



Infezioni opportunistiche e possibilità di profilassi in PWH e ospiti immunocompromessi.

Alessandra H. Behring
Università degli Studi di Milano
Ospedale L. Sacco



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI MILANO

Caso Clinico

- V. M. H. G.
- Sexworker, transgender M>F
- 51 anni
- con infezione da HIV diagnosticata nel 2010.
- Paziente di origine peruviana, rientrata in Italia a fine novembre 2024 dopo 7 anni in Perù.



Anamnesi e Prima Valutazione



Storia Clinica

Diagnosi di HIV nel 2010 con precedente follow-up presso nostro H.



Terapia Antiretrovirale

Dal 2014 al 2017 TDF/FTC+DRV+RTV.

Storia di scarsa aderenza con autosospensione nel 2017.



Infezioni Opportunistiche

Candidosi orofaringea (aprile 2024) e zoster toracico (settembre 2024)



Tubercolosi Recente

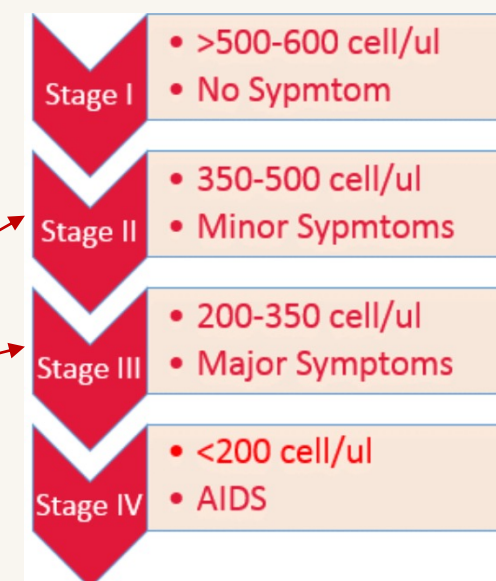
Tubercolosi polmonare resistente a isoniazide (aprile 2024), trattata con RZE + Lfx per 7 mesi (ultimo escreato positive 29/04/2024)

Riferita da Giugno 2024 reintroduzione di terapia antiretrovirale non nota che non sta assumendo da un mese e mezzo.

Alla visita del 23/12/2024

EO: riduzione del MV all'apice destro e qualche crepitio telespiratorio.

EON: completamente negativo.



Prescritta terapia con Biktarvy (BIC/TAF/FTC)
Programmazione di stretto follow-up a causa
dell'impossibilità di ottenere lo status STP



Accessi in Pronto Soccorso

03/01/2025



Accesso in PS Sacco per febbre (38°C) e artralgie.

PA 135/70, FC 100, FR 16, SpO2 100%.

Abbandona senza visita medica.

07/01/2025 (ore 7:00)



TC encefalo: non alterazioni tomodensitometriche endocraniche focali. Ematoma subgaleale in regione frontale.

06/01/2025 (ore 23:30)



Accesso in PS FBF tramite 118 per allucinazioni.

Paziente non informativa con barriera linguistica.

Risponde in spagnolo in modo incongruo.

Durante la permanenza in PS, il paziente mostra segni di disorientamento temporo-spaziale con PV relativamente stabili. Gli esami ematochimici mostrano leucocitosi (WBC 10.470) e iponatriemia (Na 121). Tossicologico su urine: negativo.

La radiografia del torace non evidenzia addensamenti parenchimali. Accentuazione della trama polmonare bilateralmente in presenza di multiple aspetti micronodulari diffusi ubiquitariamente.



Valutazione Infettivologica e Neurologica

Valutazione Infettivologica (07/01 ore 8)

Paziente disorientata e piretica con parametri vitali nei limiti.
Diagnosi sospetta: febbre, stato confusionale e allucinazioni in HIV+ con scarsa aderenza alla terapia.

Consigliata rachicentesi

inizio di terapia empirica: Ceftriaxone, Ampicillina e Acyclovir.

Valutazione Neurologica (07/01 ore 15)

Rachicentesi: Liquor inizialmente contaminato da globuli rossi, poi apparentemente limpido, con fuoriuscita goccia a goccia.

ESAMI SU LIQUOR

LCR-Glucosio	10	mg/dL	>40
LCR-Proteine totali	2906	mg/L	300-1200 (<1 mese di vita) 150-400 (Adulti)
LCR-Conta cellule			
Eritrociti	<0,002	$\times 10^{12}/L$	
Leucociti	0,508	$\times 10^9/L$	Fino a 0,020 (<1 mese di vita) Fino a 0,005 (Adulti)
Cellule mononucleate	16	%	
Cellule polimorfonucleate	85	%	
Totale cellule nucleate	0,510	$\times 10^9/L$	

Richiesti: colturale, PCR per virus neurotropi, micobatteri e HIV RNA su liquor.

La seconda valutazione infettivologica (07/01 ore 17) rileva un peggioramento clinico con paziente non contattabile, movimenti afinalistici al riflesso del dolore, segno di Lasegue positivo bilateralmente e rigor nucale. Non disponibile liquor sufficiente per PCR virus e HIV RNA. Richiesto antigene pneumococcico su urine e valutazione anestesiologicala.

Valutazione SAR (07/01 ore 18) Attualmente non indicazioni rianimatorie



Valutazione SAR (08/01 ore 10) paziente in stato di coma con GCS 7 (M4-V2-O1), eupnoica in respiro spontaneo con SpO2 100% in aria ambiente. L'esame obiettivo del torace mostra rantoli sparsi. Si procede con aspirazione tracheale e posizionamento di sondino nasogastrico.

Conferma Diagnostica

PCR positiva per
micobatteri su liquor
(R isoniazide/etambutolo)

Deterioramento Neurologico

Riduzione del GCS da 7 a 4
nell'arco di poche ore.

Complicanze Respiratorie

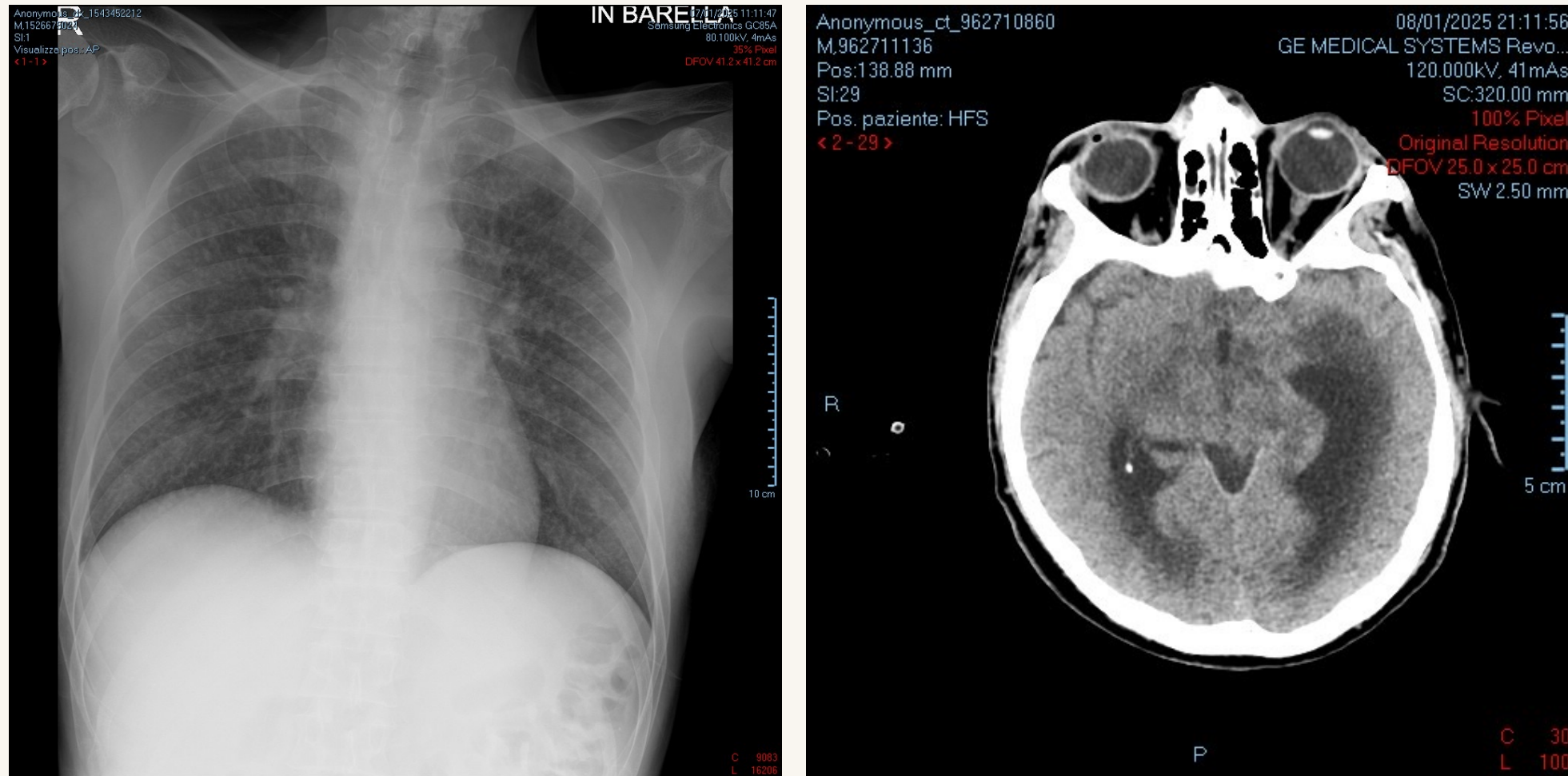
Tubercolosi polmonare
miliare e lesioni
micronodulari ubiquitarie.

Diagnosi di Meningite Tubercolare

Iniziata terapia RZE + Lfx e Desametasone ev



Imaging Diagnostico



La TC encefalo di controllo mostra segni di idrocefalo acuto con edema cerebrale diffuso,

mentre la TC torace conferma una disseminazione miliare della tubercolosi con multiple lesioni micronodulari ubiquitarie.



Gestione in Emergenza

Intubazione Orotracheale

Eseguita intubazione previa sedo-curarizzazione con Propofol, Fentanest e Rocuronio. Broncospasmo post-intubazione regredito con Ventolin.

Accessi Vascolari

Posizionamento di CVC trilumen sotto guida ecografica e catetere arterioso in arteria radiale sinistra per monitoraggio emodinamico continuo.

Ventilazione Meccanica

Impostata ventilazione meccanica in modalità VCV con Vt 450 ml, 15 atti/min, FiO2 50%, successivamente ridotta al 40%.

Terapia Farmacologica

Avviata terapia di supporto con infusione di Ringer Acetato, correzione dell'ipokaliemia e prosecuzione della terapia antibiotica empirica.

Vengono contattati gli ospedali Sacco, San Paolo, San Carlo, Policlinico, Niguarda, HSR, Humanitas, Città Studi, e molti altri della provincia e regione, fino a estendere la ricerca a Bergamo, Lecco, Lodi, Cremona, Mantova, Sondrio e Sondalo.

Organizzazione del Trasporto Ospedale di Sondalo (08/01 ore 20)



Evoluzione del Quadro Clinico

Infezione HIV non controllata

Scarsa aderenza alla terapia antiretrovirale
La coinquilina riferisce che non aveva ripreso
la TARV a giugno 2024
CD4+: 75 cell/mcl (12%) (Ospedale Sondalo)



Tubercolosi polmonare

Trattata ma con possibile resistenza/scarsa aderenza
alla terapia

Meningite tubercolare

Complicanza neurologica severa

IRIS e Deterioramento neurologico

Necessità di supporto intensivo

Nei giorni successivi si assiste a peggioramento progressivo, MOF ed exitus.



Considerazioni Finali e Sfide Gestionali



Sfide organizzative

- Normativa STP: non è possibile ottenere l'STP per questioni prestazioni ambulatoriali prima dei tre mesi dal loro rientro nel Paese.
- Le difficoltà logistiche nel trovare un posto letto appropriato in Terapia Intensiva che richiedono competenze specialistiche in malattie infettive e terapia intensiva.



Sanità Pubblica

Questa limitazione pone un problema epidemiologico rilevante, poiché la mancanza di cure ambulatoriali nei primi tre mesi potrebbe facilitare la diffusione dell'HIV nella comunità.



Fragilità e Tempestività

Le persone con AIDS rappresentano una popolazione particolarmente fragile: è essenziale verificare sempre che le informazioni fornite dai pazienti siano veritiere e adottare maggiori precauzioni nella loro presa in carico sanitaria

