

Info tratte dal sito web: <http://www.helpaids.it>

Sei in: [Home](#) → Vivere con l'HIV → [La terapia](#) → Profilassi post-esposizione sessuale
(Aggiornamento: 7 ottobre 2008)

PROFILASSI POST-ESPOSIZIONE NON OCCUPAZIONALE

Trattiamo di tre casi:

- 1) Esposizione sessuale
- 2) Puntura accidentale con ago abbandonato nell'ambiente
- 3) Scambio di ago/siringhe per uso di droghe per via venosa

Il dibattito scientifico da alcuni anni affronta il problema dell'indicazione alla profilassi dopo esposizione non occupazionale da HIV, con particolare riferimento alle esposizioni sessuali o allo scambio di aghi infetti nella popolazione tossicodipendente (d'ora in poi: TD) per via endovenosa. Al momento attuale non esistono linee guida in materia ma solo "indicazioni" di comportamento che considerano i seguenti fattori:

La terapia antiretrovirale non deve mai sostituirsi alla necessità di adottare precauzioni per evitare l'esposizione di HIV.

Non esistono dati conclusivi riguardo all'efficacia di questa profilassi dopo esposizione non occupazionale di HIV.

Un rischio di esposizione sessuale o di scambio d'ago nella popolazione TD comporta un rischio di esposizione nei confronti di malattie batteriche e virali diverse da HIV, pertanto tutte le persone valutate per PPE devono essere sottoposte a counseling e screening per le più comuni patologie a trasmissione non occupazionali e istruite su specifici comportamenti di riduzione del danno.

I fattori che condizionano l'efficacia della PPE sono:

1. la probabilità che il contatto fonte sia HIV+;
2. la probabilità di trasmissione in funzione della modalità di contatto;
3. l'intervallo tra l'esposizione e l'inizio della profilassi;
4. l'efficacia dei farmaci utilizzati;
5. l'aderenza del paziente alle terapie.

Per quel che riguarda il rischio sessuale, i diversi studi effettuati riportano valori oscillanti tra 0.03% e 0.15% per la probabilità di trasmissione per singolo atto sessuale da maschio a femmina e tra 0.02% e 0.09% per l'analogia probabilità da femmina a maschio.

Il rischio di trasmissione per singolo rapporto oro-genitale non è invece stato mai quantificato con precisione, anche se negli ultimi anni è stato osservato che il 6-8% dei soggetti omosessuali di sesso maschile con recente infezione da HIV riferisce di avere acquisito l'infezione attraverso un rapporto oro-genitale recettivo con eiaculazione.

Diversamente, un recente studio condotto negli USA non ha evidenziato alcun rischio legato ai rapporti oro-genitali.

La tabella seguente indica che la probabilità di trasmissione dopo un'esposizione non occupazionale ad HIV è rilevante pertanto esiste il razionale scientifico per trasferire i dati raccolti sulla PPE anche in altre categorie di esposizione

Probabilità di trasmissione dopo un'esposizione non occupazionale ad HIV:

Modalità	Percentuale di probabilità
Trasfusione di sangue infetto	95%
Inoculo di ago contaminato in vena	0.7%
Puntura percutanea con ago contaminato	0.3%
Esposizione anale recettiva (penetrazione pene-ano)	0.1-0.3%
Esposizione vaginale recettiva (penetrazione pene-vagina)	0.08-0.2%

1) Esposizione di tipo sessuale

Le considerazioni riguardanti l'opportunità di iniziare una profilassi dopo esposizione non occupazionale vanno pertanto valutate caso per caso prendendo in considerazione le seguenti variabili:

- **la probabilità che il contatto fonte sia HIV+** → Ad eccezione dello stupro, la fonte deve essere HIV positiva nota per potere giustificare una PPE;
- **probabilità di trasmissione in funzione della modalità di contatto** → Per potere giustificare una PPE ci deve essere un rapporto senza profilattico o con rottura dello stesso, dopo rapporto completo vaginale o anale. La PPE può essere giustificata in rapporti penetrativi non completi in caso di sanguinamento, concomitante malattia a trasmissione sessuale attiva, ulcere genitali visibili;
- **l'intervallo tra l'esposizione e l'inizio della profilassi non deve superare le 36 ore;**
- **la frequenza di esposizione di HIV** → Il rischio di esposizione non deve essere reiterato.

Esposizione per via sessuale - Rapporti non protetti o nei quali sia avvenuta la rottura o lo scivolamento del profilattico:

Fonte infezione	Tipo di rapporto sessuale	Eseguire la PPE?
Fonte con infezione da HIV nota	Rapporto vaginale o anale, recettivo o insertivo	PPE raccomandata
Fonte con infezione da HIV nota	Rapporto oro-genitale recettivo con eiaculazione	PPE raccomandata
Fonte con infezione da HIV nota	Rapporto oro-genitale recettivo senza eiaculazione o insertivo	PPE considerata
Fonte con stato di infettività per HIV non noto	Rapporto vaginale o anale, recettivo o insertivo, e rapporto oro-genitale recettivo con eiaculazione con persona proveniente da aree o gruppi di popolazione ad alta prevalenza di infezione	PPE considerata
In tutti i casi di esposizione che non rientrino nei punti precedenti	In tutti i casi di esposizione che non rientrino nei punti precedenti	PPE sconsigliata

2) Puntura accidentale con ago abbandonato nell'ambiente

La puntura o ferita con aghi abbandonati nell'ambiente (strada, spiaggia, giardini), è causa tutt'altro che rara di accesso alle strutture sanitarie, specie di pronto soccorso.

Essa può avvenire sia in ambito occupazionale, per esempio negli operatori ecologici, che, in ambito non occupazionale, ed è solitamente associata ad inquietudine e preoccupazione nell'esposto o, in caso di bambini, nei genitori.

Nonostante la plausibilità biologica e la possibilità sperimentale di isolare virus dal sangue contenuto nei sistemi ago-siringa (anche dopo un periodo di alcuni giorni e a diverse temperature o gradi di umidità), non è mai stato documentato alcun caso di infezione da HIV, ed in realtà neanche da HBV o HCV (cioè: epatiti B e C), in seguito ad esposizione con aghi abbandonati nell'ambiente.

Dal punto di vista teorico il rischio di infezione attraverso questa modalità dipende dalla probabilità che l'ago in questione sia stato utilizzato da una persona infetta (praticamente dalla prevalenza di infezione tra i tossicodipendenti) e dalla carica virale in grado di trasmettere l'infezione che residua nel tempo nel sangue contenuto nell'ago.

La bassa probabilità che il sangue coagulato eventualmente contenuto nell'ago contenga particelle virali ancora infettanti è la principale spiegazione della mancanza di casi documentati attraverso questa modalità di trasmissione.

Nella valutazione epidemiologica, va inoltre considerato l'effetto "meccanico" di rimozione del materiale contaminato che l'ago spesso subisce nell'attraversare indumenti prima di penetrare la cute.

Per tali motivi la PPE dopo questo tipo di esposizione non è generalmente presa in considerazione e il counselling degli esposti attraverso questa modalità deve pertanto tendere essenzialmente a rassicurare.

La ricerca dell'HIV e il test anticorpale sul materiale residuo nella siringa non sono raccomandati.

Fanno eccezione le raccomandazioni del Gruppo pediatrico SIDA e della Sottocommissione clinica della Commissione federale per i problemi inerenti l'aids della Federazione Svizzera, Cantone Italiano, nelle quali si suggerisce il ricorso alla PPE quando la siringa contenga "sangue fresco visibile e la ferita sia profonda o l'utilizzatore sia noto come soggetto con infezione da HIV".

3) Scambio di ago/siringhe per uso di droghe per via venosa

La stima dell'efficacia di trasmissione attraverso lo scambio di siringa tra tossicodipendenti è resa difficile dalla contemporanea presenza di altri fattori di rischio difficilmente scindibili e quantificabili, quali lo scambio di altri oggetti legati all'assunzione di droghe e la frequenza di rapporti sessuali a rischio.

Nella maggior parte dei modelli tale probabilità viene stimata sulla base del rischio di infezione per puntura con ago in operatori sanitari.

In considerazione della diversa quantità di sangue trasferibile, fino a 100 volte superiore in una siringa rispetto ad un ago, è tuttavia plausibile che la probabilità di infezione per singola iniezione con una siringa contaminata sia maggiore di quella per singola puntura con ago.

Un modello che stima tale probabilità come funzione della prevalenza dell'infezione tra i tossicodipendenti, della frequenza di scambio e del tempo medio di incubazione dell'AIDS, produce una stima dello 0.67% in caso di uso per iniezione endovenosa di ago e siringa utilizzati da una persona infetta, circa il doppio di quella per puntura con ago in operatori sanitari.