

Anomalie respiratorie nel soggetto affetto da virus dell'immunodeficienza umana

P. Héloret, H. Ferrand, P. Créquit, J.-M. Naccache, A. Parrot, J. Cadranel

Le anomalie respiratorie osservate nelle persone affette da virus dell'immunodeficienza umana (HIV) sono varie e possono trovarsi in rapporto o meno con questo contesto particolare. Si sono evolute nel tempo grazie a una migliore conoscenza dell'infezione da HIV, all'introduzione di trattamenti antiretrovirali e alla prescrizione di trattamenti profilattici che hanno permesso di rendere questa infezione, mortale all'inizio degli anni '80, una malattia cronica. La diagnosi di ogni danno polmonare dipende, in particolare, dalla conta di linfociti CD4, dall'assunzione di una terapia antiretrovirale e da un'eventuale profilassi. Inoltre, l'anamnesi, l'esame obiettivo e l'aspetto radiologico aiutano l'orientamento diagnostico e la gestione. Un stessa patologia può assumere aspetti diversi in funzione dello stato immunitario del paziente. La polmonite batterica è la principale causa di malattia polmonare nei pazienti affetti da HIV. La tubercolosi e la pneumocistosi sono le due principali infezioni opportunistiche polmonari. Dopo gli antiretrovirali è apparsa una nuova patologia: la sindrome infiammatoria da immunoricostruzione. L'incidenza dei linfomi e dei cancri del polmone aumenta a causa dell'allungamento dell'aspettativa di vita. La broncopneumopatia cronica ostruttiva è una causa importante di morbilità e mortalità in questa popolazione, in cui il tasso di fumatori è elevato. In questo articolo si propone un aggiornamento sul processo diagnostico e sulle principali eziologie di fronte a un'anomalia respiratoria in un paziente affetto da HIV.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: HIV; Anomalie delle vie respiratorie; Conta di CD4; Approccio diagnostico; Radiografia del torace

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
■ Approccio diagnostico	1
Clinica	2
Esami radiologici	2
Esami microbiologici e di laboratorio	2
■ Orientamento eziologico	3
Malattie infettive	3
Patologie tumorali	5
Patologie non infettive non tumorali	5
■ Conclusioni	6

■ Introduzione

Le anomalie respiratorie nelle persone affette da virus dell'immunodeficienza umana (HIV) sono frequenti e, talora, gravi. Le loro cause sono estremamente varie, infettive, tumorali e aspecifiche, e si sono evolute dopo l'introduzione dei farmaci antiretrovirali (ARV). Inoltre, le caratteristiche cliniche e radiolo-

giche possono variare a seconda del grado di immunodepressione e dell'assunzione o meno di una profilassi. Gli ARV hanno permesso di far diminuire l'incidenza delle infezioni opportunistiche ricostituendo l'immunità, mentre l'incidenza di altre patologie non è stata modificata da questi trattamenti (polmonite batterica, tubercolosi). Tuttavia, la loro prescrizione può essere complicata da una sindrome infiammatoria da immunoricostruzione (IRIS). A causa dell'allungamento dell'aspettativa di vita, alcune malattie non infettive che erano rare nelle persone affette da HIV hanno visto aumentare la loro incidenza: broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), dilatazione dei bronchi, cancro del polmone e ipertensione arteriosa polmonare (IAP). Al giorno d'oggi, conviene, dunque, pensarci, per poter porre la diagnosi.

Questo articolo fornisce un aggiornamento sull'approccio diagnostico e sui principali orientamenti eziologici davanti ad anomalie respiratorie che compaiono in persone affette da HIV.

■ Approccio diagnostico

Un test HIV dovrebbe essere facilmente proposto in caso di consulto del medico di medicina generale. Inoltre, deve essere sistematicamente realizzato in caso di condotta a rischio, di

segni aspecifici di immunodepressione (candidosi orale, diarrea, poliadenopatie, alterazione dello stato generale) e di infezione respiratoria, come la polmonite batterica o la tubercolosi.

“ Punto importante

A chi proporre un test HIV?

- A tutti i pazienti con condotta a rischio.
- Di fronte a una tubercolosi, a una polmonite batterica e a una pneumopatia interstiziale diffusa.
- Ad ogni paziente con sintomi generali aspecifici: alterazione dello stato generale, poliadenopatie, diarrea cronica.

Clinica

L'approccio diagnostico comincia come in chiunque presenti tosse o affanno all'anamnesi e, in particolar modo, con la raccolta di informazioni riguardo alle condizioni generali e alla ricerca di sintomi associati.

L'età, il paese di nascita e di residenza, la conoscenza dello stato di sieropositività per HIV, la data della diagnosi, la conta di CD4 e la carica virale, la prescrizione del trattamento antiretrovirale e l'aderenza ad esso, la storia di infezioni opportunistiche e l'assunzione di una profilassi (cotrimossazolo, atovaquone, ecc.) sono tutti elementi necessari a questo fine. Anche l'uso di tabacco (cannabis compresa) e di droghe per via endovenosa sono fattori da tenere in considerazione. Le infezioni opportunistiche si verificano più frequentemente tra i pazienti non consapevoli della loro sieropositività o che hanno una scarsa aderenza al trattamento.

La modalità di instaurazione e la durata dei sintomi della malattia così come i segni generali ed extrarespiratori orientano anch'essi la diagnosi. L'auscultazione polmonare è necessaria, ma molto poco specifica. Può essere normale, nonostante una malattia polmonare nota, o rifarsi agli elementi di semeiologia classica.

Esami radiologici

La radiografia toracica in proiezione anteriore e laterale è il primo esame necessario. Essa fornisce i primi elementi di orientamento diagnostico (Tabella 1). L'impiego della TC toracica dovrebbe essere abbastanza ampio, a causa della mancanza di specificità da parte della radiografia toracica e al fine di chiarire alcune anomalie. Gli aspetti radiologici sono messi a confronto nel corso degli orientamenti eziologici. Tuttavia, la presenza di un versamento pleurico o di uno pneumotorace, di una pneumopatia interstiziale diffusa, di opacità escavate, di un'atelettasia lobare o di una linfoadenopatia mediastinica impone la richiesta di un consulto pneumologico specializzato, che conduce, il più delle volte, al ricovero ospedaliero.

Esami microbiologici e di laboratorio

Sul piano biologico, è necessario, in assenza di referiti recenti, sapere la conta di linfociti CD4, per poter conoscere l'assetto immunitario del paziente. Infatti, se la conta di CD4 è elevata e la carica virale è controllata in un paziente che osserva la terapia, l'approccio può restare clinico e identico a quello che si avrebbe con una persona non affetta da HIV. In caso di febbre, la maggior parte delle infezioni respiratorie è benigna (rinofaringiti, sinusiti, bronchiti). In caso di quadro clinico di polmonite, si inizia, nei tempi più brevi possibili, un'antibioticoterapia empirica con amoxicillina. La radiografia del torace conferma la diagnosi. In assenza di febbre, conviene ricercare una BPCO, un cancro del polmone o, più raramente, un'IAP.

In un malato in cui è stata appena scoperta la sieropositività o con infezione da HIV non controllata, è più spesso

Tabella 1.

Strategia diagnostica basata sulla radiografia del torace.

Aspetto radiologico	Cause principali
Radiografia toracica normale	<p><i>Malato non trattato</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Polmonite batterica incipiente - Infezione opportunistica incipiente: pneumocistosi, tubercolosi, sarcoma di Kaposi, criptococcosi (soprattutto se CD4 < 200/mm³) <p><i>Malato trattato</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - BPCO - IAP, embolia polmonare
Opacità alveolari o nodulari	<p><i>Malato non trattato</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Polmonite batterica - Tubercolosi <p><i>Malato trattato</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Polmonite batterica - Linfoma - Cancro broncopolmonare
Opacità interstiziali	<p><i>Malato non trattato</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pneumocistosi - Polmonite batterica - Sarcoma di Kaposi - Tubercolosi - Pneumopatia interstiziale linfoidi <p><i>Malato trattato</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Polmonite batterica - Edema polmonare - Pneumopatia iatrogena
Versamento pleurico	<ul style="list-style-type: none"> - Pleuropolmonite batterica - Tubercolosi - Sarcoma di Kaposi
Linfoadenopatia mediastinica	<ul style="list-style-type: none"> - Tubercolosi linfonodale - Linfoma - Criptococcosi - Micobatterio atipico - Sarcoma di Kaposi

BPCO: broncopneumopatia cronica ostruttiva; IAP: ipertensione arteriosa polmonare.

necessario orientare il paziente verso un centro specializzato. Se si sospetta una polmonite batterica, un esame citobatteriologico accurato dell'espettorato può aiutare nella diagnosi; lo stesso vale anche per la ricerca degli antigeni di legionella e pneumococco. Devono essere, comunque, realizzate delle emocolture, poiché le polmoniti batteriche sono più frequenti che nella popolazione generale. In caso di pneumopatia interstiziale diffusa che suggerisce una pneumocistosi, la broncoscopia con lavaggio broncoalveolare (BAL) resta l'esame di riferimento, anche se, in certe condizioni, può essere rimpiazzata dalla realizzazione di un'espettorazione indotta tramite soluzione fisiologica ipertonica.

In caso di sospetta tubercolosi, deve essere eseguita una ricerca ripetuta di bacilli acido-alcol-resistenti nell'espettorato.

“ Punto importante

Chi far ricoverare di fronte a un quadro di anomalia respiratoria in un paziente con HIV?

- I pazienti fortemente immunodepressi (meno di 250 CD4/mm³).
- I pazienti con pneumopatia interstiziale diffusa.
- I pazienti con segni di gravità: segni di distress respiratorio acuto.
- I pazienti con fallimento del trattamento antibiotico di prima linea, nel quadro di una polmonite batterica.
- I pazienti con versamento pleurico o pneumotorace.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3464991>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3464991>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)