuare a HIV.



Erupție cutanată în seroconversie

2 Infecția HIV cronică

Este posibil ca în această fază indivizii să nu aibă simptome asociate HIV, dar majoritatea rămân infecțioși până când nu primesc tratament antiretroviral.

În lipsa tratamentului antiretroviral, infecția cronică HIV evoluează de obicei în aproximativ 5-10 ani spre SIDA, deși la unele persoane progresia poate fi mai rapidă. Pe măsură ce imunitatea scade, pot apărea afecțiuni comune asociate cu HIV, cum ar fi candidoza orală sau leucoplazia păroasă, herpes zoster, foliculita și infecțiile fungice persistente, iar aceste afecțiuni ar trebui să determine efectuarea unui test HIV la toate persoanele.



Foliculită



Leucoplazie păroasă orală



Herpes zoster

3 SIDA

SIDA, cel mai sever stadiu al infecției HIV, este diagnosticată la un număr de CD4 sub 200 de celule/mm³ sau atunci când apar anumite infecții oportuniste și tumori. Fără ART, persoanele cu SIDA supraviețuiesc aproximativ 3 ani.



Sarcom Kaposi



Retinită CMV

După infectarea cu HIV, un vârful viremiei inițiale declanșează un răspuns imun parțial eficient, care apoi scade în timp cu o rată care depinde de nivelul (sau punctul de referință set-point) virusului în timpul perioadei latente (cronice) [Figura 1].

Există o balanță între nivelul de virus și viteza de scădere a celulelor CD4. Dacă ARN-HIV este <10.000 de copii/mL, progresia bolii este lentă, în timp ce dacă este >100.000 de copii/mL, progresia este mult mai rapidă.

Numărul de celule CD4 se corelează, deși în mod oarecum imprecis, cu boala clinică legată de HIV. Între 500 și 200 de celule/mm³, aceste evenimente devin mai frecvente și mai grave. Infecțiile și tumorile severe indicatoare SIDA apar cu precădere când numărul de celule CD4 scade sub 200 de celule/mm³, și se

observa o creștere rapidă în frecvență, gravitate și mortalitate pe măsură ce nivelul de celule CD4 scade până la zero.

Cu toate acestea, dacă tratamentul antiretroviral eficient este administrat și persoana este aderentă la ARV, încărcătura virală scade până la un nivel nedetectabil, numărul de limfocite CD4 crește, apare remisiunea clinică și pacientul nu mai este infectios.

Următoarea secțiune se referă la terapia HIV, la modul în care este utilizată, la efectele secundare importante ale fiecărui medicament și la potențialele interacțiuni medicamentoase cu alte medicamente, care pot fi grave și pot duce la eșecul tratamentului antiretroviral sau pot afecta eficacitatea co-medicației.

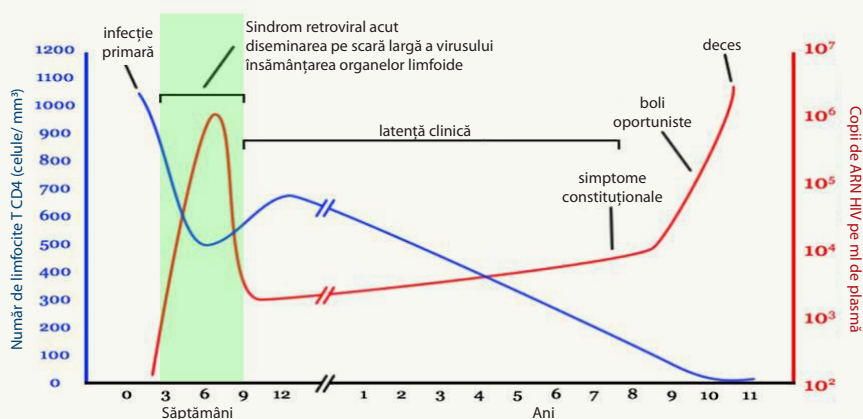


Figura 1 : Stadiile infecției HIV

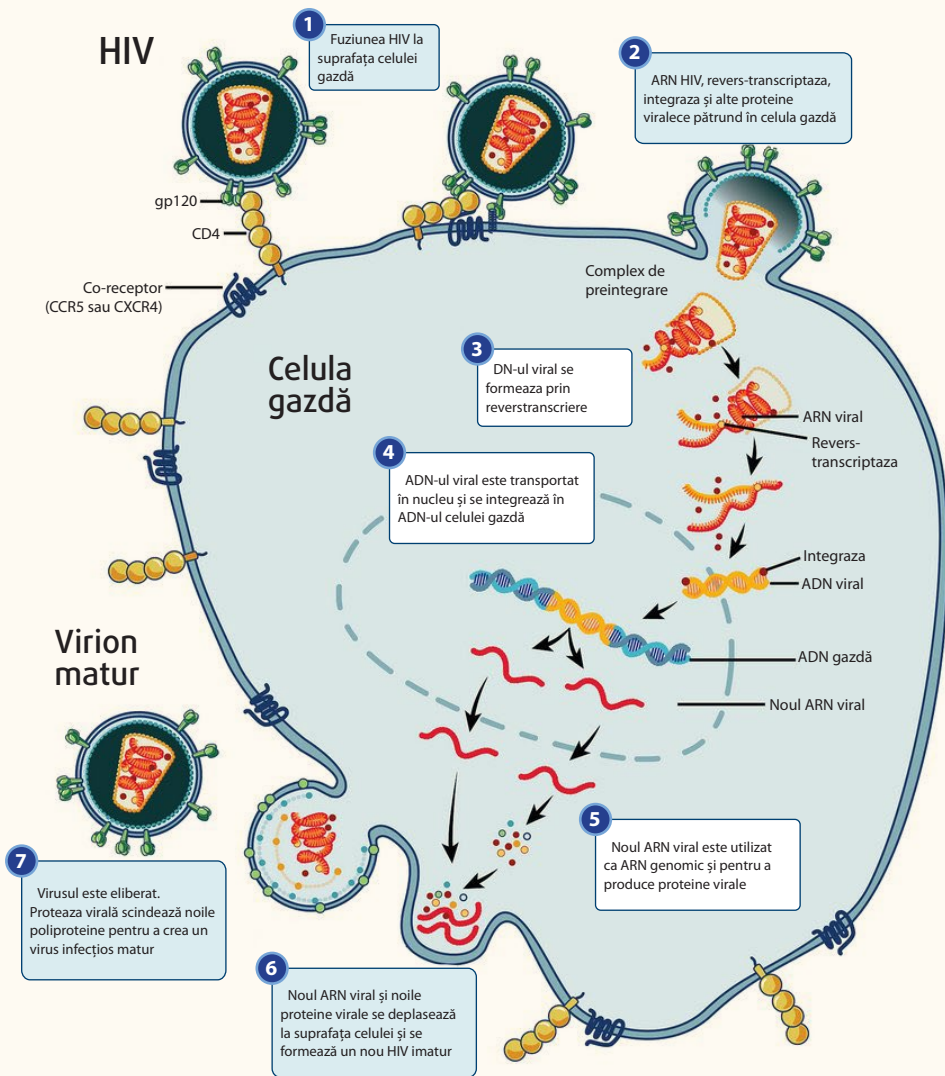


Figura 2 : **Ciclul de viață a HIV în interiorul unei celule**

Tratamentul HIV – un ghid simplu

De când a fost administrat primul antiretroviral - zidovudina (AZT) - în 1986, aria terapiei HIV s-a îmbogățit cu o gamă din ce în ce mai largă de agenți antiretrovirali.

În prezent, există 5 clase de medicamente, care acționează în celula în diferite stadii ale ciclului de viață a HIV. [Figura 2]; incluzând aproximativ 25 de agenți utilizați în mod curent, mulți dintre aceștia fiind coformulați într-un singur comprimat. Cele mai multe regimuri constau din coformulari de 3 medicamente, deși regimurile cu două medicamente sunt din ce în ce mai comune, iar unii pacienți cu rezistență la medicamentele HIV vor lua regimuri mai complexe.

În prezent, toate persoanele diagnosticate cu HIV încep rapid tratamentul antiretroviral, deși terapia poate fi întârziată temporar în cazul anumitor infecții, inclusiv meningita tuberculoasă și cryptococcoza cerebrală, pentru a reduce riscul sindroamelor de reconstituție imună.

Odată ce un pacient începe să urmeze terapia antiretrovirală, încărcătura virală scade până la niveluri nedetectabile (de obicei, mai puțin de 20, 40 sau 50 de copii/mL, în funcție de testul utilizat) și numărul de CD4 crește, astfel încât este mult mai puțin probabil ca acesta să dezvolte afecțiuni grave asociate HIV.

În majoritatea situațiilor, peste 90% dintre persoanele aflate sub tratament vor avea o încărcătură virală nedetectabilă, care se menține dacă se respectă tratamentul ARV; foarte puține din persoanele nou tratate vor avea eșec terapeutic. În consecință, majoritatea modificărilor în tratamentul ARV se fac pentru a reduce sau evita toxicitatea, pentru a minimiza interacțiunile medicamentoase sau pentru a simplifica regimul.

Tabelul 1 : **Medicamentele antiretrovirale: o prezentare generală**

Clase de antiretrovirale	
1	Inhibitori de intrare
1A	Inhibitori de fuziune
Enfuvirtide [Fuzeon, T20]	Rar utilizat în prezent, T20 este un ARV injectabil care împiedică legarea HIV de receptorul CD4. Principalul efect secundar al T20 este reprezentat de reacțiile la locul injecției ce poate limita tratamentul. Se administrează prin injectare subcutanată în doză de 90 mg x2/zi.
1B	Inhibitor de intrare CCR5
Maraviroc [Celsentri, MVC]	MVC blochează co-receptorul CCR5 care facilitează intrarea virusului în celule și este activ numai împotriva virusului care utilizează CCR5 ("tropism CCR5"). HIV poate utiliza doar receptorii CCR5 (R5), doar receptorii CXCR4 (X4), poate fi "mixt" (utilizând R5 sau X4), sau "dual" (capabil să-i utilizeze pe ambii). De aceea, înainte de a utiliza MVC trebuie efectuat un test de tropism. Principalul efect secundar al MVC este hipotensiunea arterială, dar acest lucru este neobișnuit. În funcție de celelalte ARV administrate, se administrează în doze de 150/300/600 mg pe zi sau x2/zi.

Tabelul 1 : **Medicamentele antiretrovirale**

2	Inhibitori de revers-transcriptază
2A	Inhibitori nucleozidici de revers-transcriptază [INRT]
Lamivudină [Eпивir, 3TC]	<p>Unul dintre cel mai frecvent utilizate ARV, 3TC este activ și împotriva virusului hepatitei B (HBV). Este în general bine tolerat, un efect secundar mai puțin frecvent fiind neuropatia periferică (NP). Se administrează la 300 mg o dată sau 150 mg x2/zi.</p>
Abacavir [Ziagen, ABC]	<p>De obicei coformulat cu 3TC ca și Kivexa (a se vedea mai jos). Poate provoca o reacție de hipersensibilitate (HSR) la persoanele sensibile și de aceea, înainte de utilizarea acestui medicament, se recomandă testarea genetică pentru alela HLA B5701. Testul HLA B5701 pozitiv implică un risc mai mare de HSR și ABC nu trebuie recomandat. Reacțiile adverse frecvente ale ABC includ greața și cefalee iar unii aleg să evite medicamentul din cauza avertizărilor legate de riscul cardiovascular. Se poate administra 600 mg pe zi sau 300 mg x2/zi.</p>
Emtricitabină [Emtriva, FTC]	<p>Deși nu este în întregime identic, acest NRTI este comparabil din punct de vedere clinic cu 3TC și, de obicei, este combinat cu tenofovir sub forma Truvada sau Descovy (a se vedea mai jos). În general, bine tolerat, efectele secundare mai puțin frecvente includ PN și pigmentarea pielii. Se administrează 200 mg pe zi.</p>
Tenofovir	<p>Acest ARV este utilizat pe scară largă și este activ atât împotriva HIV, cât și împotriva VHB, fiind principalul antiviral utilizat pentru tratarea acestuia din urmă. Este disponibil în două forme moleculare:</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tenofovir Disoproxil Fumarat [Viread, TDF] 	<p>De obicei combinat cu FTC ca Truvada (a se vedea mai jos). Efectele secundare sunt renale (tubulopatie proximală și, rareori, sindromul Fanconi) și pierderea densității minerale osoase (BMD). În practică, toxicitatea gravă la TDF apare rar. Agent unic dozat la 245 mg pe zi.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tenofovir Alafenamidă [TAF] 	<p>Disponibil doar în combinație cu FTC sub denumirea Descovy (a se vedea mai jos), pare să aibă o toxicitate renală și osoasă mai mică decât TDF. Se administrează la doza de 10 mg pe zi cu regimurile ARV care conțin ritonavir sau cobicistat și la doza de 25 mg pe zi cu toate celelalte.</p>
Zidovudină [Retrovir, AZT]	<p>Acest ARV este rar utilizat în prezent din cauza toxicității importante (anemie, greața, modificări ale spectului corpului). Poate fi utilizat în anumite condiții (e.g. sarcina, rezistența la ARV și penetrarea la nivelul SNC) or central nervous system penetration). Se administrează în doza de 300 mg x2/zi</p>

Tabelul 1 : **Medicamentele antiretrovirale**

2B	Inhibitori non-nucleozidici de revers-transcriptază [INNRT]
Efavirenz [Sustiva, EFV]	<p>Deși eficient, EFV are multe efecte secundare, inclusiv erupții cutanate (uneori sindrom Stevens-Johnson), modificări ale dispoziției, psihoză, tulburări cognitive și de somn (insomnie, vise anormale), amețeli, greață, hipotiroidism, ginecomastie și deficit de vitamina D. Cele mai multe dintre acestea sunt de scurtă durată, dar pot persista la o proporție semnificativă de utilizatori. Unele efecte pot fi subclinice, cu ameliorare la cei care renunță la medicament. Se administrează în doze de 600 mg pe zi.</p>
Nevirapină [Viramune, NVP]	<p>NVP este eficient, dar poate determina toxicități potențial grave în primele câteva săptămâni de utilizare. Printre acestea se numără necroliza epidermică toxică și insuficiența hepatică fulminantă, mai frecvente la persoanele de origine africană și la femei, în special la gravide. Odată ce persoanele sunt stabile sub NVP, acesta este foarte bine tolerat. Se administrează în doze de 200 mg x2/zi sau 400 mg pe zi sub forma cu eliberare prelungită.</p>
Rilpivirină [Edurant, RPV]	<p>RPV este, în general, bine tolerat. Erupțiile cutanate și tulburările de dispoziție sunt raportate mai rar decât în cazul EFV, dar totuși apar. Se administrează în doza de 25 mg pe zi și trebuie luat cu alimente.</p>
Etravirină [Intelligence, ETR]	<p>ETR este activ împotriva majorității virusurilor rezistente la INNRT. Deși este în general bine tolerat, are o formulă calcaroasă pe care mulți o consideră neplăcută și utilizarea sa este mai puțin frecventă. Se administrează în doză de 200 mg x2/zi, sau uneori 400 mg pe zi.</p>
Doravirină [Pifeltro, DOR]	<p>DOR este activă împotriva multor virusuri rezistente la INNRT și este bine tolerată, deși pot să apară tulburări ale SNC. Se administrează în doză de 100 mg pe zi. Este cel mai frecvent utilizat coformulat cu 3TC și TDF, sub denumirea de Delstrigo (a se vedea mai jos).</p>

Tabelul 1 : **Medicamentele antiretrovirale**

3	Inhibitori de integrază [INSTIs]
Raltegravir [Isentress, RAL]	RAL este un medicament bine tolerat, deși la inițiere a fost observată o creștere moderată a transaminazelor și pot să apară și tulburări de dispoziție și de somn. Se administrează 400 mg x2/zi (forma originală) sau, în prezent, mai frecvent într-o formulă mai nouă, 1200 mg pe zi (sub formă de două comprimate de 600 mg).
Elvitegravir [EVG]	EVG nu este disponibil ca agent de sine stătător și se administrează numai în regimuri de comprimate unice coformulate cu un agent de potențare- booster (a se vedea mai jos).
Dolutegravir [Tivicay, DTG]	DTG este un INSTI potent și este, în general, bine tolerat, deși poate provoca tulburări de somn, cefalee și greață. Tulburările de dispoziție și reacțiile adverse neuropsihice apar la o minoritate din utilizatori. Este de asemenea, coformat cu 3TC sub denumirea Dovato, cu ABC și 3TC sub denumirea Triumeq și cu rilpivirină sub denumirea Juluca (a se vedea mai jos). Ca agent unic dozat la 50 mg pe zi (50 mg x2/zi la cei cu rezistență la INSTI.
Bictegravir [BIC]	BIC nu este disponibil ca agent de sine stătător, ci doar coformat cu TAF/FTC ca Biktarvy (a se vedea mai jos). Acesta are un profil de efecte secundare similar cu DTG.

Tabelul 1 : **Medicamentele antiretrovirale**

4	Inhibitori de protează [IP]
Agenți De Potențare	Inhibitorii de protează sunt de obicei coformulați cu o doză mică de agent de potențare (booster), care blochează citocromul P450 și crește nivelul seric al IP administrat. Rețineți că toți inhibitorii de protează "boostati" pot crește într-o măsură variabilă nivelul lipidelor serice și, prin asociere, pot influența riscul cardiovascular. Există doi agenți de potențare (booster) disponibili:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ritonavir [Norvir, RTV] 	Bine tolerat, dar poate provoca diaree și greață. Se administrează, ca booster, fie 100 mg pe zi, fie 100 mg x2/zi (în funcție de IP) și este reprezentat ca "/r".
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cobicistat [Tybost, cobii] 	Cobi nu este activ în mod independent asupra HIV și are un profil de efecte secundare asemănător cu cel al RTV. Acesta se administrează 150 mg pe zi sau x2/zi și este prezentat ca "/c".
Atazanavir [Reyataz, ATZ]	ATZ este de obicei bine tolerat, dar determină la majoritatea persoanelor o hiperbilirubinemie neconjugată, nesemnificativă din punct de vedere clinic. Aceasta se manifestă sub forma unui icter al pielii și al sclerei, care poate provoca disconfort pacientului și poate îngrijora în mod inutil clinicianul non-HIV. O reacție adversă mai serioasă, dar mai puțin frecventă este apariția de calculi renali, calculi sau nămol (sludge), toate datorate cristalelor din ATZ. Se administrează 300 mg/zi fie boostat cu 100 mg RTV pe zi (comprimate separate), fie cu cobii (150 mg coformulat, vezi mai jos). ATZ poate fi administrat, de asemenea, fara booster (mai rar) - 400 mg pe zi.
Darunavir [Prezista, DRV]	DRV este un IP puternic și, în general, bine tolerat. Este pe bază de sulfonamidă și, prin urmare, erupțiile cutanate pot reprezenta o problemă și este contraindicat dacă există alergie la sulfonamidă. Poate provoca de asemenea diaree iar la unele persoane, creștere ponderală. Se administrează în doze de 800 mg pe zi sau, în prezent mai rar, 600 mg x2/zi (suplimentate fie cu RTV (100 mg, comprimat separat la fiecare doză), fie cu cobii (150 mg coformulat, a se vedea mai jos).
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lopinavir/ritonavir [Kaletra, LPV/r] ▪ Fosamprenavir/ritonavir [Telzir, FPV/r] ▪ Saquinavir/ritonavir [Invirase, SQV/r] ▪ Tipranavir/ritonavir [Aptivus, TPV/r] 	Aceștia sunt IP mai vechi, utilizați în prezent mult mai rar. Toate pot provoca ca efecte secundare principale, diaree și hiperlipidemie.

Tabelul 1 : **Medicamentele antiretrovirale**

Co-formulări

1	Regimuri cu un singur comprimat (STRs)	
<p>Acestea cuprind un întreg regim ARV. Efectele secundare sunt previzibile dacă se analizează componentele individuale enumerate mai sus.</p>		
<p>Atripla: EFV/TDF/FTC</p> <p>Odefsey: RPV/FTC/TAF</p> <p>Eviplera: RPV/TDF/FTC</p> <p>Delstrigo: DOR/TDF/3TC</p> <p>Genvoya: EVG/C/TAF/FTC</p> <p>Symtuza: DRV/C/TAF/FTC</p> <p>Stribild: EVG/C/TDF/FTC</p>	<p>Dovato: DTG/3TC</p> <p>Triumeq: DTG/ABC/3TC</p> <p>Juluca: DTG/RPV <i>(pentru pacientii la switch, nu ca terapie de prima linie)</i></p> <p>Biktarvy: BIC/TAF/FTC</p>	
2	Combinatii în doze fixe (FDCs)	
<p>Acestea sunt în general administrate împreună cu alte ARV. Efectele secundare sunt ca și pentru componentele individuale enumerate mai sus. Toate se administrează o dată pe zi, cu excepția Combivirului și Trizivirului, care se administrează x2/zi și care în prezent se recomandă foarte rar.</p>		
<p>NRTIs</p> <p>Truvada: TDF/FTC</p> <p>Kivexa: ABC/3TC</p> <p>Descovy: TAF/FTC</p> <p>Combivir: AZT/3TC</p> <p>Trizivir: AZT/3TC/ABC</p>	<p>PIs</p> <p>Evotaz: ATZ/c</p> <p>Rezolsta: DRV/c</p>	

Tabelul 1 : Medicamentele antiretrovirale

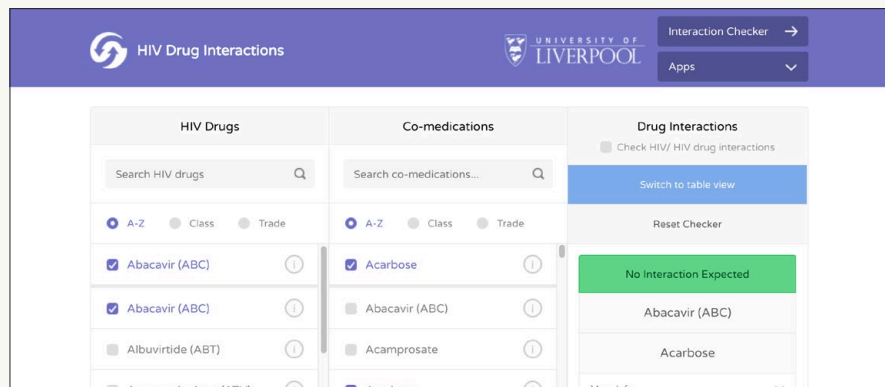
Polipragmazia și interacțiuni medicamentoase

Polipragmazia în infecția HIV este o problemă semnificativă. Prin urmare, este vital să nu tratați orbește fiecare afecțiune pe care o diagnosticați, fără a lua în considerare problemele care ar putea apărea din cauza interacțiunilor medicamentoase (drug-drug interactions, DDI).

Comunicarea clară și constantă între toți profesioniștii din domeniul sănătății cu privire la ceea ce i se prescrie unei persoane care trăiește cu HIV este foarte importantă, deoarece schimbările terapeutice pot apărea frecvent, iar riscul de interacțiuni între medicamente poate crește devenind o cauză majoră de morbiditate și de internare în spital.

Verificarea periodică, împreună cu pacientul a tuturor medicamentelor, a scopului fiecăruia și a modului de administrare ar trebui să fie efectuată de către toți HCPs, dacă este posibil împreună cu un farmacist HIV. Acest lucru asigură o dozare corectă, ceea ce poate reduce posibilele efecte secundare și poate evita eventualele interacțiuni medicamentoase.

Cea mai bună sursă de informații actualizate despre interacțiunile medicamentoase cu HIV este site-ul web al Universității din Liverpool privind interacțiunile medicamentoase cu HIV, www.hiv-druginteractions.org.



Este simplu de utilizat online sau sub formă de aplicație, și reprezintă un instrument vital pentru monitorizarea tratamentului medicamentos în cazul persoanelor care trăiesc cu HIV. Acesta conține, actualizată în mod constant:

- **Tabele de interacțiune:** care oferă o imagine de ansamblu a interacțiunilor dintre medicamentele HIV și o listă extinsă de co-medicamente, inclusiv suplimente.
- **Grafice de selectare a tratamentului:** care prezintă interacțiunile dintre principalele antiretrovirale și medicamentele utilizate pentru tratarea unei serii de afecțiuni comune (de exemplu, cancer) sau a unor populații specifice de pacienți (de exemplu, contracepție).
- **Fișe informative:** care conțin informații privind farmacocinetica, metabolismul și distribuția medicamentelor HIV.

Interacțiuni medicamentoase importante între medicația antiretrovirală și alte tipuri de medicamente

Deși nicio clasă de medicamente anti-HIV nu este complet lipsită de DDIs semnificative, cele mai importante apar în cazul unor INNT și al medicamentelor boostate cu cobicistat sau ritonavir, de exemplu, inhibitorii de protează boostați și elvitegravir (Stribild/Genvoya)

Medicamente care interacționează cu unele antiretrovirale includ anumite statine, medicamente prescrise și/sau eliberate fără prescripție medicală și care reduc aciditatea gastrică, warfarină și anticoagulante orale directe (DOAC) și multe preparate cu steroizi, cum ar

fi spray-urile nazale [Tabelul 2]. Este esențial să se verifice interacțiunile potențiale înainte de a prescrie acești agenți, deoarece unele interacțiuni duc la morbiditate gravă și/sau la eșecul terapiei din cauza reducerii nivelului de medicament.

ATENȚIE

Rețineți că tabelul de mai sus nu include toate interacțiunile medicamentoase.

Informații suplimentare sunt disponibile pe următoarele site-uri web:

- www.hiv-druginteractions.org
- www.eacsociety.org/guidelines/eacs-guidelines/eacs-guidelines.html

Datorită naturii rapide în schimbare a informațiilor despre tratamentul și terapiile HIV, cititorii sunt sfătuiți să verifice din nou informațiile conținute în această publicație cu site-urile web de mai sus înainte de a le aplica în îngrijirea pacienților. Dacă aveți nevoie de informații suplimentare despre interacțiunile medicamentoase, vă rugăm să solicitați ajutor de la un farmacist local specializat în HIV.

Tabelul 2 : Cele mai frecvente interacțiuni medicamentoase potențiale grave cu ARV-urile

Medicament	IP boostati, INSTI boostati (Stribild, Genvoya)	INNRT	INSTI (neboostat)
Antiacide			
IPPs (Inhibitori de pompă de protoni)	Contraindicat cu ATZ Nicio interacțiune cu alți IP boostati	Contraindicat în asociere cu RPV Nicio interacțiune cu EFV, NVP, ETR sau DOR	Nicio interacțiune
Ranitidină	Folosiți ATZ la distanță de 12 ore Nicio interacțiune cu alți IP	Folosiți RPV la distanță de 12 ore Nicio interacțiune cu EFV, NVP, ETR sau DOR	Nicio interacțiune
Anticolinergice			
Oxibutinină	Niveluri crescute	Niveluri scăzute în asociere cu EFV, NVP sau ETR Nicio interacțiune cu RPV sau DOR	Nicio interacțiune
Solifenacină	Niveluri crescute Doza maximă: 5mg/zi	Niveluri scăzute în asociere cu EFV și NVP; crescute cu ETR Nicio interacțiune cu RPV sau DOR	Nicio interacțiune
Tolterodină	Niveluri crescute	Niveluri scăzute în asociere cu EFV, NVP sau ETR; prudență cu RPV, ambele crescând QT Nicio interacțiune cu DOR	Nicio interacțiune

COD

Roșu – interacțiune semnificativă – utilizarea este contraindicată

Portocaliu – nivelurile medicamentului sunt afectate, ajustarea dozei poate fi necesară

Verde – nicio interacțiune cu semnificație clinică.

ATZ: atazanavir

DOR: doravirină

RAL: raltegravir

BIC: bictegravir

EFV: efavirenz

RPV: rilpivirină

COBI: cobicistat

ETR: etravirină

RTV: ritonavir

DTG: dolutegravir

NVP: nevirapină

Medicament	IP boostati, INSTI boostati (Stribild, Genvoya)	INNRT	INSTI (neboostat)
Anticoagulante/DOACs			
Warfarină	Nivelurile pot fi scăzute sau crescute; monitorizați INR	Nivelurile pot fi crescute sau scăzute în asociere cu EFV, NVP și ETR; monitorizați INR Nicio interacțiune cu RPV sau DOR	Nicio interacțiune
Heparine cu greutate moleculară mică (HGMM)	Nicio interacțiune	Nicio interacțiune	Nicio interacțiune
Edoxaban	Niveluri crescute	Nicio interacțiune	Nicio interacțiune
Rivaroxaban	Contraindicat	Niveluri scăzute în asociere cu EFV, NVP și ETR Nicio interacțiune cu RPV sau DOR	Nicio interacțiune
Apixaban	Contraindicat	Niveluri scăzute în asociere cu EFV, NVP și ETR Nicio interacțiune cu RPV sau DOR	Nicio interacțiune
Dabigatran	Contraindicat în asociere cu COBI Poate fi folosit cu RTV 100 mg	Niveluri crescute în asociere cu ETR și RPV Nicio interacțiune cu EFV, NVP sau DOR	Nicio interacțiune
Antivomitive			
Metoclopramid și ciclizină	Nicio interacțiune	Nicio interacțiune	Nicio interacțiune
Ondansetron	Nicio interacțiune	Prudență cu RPV, ambele crescând intervalul QT Nicio interacțiune cu EFV, NVP, ETR, și DOR	Nicio interacțiune
Domperidonă* *Domperidona nu este recomandată la pacienții cu risc cardiovascular crescut	Contraindicat	Niveluri scăzute în asociere cu EFV, NVP și ETR; prudență cu RPV, ambele crescând intervalul QT Nicio interacțiune cu DOR	Nicio interacțiune

Medicament	IP boostati, INSTI boostati (Stribild, Genvoya)	INNRT	INSTI (neboostat)
Anti-plachetare (antiagregante)			
Clopidogrel	Contraindicat	Contraindicat cu EFV, NVP, ETR Nicio interacțiune cu RPV sau DOR	Nicio interacțiune
Ticagrelor	Contraindicat	Scăderea expunerii în asociere EFV, NVP și ETR Nicio interacțiune cu RPV sau DOR	Nicio interacțiune
Prasugrel	Nicio interacțiune	Nicio interacțiune	Nicio interacțiune
Corticosteroizi			
Prednisolon și methylprednisolon	Niveluri crescute	Niveluri scăzute în asociere cu EFV, NVP și ETR Nicio interacțiune cu RPV sau DOR	Nicio interacțiune
Fluticazonă, triamcinolonă și mometazonă	Contraindicat	Niveluri scăzute în asociere EFV, NVP and ETR Nicio interacțiune cu RPV sau DOR	Nicio interacțiune
Dexametazonă	Niveluri crescute	Contraindicat cu RPV Niveluri scăzute în asociere cu EFV, NVP, ETR și DOR	Nicio interacțiune
Antidiabetice orale			
Metformin	Nicio interacțiune	Nicio interacțiune	Niveluri crescute cu DTG și BIC Nicio interacțiune cu RAL
Gliclazidă	Niveluri scăzute în asociere cu RTV Nicio interacțiune cu COBI	Niveluri crescute cu EFV și ETR Nicio interacțiune cu NVP, RPV sau DOR	Nicio interacțiune
Sitagliptin	Nicio interacțiune	Niveluri scăzute în asociere cu EFV, NVP și ETR Nicio interacțiune cu RPV sau DOR	Nicio interacțiune

Tabelul 2 Cele mai frecvente interacțiuni medicamentoase potențiale grave

Medicament	IP boostati, INSTI boostati (Stribild, Genvoya)	INNRT	INSTI (neboostat)
Antagoniști dopaminergici			
Haloperidol	Niveluri crescute	Niveluri scăzute cu EFV, NVP și ETR; prudență cu RPV, ambele crescând intervalul QT Nicio interacțiune cu DOR	Nicio interacțiune
Olanzapină	Niveluri scăzute în asociere cu RTV Nicio interacțiune cu COBI	Niveluri scăzute în asociere cu EFV Nicio interacțiune cu NVP, ETR, RPV sau DOR	Nicio interacțiune
Quetiapină	Contraindicat	Niveluri scăzute în asociere cu EFV, NVP și ETR; prudență cu RPV, ambele crescând intervalul QT Nicio interacțiune cu DOR	Nicio interacțiune
Risperidonă	Niveluri crescute	Niveluri scăzute în asociere cu EFV, NVP și ETR. Nicio interacțiune cu RPV sau DOR	Nicio interacțiune
Disfuncție erectilă (DE)			
Sildenafil	Contraindicat pentru Hipertensiunea pulmonară DE – doza maximă 25mg la fiecare 48 ore	Niveluri scăzute în asociere cu EFV, NVP și ETR Nicio interacțiune cu RPV sau DOR	Nicio interacțiune
Tadalafil	DE – doza maximă 10 mg la fiecare 72 ore	Niveluri scăzute în asociere cu EFV, NVP și ETR Nicio interacțiune cu RPV sau DOR	Nicio interacțiune
Vardenafil	Contraindicat	Niveluri scăzute în asociere cu EFV, NVP și ETR Nicio interacțiune cu RPV sau DOR	Nicio interacțiune

Medicament	IP boostati, INSTI boostati (Stribild, Genvoya)	INNRT	INSTI (neboostat)
AINS			
Ibuprofen	Nicio interacțiune	Niveluri crescute în asociere cu EFV și ETR Nicio interacțiune cu NVP, RPV sau DOR	Nicio interacțiune
Diclofenac* *Diclofenac nu este recomandat pacienților cu risc cardiovascular înalt	Nicio interacțiune	Niveluri crescute în asociere cu EFV și ETR Nicio interacțiune cu NVP, RPV sau DOR	Nicio interacțiune
Naproxen	Nicio interacțiune	Niveluri crescute în asociere cu EFV și ETR Nicio interacțiune cu NVP, RPV sau DOR	Nicio interacțiune
Opioide			
Morfină	Niveluri crescute, monitorizează pentru intoxicația cu opioide	Niveluri crescute în asociere cu EFV și ETR, monitorizează pentru intoxicația cu opioide Nicio interacțiune cu NVP, RPV sau DOR	Nicio interacțiune
Codeină și dihidrocodeină	Nicio interacțiune	Nicio interacțiune	Nicio interacțiune
Tramadol	Niveluri crescute	Niveluri scăzute în asociere cu EFV și NVP Nicio interacțiune cu ETR, RPV sau DOR	Nicio interacțiune
Oxicodonă	Niveluri crescute	Niveluri scăzute în asociere cu EFV, NVP și ETR Nicio interacțiune cu RPV sau DOR	Nicio interacțiune

Tabelul 2 Cele mai frecvente interacțiuni medicamentoase potențiale

Medicament	IP boostati, INSTI boostati (Stribild, Genvoya)	INNRT	INSTI (neboostat)
Sedative			
Diazepam și alte benzodiazepine	Niveluri crescute	Niveluri scăzute în asociere cu EFV și NVP; Expunere crescută cu ETR Nicio interacțiune cu RPV sau DOR	Nicio interacțiune
Temazepam	Nicio interacțiune	Nicio interacțiune	Nicio interacțiune
Zopiclonă	Niveluri crescute	Niveluri scăzute în asociere cu EFV, NVP și ETR Nicio interacțiune cu RPV sau DOR	Nicio interacțiune
Statine			
Simvastatină	Contraindicat	Contraindicat în asociere cu EFV, NVP, ETR și RPV Nicio interacțiune cu DOR	Nicio interacțiune
Rosuvastatină	Niveluri crescute Doza maximă 10mg/zi	Nicio interacțiune	Nicio interacțiune
Atorvastatină	Niveluri crescute Doza maximă 20mg/zi	Niveluri scăzute în asociere cu EFV, NVP și ETR Nicio interacțiune cu RPV sau DOR	Nicio interacțiune
Suplimente minerale			
Fier, Calciu, Zinc, Magneziu, Aluminii și Seleniu	Nicio interacțiune	Nicio interacțiune	Administrări separate la cel puțin 6 ore

Tabelul 2 Cele mai frecvente interacțiuni medicamentoase potențiale

Teste de monitorizare HIV

Toți pacienții cu HIV ar trebui să fie supuși testării regulate pentru a-și monitoriza infecția HIV sau pentru a evalua eșecul tratamentului, toxicitatea medicamentelor și potențialele comorbidități. Intervalul și frecvența testelor pot varia în funcție de recomandările locale:

Testări la 6 luni

- Încărcătura virală HIV
- Hemograma
- Enzime hepatice și funcția renală
- Sifilis și alte infecții cu transmitere sexuală (ITS)
- Teste legate de alte condiții necesare pentru continuarea tratamentului
- Raport proteina în urină: creatinine (uPCR) dacă se administrează tenofovir disoproxil (TDF)

Testări anuale

- Numărul de limfocite CD4
- Nivelurile serice de lipide
- Serologii pentru hepatita B și C (ultima doar la cei aflați la risc)
- Screening-ul cancerului anal și cervical la femei
- Screening-ul cancerului anal în rândul bărbaților care fac sex cu bărbați (BSB)

Alte testări și programe de screening ar trebui să fie ca și pentru populația generală.

Comorbidități frecvente în HIV

CAVITATEA BUCALA, PIELEA SI PARUL

Infecția HIV poate da naștere la afecțiuni în cavitatea bucala, în special atunci când numărul de CD4 este <500.

Acestea includ candidoza orală și cheilita angulară, responsive la crema de clotrimazol/hidrocortizon, leucoplazia păroasă care poate fi tratată cu aciclovir 800 mg x3/zi timp de 3 săptămâni și ulcere bucale. Gingivita, retractia gingiilor și reducerea secreției salivare sunt frecvente în HIV. La persoanele care traiesc cu HIV toate procedurile stomatologice, inclusiv implantul dentar, se pot efectua în siguranță. Cu toate acestea, dacă este necesară o anestezie generală, este important ca medicul stomatolog să cunoască ARV, deoarece pot exista unele interacțiuni semnificative.

Afecțiunile pielii asociate cu HIV, cum ar fi foliculita, eczema seboreică, psoriazisul și infecțiile bacteriene ale pielii tind să se îmbunătățească odată ce, în urma terapiei antiretrovirale, numărul de CD4

crește dar pot fi totuși necesare anumite tratamente standard. Herpesul zoster (Zona) este frecvent în toate etapele infecției HIV și trebuie tratat agresiv.

Unele infecții virale, cum ar fi verucile și Molluscum contagiosum, se pot agrava pe măsură ce statusul imunologic începe să se refacă. Multe medicamente antiretrovirale (ARV) pot determina erupții alergice și, ocazional, sindrom Stevens Johnson [Tabelul 1]. Cancerele de piele apar mai frecvent la persoanele cu HIV și trebuie să fie tratate la fel ca la populația generală.

Complicațiile HIV legate de îngrijirea picioarelor includ neuropatie periferică, infecții fungice și veruci, care pot fi destul de rezistente la tratament.

Alopecia aparută ca și căderea parțială sau totală a părului sau în formă neregulată în sifilis, este o manifestare frecventă cu transmitere sexuală la BSB cu HIV.

INIMA SI SISTEMUL CIRCULATOR

La persoanele cu HIV boala cardiovasculară poate să apară mai devreme decât la persoanele non-HIV. Este vital să se abordeze factorii de risc modificabili, în special hipertensiunea arterială și fumatul, care sunt mai frecvente la cei cu HIV. Instrumentele de evaluare a riscului cardiovascular, cum ar fi Q-risk 3 și Framingham, deși sunt încă valoroase, pot subestima riscul la pacienții cu HIV.

Trebuie acordată o atenție deosebită alegerii statinelor sau agenților antiplachetari care nu interacționează cu ART [Tabelul 2], deoarece acestea sunt unele dintre cele mai frecvente interacțiuni medicamentoase observate la persoanele tratate cu HIV.

Hipertensiunea arterială este asociată cu infecția cu HIV, mai ales dacă încărcătura virală este mare, persoana este de

origine africană și/sau are diabet. Atât hipertensiunea arterială, cât și diabetul zaharat sunt tratate precum în populația

generală, cu referire la posibilele interacțiuni medicamentoase [Tabelul 2].

PLAMANUL

Tratamentul HIV a condus la o reducere impresionantă a infecțiilor pulmonare grave sau fatale, cum ar fi pneumonia cu *Pneumocystis* (PCP), așa că în prezent majoritatea infecțiilor pulmonare la persoanele cu HIV sunt dobândite în comunitate. Persoanelor cu un număr de celule CD4 <200 li se administrează de obicei profilaxie împotriva PCP cu cotrimoxazole cale orală sau cu pentamidină inhalator.

Persoanele cu HIV au rate ridicate de bronhopneumopatie cronică obstructivă (BPOC). Factori, precum predispoziția la infecții pulmonare recidivante și rate mai mari de fumat la persoanele cu HIV, joacă un rol, la fel ca și activarea imună legată de HIV. Interacțiunile medicamentoase grave pot apărea între mai multe ARV și unii steroizi de uz inhalator. [Tabelul 2].

Gripa pare să provoace boli mai severe la persoanele cu HIV, în special la cei cu un număr scăzut de CD4, iar vaccinarea împotriva gripei la cei cu HIV previne mai multe decese și îmbolnăviri decât în orice alt grup. Vaccinul antigripal inactivat este administrat prin injecție la pacienții cu HIV, indiferent de numărul de CD4 sau de vârstă, dar vaccinul de tip spray nazal viu atenuat nu trebuie utilizat.

Infecțiile pneumococice sunt mai frecvente la pacienții cu HIV decât în populația generală, în special la cei cu un număr scăzut de CD4, chiar și

la cei cu ARV. Vaccinarea împotriva pneumococului este recomandată tuturor persoanelor cu HIV, indiferent de vârstă; funcționează mai bine la persoanele cu un număr de limfocite CD4 > 200/mm³. Politica actuală de vaccinare BHIVA poate fi găsită la www.bhiva.org/vaccination-guidelines.

Infecția HIV crește probabilitatea de a dezvolta tuberculoză (TB), iar riscul de a se îmbolnăvi este mai mare la cei cu un număr foarte scăzut de CD4. ARV reduce foarte mult riscul de tuberculoză activă, efectuarea de screening persoanelor din țările în care TB este endemică și a celor cu un număr scăzut de CD4 rămâne foarte importantă. Tratamentul anti TB este ca și pentru populația generală, dar urmărirea interacțiunilor medicamentoase cu anumite ARV este esențială. [Tabelul 2].

Cancerul pulmonar este de 2-3 ori mai frecvent la persoanele care trăiesc cu HIV și ratele cresc odată cu vârsta. Deoarece fumatul este un factor puternic asociat, nu este clar dacă acest risc crescut este din cauza HIV în sine sau ratelor mai mari de fumatori. La persoanele cu HIV condensările sau umbrele pulmonare pot fi cauzate și de alte afecțiuni decât cancerul pulmonar și ar trebui investigate cu promptitudine.

RINICHII

Boala de rinichi la persoanele cu HIV este similara cu cea observată în populația generală, cu câteva excepții. Infecția HIV netratată poate determina, în special la persoanele de origine africană, nefropatie asociată HIV (HIVAN) și necesită inițierea imediată a terapiei ARV. Unele ARV pot provoca litiaza renală, constând din cristale de medicament, iar

alte o tubulopatie proximală și uneori sindrom Fanconi [Tabelul 1].

Orice persoană cu HIV și boală renală gravă trebuie examinată împreună cu un nefrolog. Infecția HIV, atunci când este tratată, nu constituie o barieră în calea transplantului.

OASE SI ARTICULATII

Infecția HIV poate determina atât osteopenie, cât și osteoporoză, fracturile putând surveni la o vârstă mai tânără decât de obicei. Motivul pentru care se întâmplă acest fenomen nu este încă foarte clar, dar cu cât o persoană este infectată de mai mult timp, cu atât riscul este mai mare. Femeile cu HIV pot avea menopauza precoce, crescând astfel riscul de osteoporoză, iar bărbații cu hipogonadism, întâlnit frecvent în infecția cu HIV, prezintă, de asemenea, un risc crescut de pierdere osoasă. Valoarea scorurilor FRAX și cât de frecvent ar trebui efectuate scanările DEXA la cei cu HIV nu este clară, deși recomandările din studiile privind populația neinfectată cu HIV sugerează că ar trebui să se bazeze pe severitatea osteoporozei la prima evaluare.

Tratamentul este ca pentru populația generală.

Cercetările au arătat că aproape 1/3 din pacienții cu HIV au deficiența de vitamina D, asociată cu niveluri scăzute de limfocite CD4 și cu expunerea redusă la soare și/sau piele mai închisă la culoare. Anumite ARV pot avea rol în această deficiență (Tabel 1) Terapie de substituție este recomandată.

Problemele articulare în infecția HIV sunt frecvente și sunt legate de inflamație și infecție. Diagnosticul și tratamentul sunt ca și pentru populația generală. Cu toate acestea, este vital ca posibilele interacțiuni medicamentoase cu ARV să fie luate în considerare atunci când steroizii, fie orali, intraoculari sau injectabili, sunt administrați [Tabelul 2].

TULBURARI HEMATOLOGICE SI CANCERE

Anemia și trombocitopenia sunt frecvente în HIV și pot fi asociate cu cotrimoxazolul utilizat pentru tratarea sau prevenirea PCP.

HIV suprimă sistemul imun, făcându-l mai puțin capabil să monitorizeze și să distruga celulele canceroase, și în consecință, riscul de a dezvolta multiple tipuri de cancer crește și acestea apar adesea la o vârstă mai tânără. În trecut, persoanele cu infecție HIV și sistem imun foarte deprimat dezvoltau de obicei trei tipuri de cancer: sarcomul Kaposi (KS), limfomul non-Hodgkin și cancerul invaziv de col uterin la femei. Acestea sunt denumite cancere defnitorii de SIDA și sunt mediate viral. KS este adesea ratat sau diagnosticat greșit, vezi imagini la www.hiv.va.gov/provider/image-library/ks-hhv-8.asp.

Mai multe tipuri de cancer, nedefinitorii de SIDA par să fie mai frecvente la cei cu HIV, deși acest lucru poate fi legat de rate mai mari de fumat și de co-infecție cu virusuri oncogene, herpetice sau hepatitice. Acestea includ: cancer pulmonar; limfom Hodgkin; cancer anal, atât la bărbați, cât și la femei și cancer hepatic (carcinom hepatocelular), în special la cei co-infecțați cu VHB sau VHC. Cancerele renale și de piele, precum și leucemia și cancerele de cap și gât, sunt de două ori mai frecvente la cei cu infecție cu HIV.

PLHIV ar trebui să urmeze programele de screening a cancerului din Regatul Unit prin intervenția medicului de familie și, dacă este posibil, să acceseze serviciile de screening pentru neoplazia anală intraepitelială (AIN) prin intermediul clinicii de HIV.

BOALA HEPATICA SI HEPATITELE VIRALE

Boala hepatică este adesea observată la pacienții care trăiesc cu HIV. Infecțiile virale cronice cu virus hepatitis B și C sunt cele mai frecvente cauze, dar și medicamentele (atât ARV, cât și non-ARV, inclusiv medicamente fără prescripție medicală și pe bază de plante), abuzul de alcool, consumul de droguri recreaționale și steatoza hepatică non-alcoolică asociată obezității, sunt recunoscute din ce în ce mai mult ca și cauze importante ale morbidității hepatice. Unele infecții oportuniste (de exemplu, infecții cu micobacterii, leishmanioză viscerală și CMV diseminat) și tratamentul lor pot provoca, de asemenea, boli hepatice.

Orice creștere a enzimelor hepatice trebuie să determine investigații suplimentare, în colaborare cu echipa locală de hepatologie, pentru a stabili cauza și pentru a determina amploarea inflamației și fibrozei hepatice. În cele mai multe cazuri, acest lucru poate fi realizat printr-un test non-invaziv (elastografie hepatică, APRI, FIB-4), dar ocazional poate fi necesară o biopsie hepatică. În cazul unei leziuni hepatice induse de droguri, medicamentul(ele) va trebui să fie oprit.

- **Hepatita A (HAV)** este frecventă la BSB infectați cu HIV. Dacă anticorpii anti HAV nu sunt prezenți, atunci vaccinarea pentru prevenirea infecțiilor viitoare este importantă.
- Persoanele infectate cu **hepatita B (VHB)** trebuie tratate dacă este posibil împreună cu un medic hepatolog. Toți pacienții cu VHB ar trebui testați pentru HIV, deoarece unele antivirale utilizate pentru VHB au, de asemenea, activitate anti-HIV și utilizarea lor singură ar putea duce la supresia suboptimală a HIV [Tabelul 1]. Vaccinarea împotriva VHB este necesară pentru cei care nu au imunitate.
- **Hepatita C (VHC):** dacă sunt prezenți anticorpi, trebuie să se efectueze viremia ARN-VHC și, dacă este detectabilă, persoana este trimisă pentru tratament curativ la un hepatolog cu expertiză în HIV.

HORMONII SI LIPODISTROFIA

Tulburările tiroidiene nu par a fi semnificativ mai crescute în HIV, deși hipotiroidismul a fost asociat cu unele ARV [Tabelul 1].

Femeile cu infecție HIV pot prezenta neregularități în ciclul lor menstrual și sunt expuse riscului de menopauză precoce (sub 45 de ani). Există cercetări limitate în utilizarea terapiei de substituție hormonală (HRT) la femeile cu HIV și formele utilizate în mod obișnuit pot interacționa cu ARV; consultați informațiile la s3.amazonaws.com/prescribing_resources/pdfs/000/000/028/original/TS_HRT_2019_Oct.pdf?1571043505.

Femeile care continuă să fie active sexual, pe tot parcursul menopauzei și după aceasta, ar trebui încurajate să practice relații sexuale mai sigure și să facă screening pentru infecții cu transmitere sexuală. Toate femeile ar trebui să continue să facă un screening cervical în mod regulat până la vârsta de 65 de ani și să fie conștiente de problemele mamare la toate vârstele. HIV și unele ARV pot provoca modificări ale sânilor, în sensul mării lor și a apariției unor noduli. Acești noduli sunt de obicei chisturi benigne ale țesutului mamar.

La bărbații cu HIV, deficiența de testosteron apare adesea la o vârstă tânără și este mai frecventă când numărul de celule limfocite CD4 este scăzut sau la cei care au luat steroizi androgeni (suplimentate cu testosteron). Terapia de substituție funcționează în majoritatea cazurilor. Ginecomastia durerosă poate apărea la bărbații cu HIV fiind cauzată de unele ARV [Tabelul 1], utilizarea recreativă a steroizilor anabolizanți sau dezechilibrele hormonale. Trebuie

efectuată o ecografie și persoana trebuie trimisă la un endocrinolog.

Frecvența și interesul pentru relații sexuale scade odată cu vârsta în diferite grade. La femei poate apărea brusc odată cu debutul menopauzei. La bărbații, disfuncția erectilă (DE), probleme cu ejacularea și incapacitatea de a ajunge la orgasm, pot fi cauzate atât de înaintarea în vârstă cât și de infecția HIV și sunt asociate cu anumite medicamente antiretrovirale, în special cu inhibitorii de protează, unele antidepresive și antihipertensive.

Pe lângă modificările de formă ale corpului legate de vârstă, lipodistrofia asociată HIV se prezintă fie ca lipoatrofie (pierderea de țesut adipos) sau lipohipertrofie (acumulare de țesut adipos), iar uneori pot să fie prezente la același individ; vezi imagini la www.hiv.va.gov/provider/image-library/lipodystrophy.asp.

Factorii care contribuie sunt: unele ARV (inclusiv un număr de ARV care nu mai sunt utilizate), numărul de CD4 scăzut, alimentația deficitară, istoricul familial și fumatul. Lipoatrofia facială, a țesutului adipos de la nivelul obrazilor și a zonei tâmplii poate fi văzută, de obicei, ca un semn distinctiv al infecției cu HIV și poate duce la stigmatizare și pierderea stimei de sine. Lipoatrofia legată de HIV poate imita pierderea de grăsime care apare odată cu îmbătrânirea pe brațe, membre inferioare și fese.

Lipohipertrofia este acumularea de țesut adipos care are loc în organism în jurul organelor interne și, mai evident, la nivelul glandelor mamare și în jurul taliei atât la bărbați, cât și la femei. Poate

fi dificil să distingem lipohipertrofia de simpla creștere în greutate și nu există un singur test care să determine acest lucru.

Începerea ARV duce la o „revenire la starea de sănătate” și aceasta duce adesea la creșterea ponderala, si nu întotdeauna în locurile potrivite. Noi publicatii cu privire la rolul ARV in lipodistrofie si cresterea ponderala apar în mod constant.

Tratamentele cosmetice (filler-uri) pentru lipoatrofia facială pot fi folosite cu succes în HIV pentru a reduce semnele evidente ale pierderii de grăsime facială. Lipoatrofia care implică fesele poate face anumite poziții de șezut inconfortabile, iar somnul și îmbăierea pot fi dificile. Excesul de lipoatrofie la femei poate necesita interventie chirurgicala pentru reducerea sânilor.

CREIERUL SI SISTEMUL NERVOS

HIV în sine poate afecta atât sistemul nervos central, cât și cel periferic, în timp ce infecțiile oportuniste precum toxoplasmoza cerebrală, encefalita CMV, meningita criptococică sau tuberculoasă și limfomul primar cerebral pot fi adesea prezentarea inițială a infecției HIV. La cei cu infecție HIV netratată sau cu un număr scăzut de limfocite CD4, afectarea cerebrală este mai severă și poate fi fatală.

De la apariția ARV, prevalența demenței HIV a scăzut. Cu toate acestea, la cei a căror infecție HIV nu este bine controlată sau care au avut o afectare cerebrală anterioară unele tulburări neurocognitive persista.

Neuropatia periferică, frecventă la PLHIV, se poate datora direct unor ARV [Tabelul 1], altor medicamente, deficiențe de vitamine, diabet și excesului de alcool.

OCHIUL

Odată ce sistemul imunitar a fost restabilit cu ajutorul ARV, nu există afecțiuni oculare specifice care să pară a fi asociate cu HIV însuși. Icterus scleral și/sau tegumentar poate fi cauzat de atazanavir și Evoxaz, prin

hiperbilirubinemiei neconjugată, care nu are nicio consecință clinică, dar trebuie luate în considerare alte motive de icter. Monitorizarea și tratamentul afecțiunilor oculare ar trebui să fie ca și pentru populația generală.

SECȚIUNEA 3

Nu rata un nou diagnostic de infecție HIV

Necesitatea de a diagnostica HIV în mod eficient

Testarea HIV este simplă și esențială pentru a obține acces la prevenirea, tratamentul, îngrijirea și suportul pentru HIV. Este vital să existe căi clinice pentru a îmbunătăți testarea HIV și pentru ca toți profesioniștii din domeniul sănătății să știe când un diagnostic HIV este posibil și apoi să ofere testarea.

În Europa, se estimează că o treime din infecțiile HIV nu sunt diagnosticate și ca aproximativ 50% dintre persoanele nou depistate cu infecție HIV sunt tratate cu întârziere (cu un număr de CD4 <350), ceea ce determina adesea la o boală clinică severă (care ar fi putut fi evitată) și un risc crescut de deces.

Această secțiune este utilă în practica clinică pentru medici și asistente, incluzând medicii de familie, personalului din serviciile de urgențe și personalului medical din specialitățile non-HIV, care acorda îngrijiri persoanelor care ar putea avea infecție HIV și sunt nedagnosticati. De asemenea, oferă o bază pentru diagnosticarea infecției HIV într-o varietate de situații, astfel încât nu toate aspectele prezentate vor fi relevante pentru specialitatea dumneavoastră.

Indiferent de calea de contactare a HIV, subutilizarea testării are ca rezultat diagnosticarea târzie și riscul de boli grave, posibil ireversibile și de deces. Diagnosticul precoce reduce

transmiterea ulterioară, îmbunătățește starea de sanătate, scăzând astfel morbiditatea și mortalitatea cauzate de boala asociată HIV.

Barierile în calea testării includ percepția scăzută de a fi expus riscului, dificultatea de a dezvălui riscul de teama de stigmatizare sau discriminare și eșecul profesioniștilor din domeniul sănătății de a oferi testarea HIV ca parte a îngrijirii de rutină sau de a evalua sau înțelege factorii de risc sau prezentările clinice ale suspectării HIV.

O proporție semnificativă dintre cei diagnosticați în cele din urmă s-au prezentat adesea, în mod repetat la unități de asistență medicală, cum ar fi Servicii de Urgență sau la medicii de familie cu simptome și semne sugestive de infecție HIV și au ramas nedagnosticati. Acesta este grupul de cadre medicale pe care se focusesează în mod special această secțiune, cu scopul de a recunoaște și de a recomanda testarea HIV.



justri.
www.justri.org

Ar putea fi infecție HIV?
*Un ghid pentru a diagnostica cât
mai precoce infecția HIV*

mai pres

**Ar putea
fi infecție HIV?**

Un ghid pentru a diagnostica
cât mai precoce infecția HIV

www.justri.org/could-this-be-hiv

Pe cine să vizăm (populația tinta) pentru testarea HIV?

Ratele de testare HIV sunt cele mai ridicate în situațiile în care testul este prezent ca fiind de rutină, cum ar fi clinicile de sănătate sexuală sau prenatale. Cercetările au arătat în mod constant că, indiferent de locul în care este oferit, oamenii nu sunt deranjați dacă li se recomandă testarea HIV.

Un mod de acțiune proactiv este dacă testul HIV este luat în considerare când se recoltează probe de sânge și cu siguranță atunci la persoanele care au un risc crescut HIV. **Acești situații includ:**

1. parteneri sexuali sau copii ai celor cunoscuți a fi infectați cu HIV
2. cei cu o infecție cu transmitere sexuală
3. bărbați care fac sex cu bărbați
4. proveniența dintr-un loc cu prevalență înaltă a HIV (>0,1%), cum ar fi toată Africa Subsahariană și sudul Londrei
5. istoric de consum de droguri injectabile
6. istoric de lucrator sexual
7. solicitarea unui test HIV
8. expunerea la sânge sau întepatura cu un ac
9. prezența unei afecțiuni indicatoare (vezi mai jos)

CONDIȚII INDICATOARE (DEFINITORII)

Există dovezi puternice cum că este benefică utilizarea condițiilor indicatoare (Anexele 1 și 2) pentru a vizita pacienții cărora ar trebui să li se ofere testarea. Trei grupuri de afecțiuni indicatorii au fost identificate de 'HIV in Europe' www.hiveurope.eu/Portals/0/Guidance.pdf.pdf (Anexa 1) ca fiind relevante pentru a lua în considerare testarea persoanelor cu:

1. **Condiții care sunt definitorii SIDA** (lipsa testării înseamnă în mod clar o practică clinică deficitară)
 2. **Condiții asociate cu o prevalență nedignosticată de peste 0,1%** (testarea ar trebui ferm recomandată)
 3. **Condiții în care neidentificarea prezenței infecției HIV ar fi în defavoarea managementului clinic al individului**, precum utilizarea terapiei imunosupresoare (testare recomandată)
- Jusqu'à récemment, le besoin de conseils approfondis avant le test (counselling pré-test) et le consentement écrit représentaient un obstacle à la bonne volonté de certains prestataires de service d'offrir le test VIH. Il a été démontré que plus un médecin est junior, plus il est susceptible de proposer un test de dépistage. Les infirmières sont souvent les mieux placées pour évaluer les besoins en information, fournir des ressources sur la transmission, la prévention, le traitement et le soutien ainsi que de discuter l'offre du test VIH.

L'identification d'une situation clinique révélatrice servant d'indicateur permet d'inciter le prestataire de service de recommander le test VIH et de normaliser le processus, bien que le

dépistage du VIH doive être proposé à tous les patients lors de leur première consultation en médecine générale et dans les cliniques spécialisées.

Cum să implementăm testarea?

Modul în care se coordonează testarea HIV va fi specific și adaptat condițiilor locale din clinica dumneavoastră. Mai jos sunt prezentate câteva aspecte generale care trebuie luate în considerare.

Este important să aveți un plan despre cum să vă ocupați de o persoană care se prezintă în serviciul dumneavoastră cu o afecțiune indicatorie HIV. Dacă vă aflați într-un spital, vă recomandăm să vă referiți la serviciul de dispensarizare HIV sau, în medicina de familie, la furnizorii locali de testare HIV sau la un spital local. Cu toate acestea, indiferent de plan,

trebuie să existe o cale clară pentru a oferi testare, pentru a evalua rezultatele și pentru a acționa în conformitate cu acestea. Desigur, cel mai bine ar fi să oferiți testare promptă în serviciul dumneavoastră și apoi să contactați imediat serviciul local de HIV, dar acest lucru s-ar putea să nu fie întotdeauna posibil.

TESTE HIV

Tipul de teste HIV pe care le utilizați pentru diagnostic poate varia și cel mai bine ar fi să discutați despre cele care ar fi cele mai potrivite cu laboratorul local de serologie.

EDUCAȚIE ȘI INSTRUIRE

Dacă oferiți testare în serviciul dvs., este important ca personalul care furnizează testarea să fie bine instruit și competent, să discute despre testare și să o efectueze. Această instruire poate fi asigurată de obicei de serviciile locale

HIV. Ar trebui să fie de competența oricărui medic sau asistent medical calificat să ofere un test HIV și cu cât testezi mai mult, cu atât devine mai ușor și mai de rutină.

Oferirea unui test HIV

Planificați în prealabil modul de a oferi testarea, care ar trebui efectuată într-un mediu confidențial. Fiți explicit în limba dvs. atunci când oferiți testul. Un bun exemplu ar fi să spunem: „Ați fost diagnosticat cu [numiți condiția definitivă] și facem în mod obișnuit

niște teste, care includ unul pentru HIV, tuturor celor care au această afecțiune. Este ok?” Informațiile scrise despre testare trebuie să fie disponibile și pacientului trebuie să i se acorde suficient timp pentru a pune întrebări și a discuta despre frământările sale.

ÎNTREBĂRI ADRESATE FRECVENT:

Î Crezi că am HIV?

R Nu știu, dar recomandăm în mod obișnuit un test HIV tuturor celor cu această afecțiune.

Î Cine va ști că am fost testat?

R Ca și în cazul tuturor testelor pe care le facem, testul HIV este confidențial și doar echipa clinică care se ocupă de dumneavoastră va ști că ați fost testat.

Î Nu sunt expus riscului de HIV – de ce am nevoie de un test?

R Mulți oameni sunt expuși riscului de infecție fără să știe; cu excepția cazului în care v-ați testat recent, le-am recomanda tuturor celor cu această afecțiune să facă un test HIV pentru a afla ce este în neregulă cu sănătatea dumneavoastră.

CÂND UN PACIENT REFUZĂ TESTAREA

Dacă pacientul refuză un test HIV, ar trebui explorate motivele pentru a se asigura că acesta nu se bazează pe convingeri incorecte despre virus sau despre consecințele testării. Ar trebui explicate riscurile potențiale în ceea ce privește complicațiile afecțiunii pe care le au. Ei nu ar trebui să fie presați pentru

a fi testați, dar oportunitățile de testare la o dată ulterioară sau o vizită la clinică nu trebuie ratate și/sau trimitere către serviciile locale de sănătate sexuală sau HIV dacă îngrijorările dumneavoastră sunt mari. Adesea, cei care refuză testarea știu că sunt deja infectați.

DISCUȚIE POST-TESTARE:

Acest lucru va depinde de rezultat

Dacă testul HIV este negativ:

...discuția va trebui să acopere perioada de fereastră în cazul în care suspiciunea de HIV este foarte ianlta, cum ar fi o boală asemănătoare seroconversiei, unde se recomandă trimiterea promptă pentru evaluare și testarea ARN- HIV. Există o oportunitate pentru promovarea sănătății și nivelul acesteia va fi determinat de cadrul testării. Ar trebui să existe planuri pentru semnalizarea în continuare a pacienților pentru sprijin și furnizare de informații (de exemplu, site-uri web sau alți profesioniști din domeniul sănătății).

Dacă testul HIV este pozitiv:

...este vital ca mediul de asistență medicală să aibă o politică scrisă, clar stabilita cu privire la modul de gestionare a unui test HIV pozitiv. Aspectele importante de luat în considerare sunt cum urmează să fie dat rezultatul testului, unde și de către cine. La fel ca orice comunicare importantă legată de sănătate, obținerea unui rezultat HIV pozitiv ar trebui tratată cu empatie și cu un plan clar a ceea ce se va întâmpla în continuare. Aranjamentele pentru trimiterea sau transferul rapid către serviciile HIV adecvate, așa cum ar fi cazul oricărei afecțiuni grave de sănătate, trebuie să fie în vigoare și clare. Persoana ar trebui să fie informată cu privire la necesitatea de a-si proteja partenerii sexuali actuali și viitori și/ sau a celor cu care foloseste în comun ace sau alte obiecte intepatoare și trebuie discutată si notificarea partenerului.

Appendix 1: Definiții ale afecțiunilor indicatorii și recomandări pentru testarea HIV

TESTAREA HIV ESTE OBLIGATORIE IN CAZ DE:

Afecțiuni defnitorii-SIDA*

Neoplazii:

- Cancer de col uterin
- Limfom malign non-Hodgkin
- Sarcom Kaposi

Infecții virale

- Retinita cu virus citomegalic
- Afecțiuni determinate de citomegalovirus, exceptând afectarea hepatică, splenică și glandulară
- Infecții cu Herpes simplex, ulcere prelungite > 1 lună/bronșite, pneumonii
- Leucoencefalopatia multifocală progresivă

Infecții parazitare

- Toxoplasmoza cerebrală
- Cryptosporidioză >1 lună
- Enterocolita cu Isospora >1 lună
- Leishmanioza atipică diseminată
- Reactivare de Tripanosomiază americană (meningoencefalită sau miocardită)

Infecții bacteriene

- Mycobacterium tuberculosis (tuberculoză), afectare pulmonară și extrapulmonară
- Infecții cu Mycobacterium avium complex (MAC) sau Mycobacterium kansasii, afectare diseminată sau extrapulmonară
- Infecții cu Mycobacterium, alte specii, afectare diseminată sau extrapulmonară
- Pneumonie recurentă (2 sau mai multe episoade într-un an)
- Sepsis cu Salmonella, recurent

Infecții fungice:

- Pneumonie cu Pneumocystis jirovecii
- Esofagita candidozică
- Candidoza pulmonară
- Cryptococoza extrapulmonară
- Histoplasmoza diseminată/ extrapulmonară
- Coccidiomicoza, diseminată sau extrapulmonară
- Penicillinoza diseminată

* conform sistemelor de clasificare CDC și OMS.

TESTAREA HIV ESTE OBLIGATORIE ÎN CAZ DE:

Afecțiuni asociate/probabil în context de infecție HIV nediagnosticată în regiuni cu prevalența > 0.1%

- Infecții cu transmitere pe cale sexuală
- Limfom malign
- Displazie/cancer anal
- Displazie de col uterin
- Herpes zoster
- Hepatita cu virus B sau C (acută sau cronică)
- Sindrom mononucleosis-like
- Leucopenie/trombocitopenie de cauză necunoscută, prelungită >1 lună
- Exantem/dermatită seboreică
- Afecțiune pneumococică invazivă
- Febră de cauză necunoscută
- Candidemie
- Leishmanioză viscerală
- Sarcina (implicații pentru făt)
- Neoplasm pulmonar primar
- Meningita limfocitară
- Leucoplazie păroasă a limbii
- Psoriazis sever/atipic
- Sindrom Guillain-Barre
- Mononevrită
- Demență subcorticală
- Afecțiuni de tip scleroză multiplă
- Neuropatie periferică
- Hepatita A
- Simptome de cauză necunoscută:
 - » Scădere ponderală
 - » Limfadenopatie
 - » Candidoză orală
 - » Diaree cronică
 - » Insuficiență renală cronică
- Pneumonie comunitară
- Candidoză

AR FI DE PREFERAT SA SE EFECTUEZE TESTAREA HIV ÎN:

Afecțiunile în care prin lipsa identificării HIV, poate să apară un impact negativ major asupra managementului clinic al pacientului, în ciuda faptului că prevalența estimată a infecției HIV este cel mai probabil <0.1%

- Afecțiuni ce necesită terapie imunosupresoare agresivă:
 - » Neoplazii
 - » Transplant
 - » Afecțiuni autoimune ce necesită tratament imunosupresor
- Formațiuni cerebrale primare înlocuitoare de spațiu
- Purpura trombocitopenică idiopatică

Appendix 2:

Afecțiunile indicatoare grupate în funcție de specialitate

CUVINTE CHEIE :

- ➔ Definitoriu SIDA
- ⇒ Afecțiuni ce asociază/ este foarte probabil să asocieze o infecție HIV nedagnosticată, prevalența >0.1% - testare recomandată în mod obligatoriu
- Afecțiune în cazul căreia, nedagnosticarea HIV poate determina implicații severe pentru managementul clinic al pacientului

ONCOLOGIE

- ➔ Limfom non-Hodgkin
- ➔ Sarcom Kaposi
- ⇒ Neoplasm pulmonar primar
- ⇒ Displazie/neoplazie anală
- Neoplazie ce necesită terapie imuno-supresivă agresivă

REUMATOLOGIE

- Afecțiuni autoimune tratate cu terapii imunosupresoare agresive

BOLI RESPIRATORII/ PNEUMOLOGIE

- ➔ Tuberculoză
- ➔ Pneumonie cu *Pneumocystis jirovecii*
- ➔ Pneumonie recurentă
- ➔ Afectare pulmonară în context de MAC
- ➔ Histoplasmoză diseminată/ extrapulmonară
- ➔ Bronșită/pneumonie cu Herpes zoster
- ➔ Candidoză la nivel bronșic/ pulmonar
- ⇒ Pneumonie comunitară

STOMATOLOGIE

- ➔ Candidoză, orală sau esofagiană
- ➔ Sarcom Kaposi
- ⇒ Leucoplazie păroasă a limbii

ORL

- ➔ Candidoză traheală/esofagiană
- ⇒ Sindrom mononucleosis-like

NEUROLOGIE ȘI NEUROCHIRURGIE

- ➔ Toxoplasmoză cerebrală
- ➔ Cryptococcoză, formă extrapulmonară
- ➔ Leucoencefalopatie multifocală progresivă
- ➔ Reactivare a trypanosomiazii americane (afectare miocardică sau meningoencefalită)
- ⇒ Sindrom Guillain Barre
- ⇒ Mononevrită
- ⇒ Demența subcorticală
- ⇒ Afecțiuni de tipul sclerozei multiple
- ⇒ Neuropatie periferică
- Formațiuni cerebrale înlocuitoare de spațiu

OBSTETRICĂ/GINECOLOGIE

- ➔ Neoplasm de col uterin
- ⇒ Infecții cu transmitere pe cale sexuală
- ⇒ Hepatită cu virus B sau C (formă acută sau cronică)
- ⇒ Sarcina (implicații pentru făt)
- ⇒ Displazie de col uterin

DERMATOLOGIE/ DERMATOVENEROLOGIE/AFECTIUNI GENITO-URINARE

- ➔ Sarcom Kaposi
- ➔ Ulcere tip herpes simplex
- ➔ Leishmaniaza atipică diseminată
- ➔ Penicilinoza diseminată
- ⇒ Dermatită seboreică/exantem
- ⇒ Herpes zoster
- ⇒ Infecții cu transmitere pe cale sexuală
- ⇒ Hepatită cu virus B sau C (acută sau cronică)
- ⇒ Psoriasis sever sau refractar
- ⇒ Candidemie
- ⇒ Candidoză

NEFROLOGIE

- ⇒ Afectare renală cronică de cauză necunoscută

GASTROENTEROLOGIE/HEPATOLOGIE

- ➔ Diaree cu *Criptosporidium* >1 lună
- ➔ *Microsporidioză* > 1 lună
- ➔ Enterocolita cu *Isospora* >1 lună
- ➔ *Candidoză* esofagiană
- ⇒ Hepatită cu virus B sau C (infecție acută sau cronică)
- ⇒ Diaree cronică de cauză necunoscută

HEMATOLOGIE

- ➔ Limfom non-Hodgkin
- ⇒ Limfom malign
- ⇒ Leucopenie/trombocitopenie cu durată >4 săptămâni, de cauză necunoscută
- ⇒ Limfadenopatie de cauză necunoscută
- Purpura trombocică trombocitopenică

MEDICINĂ DE FAMILIE ȘI MEDICINĂ DE URGENȚĂ

Simptomatologie ce se asociază cu oricare din cele mai sus menționate

BOLI INFECȚIOASE/MEDICINĂ INTERNĂ

- ➔ Tuberculoză
- ➔ Mycobacterium tuberculosis, localizare pulmonară sau extrapulmonară
- ➔ Mycobacterium avium complex (MAC) sau infecție diseminată cu Mycobacterium kansasii
- ➔ sau extrapulmonară
- ➔ Mycobacterium, alte specii sau specii neidentificate încă, forme diseminate sau extrapulmonare
- ➔ Pneumonie recurentă (2 sau mai multe episoade în 12 luni)
- ➔ Pneumonie cu Pneumocystis jirovecii
- ➔ Cryptococoză, forma extrapulmonară
- ➔ Septicemie cu Salmonella
- ➔ Infecții cu virus citomegalic (exceptând localizarea la nivelul ficatului, splinei, ganglionilor)
- ➔ Ulcere datorate virus Herpes simplex cu durată > 1 lună sau bronșită/pneumonie
- ➔ Candidoză la nivel bronșic/trahee/plămâni
- ➔ Candidoză esofagiană
- ➔ Leishmaniază atipică diseminată
- ➔ Histoplasmoză diseminată/extrapulmonară
- ➔ Coccidiomicoză diseminată/extrapulmonară
- ➔ Reactivarea trypanosomiazăi americane (afectare miocardică sau meningoencefalită)
- ➔ Penicilinoză diseminată
- ⇒ Infecții cu transmitere sexuală
- ⇒ Hepatită cu virus B sau C (acută sau cronică)
- ⇒ Sindrom mononucleosis-like
- ⇒ Boală pneumococică invazivă
- ⇒ Herpes zoster
- ⇒ Meningita limfocitară
- ⇒ Leishmaniază viscerală
- ⇒ Scădere ponderală inexplicabilă
- ⇒ Febră de cauză necunoscută
- ⇒ Diaree cronică de cauză necunoscută
- ⇒ Adenopatii de cauză necunoscută
- ⇒ Leucopenie/trombocitopenie cu durată >4 săptămâni, de cauză necunoscută

justri.
www.justri.org

cu mulțumire către sponsorului nostru

