

Iniziare con CD4>500 cellule: vantaggi e svantaggi.

Dr.ssa Cristina Mussini, Clinica di Malattie Infettive e Tropicali, Policlinico di Modena

La discussione sull'inizio della terapia antiretrovirale, che ha comportato una divisione praticamente a metà del panel di esperti delle linee guida del DHHS, evidenzia come in questo campo non vi siano poi molte certezze. Infatti, se da una parte non esiste un'infezione nella quale sia meglio procrastinare l'inizio della terapia, dall'altra i clinici sono già stati scottati da indicazioni ad un inizio più precoce all'epoca della monoterapia con zidovudina che hanno determinato soltanto di trattare pazienti che non ne avevano veramente bisogno, come mostrato dagli studi d'interruzione terapeutica effettuati in questi pazienti. Il continuo stato d'immunoattivazione e di replicazione virale nel plasma e nei reservoir con danni a volte irreversibili sia al sistema immunitario (vedi valore nadir dei linfociti) sia ai parenchimi, quali rene e cervello, non può che indirizzarci verso un inizio precoce della terapia. Il problema è indubbiamente quanto precoce. Infatti, da una parte circa il 40% dei pazienti naive arriva alla nostra attenzione in uno stadio avanzato di malattia e quindi sarebbe escluso da questo approccio, dall'altra i pazienti con >500 cellule sono veramente pochi e tra questi figurano sicuramente i long-term non progressor nei quali non sappiamo quanto sarebbe indicata la terapia. Sicuramente tra questi pazienti dovrebbero figurare quelli in infezione acuta. Alcuni dati presentati al recente CROI hanno evidenziato come l'inizio della terapia in fase d'infezione acuta abbassi il set-point virale una volta che si interrompa la terapia. Ma si può ancora parlare d'interruzioni di terapia?