

Sessualità e Hiv



SEZIONE LOMBARDBIA



Centri per Migliorare
l'Adesione alle Terapie

CEMAT



Introduzione

Non è facile parlare di sessualità alle persone con infezione da HIV, a chi cioè vive sulla propria pelle il peso di una malattia spesso acquisita per via sessuale e che giocoforza finisce per condizionarne fortemente i rapporti intimi. La scoperta della sieropositività per HIV obbliga infatti i pazienti a modificare i propri comportamenti sessuali per ridurre il rischio di trasmissione ad altre persone, ma certamente non a rinunciare a una vita sessuale completa o a soddisfare all'interno di questa il proprio desiderio di maternità o paternità. L'avvento della terapia antiretrovirale a elevata attività (*Highly Active Antiretroviral Therapy* - HAART), comprendente una combinazione di almeno 3 farmaci, ha notevolmente aumentato la sopravvivenza delle persone HIV-positive. Si è assistito, di conseguenza, alla riscoperta della progettualità, alla ricerca di normalità, ad una maggiore attenzione alla qualità della vita. Da qui l'esigenza, da parte dei pazienti e dei medici, di ribadire alcune certezze e fare luce su alcune problematiche emergenti, per garantire una sessualità serena e "sicura" alle persone che convivono con l'HIV.

Rapporti sessuali e Hiv

Come si trasmette l'infezione con i rapporti sessuali?

Oltre che nel sangue, nelle persone HIV-positivo il virus è presente in concentrazioni sufficienti a trasmettere l'infezione anche nello sperma, nel liquido pre-spermatico che fuoriesce dal pene prima dell'orgasmo, nelle secrezioni vaginali. La bocca, la vagina, il retto, l'uretra maschile (cioè il canale che attraversa il pene) sono rivestiti da un tessuto, la mucosa, costituito da cellule che possono essere infettate dal

virus contenuto nei fluidi sessuali. Durante il rapporto sessuale, inoltre, queste mucose e il glande del pene possono andare incontro a delle lesioni impercettibili a livello delle quali è possibile venire in contatto con il sangue infetto.

La trasmissione di HIV non si verifica automaticamente a ogni

rapporto sessuale. Ci sono persone che hanno contratto l'infezione dopo un singolo rapporto, e altre che non si sono contagiate anche dopo anni di rapporti con un partner sieropositivo. Sicuramente alcuni tipi di rapporto e alcuni fattori favoriscono il contagio. In generale, più un rapporto è traumatico e violento, maggiore è il rischio di trasmettere l'infezione. In ordine decrescente di rischio abbiamo:

la penetrazione anale senza profilattico. Il rischio di trasmissione per singolo rapporto anale recettivo non protetto con partner sieropositivo è stimato fra lo 0,1 e lo 0,3%. Il rischio, più basso (0,03%), sussiste anche nel caso di rapporto anale insertivo con soggetto sieropositivo.

la penetrazione vaginale senza profilattico. Il rischio è maggiore (0,1-0,2%) nel caso di donna sieronegativa che ha un rapporto con un uomo sieropositivo rispetto al caso opposto (0,03-0,1%). Questo si verifica perché la concentrazione di virus è maggiore nello sperma che nelle secrezioni vaginali e perché la superficie di mucosa esposta all'infezione è maggiore nella donna che, peraltro, più frequentemente può presentare lesioni genitali che ne facilitano la recettività.

il sesso orale. Nel caso di stimolazione orale del pene, dei genitali femminili o dell'ano, la persona che la pratica a un sieropositivo è a rischio di contagio perché la mucosa della sua bocca può venire in contatto con il

6 liquido pre-spermatico, lo sperma, le secrezioni vaginali o con perdite di sangue (mestruale o rettale da emorroidi o ragadi anali); viceversa, chi riceve queste stimolazioni da un sieropositivo è a rischio solo se il partner presenta lesioni sanguinanti in bocca.

Fattori che facilitano la trasmissione e l'acquisizione del virus sono:

- la presenza di infezioni o di ulcere genitali, rettali, o della mucosa orale
- le mestruazioni
- un'elevata carica virale (quale si verifica nel periodo immediatamente successivo al contagio e nelle fasi avanzate dell'infezione in assenza di terapia).

L'infezione da HIV non si trasmette con...

- il bacio profondo, a meno che non ci sia un sanguinamento delle gengive
- la masturbazione del partner, purché lo sperma o le secrezioni vaginali infette non vengano in contatto con ferite aperte.

Come proteggersi dall'infezione?

L'utilizzo costante e corretto del profilattico è il metodo più efficace per prevenire la trasmissione di HIV durante i rapporti sessuali. Il profilattico deve essere indossato fin dall'inizio del rapporto sessuale una volta raggiunta l'erezione del pene, mantenuto per tutta la durata del rapporto e subito rimosso al termine dell'atto sessuale. Esso può proteggere la bocca, la vagina o il retto dallo sperma infetto; protegge inoltre il pene da

7 secrezioni vaginali infette e dal sangue eventualmente presente in bocca, in vagina o nel retto.

È da poco disponibile un nuovo profilattico, detto "femminile", che, anziché essere indossato sul pene, viene posto in vagina o nel retto.

I comuni spermicidi o gli anticoncezionali orali (pillola) non proteggono dall'infezione.

In uno studio italiano (A. Saracco, *JAIDS* 1993) condotto su 343 donne HIV-negative, partner stabili di maschi HIV-positivi, l'incidenza della sieroconversione in quelle che hanno avuto soltanto rapporti protetti è stata di 1/100 soggetti/anno, mentre è stata di 7/100 soggetti/anno in quelle che usavano il profilattico saltuariamente o niente affatto.

L'uso del profilattico è consigliato anche tra partner entrambi sieropositivi, in questo caso non per prevenire il contagio, ma per evitare la trasmissione di ceppi virali diversi per virulenza (cioè aggressività) o sensibilità ai farmaci.



Profilassi post-esposizione

Nel caso di esposizione accidentale di una persona HIV-negativa a sangue o secrezioni genitali durante un rapporto sessuale a rischio con un partner HIV-positivo, come può verificarsi per rottura del profilattico, va effettuata una profilassi farmacologica. La profilassi dovrebbe essere iniziata il prima possibile presso un centro di Malattie Infettive, preferibilmente entro 2 ore e, comunque, non oltre 72 ore dall'esposizione. La profilassi consiste nell'assunzione di 2 o più farmaci antiretrovirali per un periodo di 4 settimane al fine di diminuire la probabilità di acquisire l'infezione da HIV. La scelta del trattamento più indicato per il singolo caso dovrà tener conto, se possibile, di alcune caratteristiche della persona sieropositiva, quali: la terapia antiretrovirale in atto, la carica virale, eventuali resistenze note agli antiretrovirali. I farmaci non danno, comunque, una protezione completa e possono comportare degli effetti collaterali.

I disturbi della sfera sessuale sono più frequenti nei sieropositivi?

Nelle persone con infezione da HIV la frequenza di disfunzioni sessuali, quali il deficit dell'erezione (o impotenza) e/o la riduzione del desiderio sessuale aumenta, oltre che con l'età (come nella popolazione generale), anche con la progressione della malattia. Negli ultimi anni, nonostante un miglioramento dello stato di salute dovuto all'avvento dell'HAART, un numero crescente di pazienti HIV-positivi ha riferito disturbi di natura sessuale. In molti casi l'insorgenza di questi disturbi è coincisa con l'inizio di una terapia antiretrovirale comprendente un inibitore della proteasi (IP). Per verificare se l'aumento di disfunzioni sessuali HIV-correlate sia reale, e nel caso studiarne le cause, o solo apparente, dovuto alla maggiore attenzione che questi pazienti prestano a problemi un tempo ritenuti secondari, sono stati di recente condotti diversi studi sull'argomento. Nessuno di essi è finora giunto a conclusioni definitive.

Le disfunzioni sessuali sembrano più frequenti nei pazienti in terapia antiretrovirale rispetto a quelli che non lo sono (24% contro 3,8%), con una prevalenza maggiore in chi assume IP (J. Collazos, *JAMA* 2002). Esse interesserebbero, infatti, il 31% dei sieropositivi in terapia con IP; in particolare, il calo del desiderio riguarderebbe il 41% dei pazienti (maschi e femmine

Disfunzioni
sessuali
e HIV

12 in proporzione uguale), mentre la disfunzione erettile affliggerebbe il 35% dei maschi (R. Colebunders, *Lancet* 1999). Il rischio di sviluppare una riduzione del desiderio o un deficit dell'erezione sarebbe, rispettivamente, 3,5 e 2,5 volte superiore nei pazienti che effettuano una terapia contenente un IP rispetto a quelli in trattamento senza IP (W. Schrooten, *AIDS* 2001); fra gli IP, ritonavir (Norvir) sarebbe quello che presenta un rischio maggiore di disfunzioni sessuali (A. Colson, *JAIDS* 2002). Un danno neuropatico a livello delle vie nervose che arrivano ai genitali potrebbe essere la causa della disfunzione erettile nei pazienti che assumono indinavir (Crixivan) (S. Sollima, *AIDS* 2001), mentre sembrano escluse eventuali cause ormonali (J. Collazos, *JAMA* 2002). Il ruolo causale degli IP nello sviluppo di questi disturbi sarebbe confermato indirettamente dall'osservazione che la funzione sessuale sembra migliorare nei casi in cui è possibile sostituire questi farmaci con un inibitore della trascrittasi inversa (W. Schrooten, *AIDS* 2001; S. Sollima, *AIDS* 2001).

Di contro, altri studi (J. Catalan, *AIDS Care* 2000; F Lallemand, *JAIDS* 2002) non mostrano correlazione fra uso di IP e disfunzioni sessuali.

Come curare le disfunzioni sessuali?

Date le molteplici cause che possono essere alla base delle disfunzioni sessuali, è necessario un approccio specialistico multidisciplinare (infettivologico, urologico, neurologico, endocrinologico, psicologico) per la diagnosi e il trattamento di questi disturbi nei sieropositivi.

Le iniziative personali e i suggerimenti non specialistici sono sempre da bandire perché potenzialmente dannosi sotto diversi punti di vista.

Nel caso di pazienti che assumono IP, si può provare a passare, dove possibile, a un regime di terapia senza IP. Quando ciò risultasse inefficace o

impraticabile, e in tutti gli altri casi, si interverrà come ritenuto più opportuno dallo specialista, il quale dovrà innanzitutto verificare l'eventuale uso di altri farmaci e la presenza di altre patologie croniche (ipertensione arteriosa, diabete mellito, insufficienza epatica, depressione) o di comportamenti patologici (uso di droghe, abuso di alcool) che possono provocare disturbi sessuali. Per il trattamento della disfunzione erettile risulta spesso efficace una categoria di farmaci per uso orale, gli inibitori della fosfodiesterasi 5, che agisce aumentando l'afflusso di sangue all'interno del pene a seguito di stimolazione sessuale. Le molecole appartenenti alla categoria degli inibitori della fosfodiesterasi 5 sono, al momento, tre:

sildenafil (Viagra): da assumere circa 1 ora prima del rapporto, lontano dai pasti o dall'assunzione di alcool. Durata d'azione: 4-6 ore. Dosaggio: 25, 50 o 100 mg.

tadalafil (Cialis): da assumere circa 20 minuti prima del rapporto. Gli effetti non vengono modificati dal cibo o dall'alcool. Durata d'azione: superiore alle 24 ore. Dosaggio: 10 o 20 mg.

vardenafil (Levitra, Vivanza): è l'ultimo nato di questa classe di farmaci. È da assumere circa 20 minuti prima del rapporto, indipendentemente dai pasti o dall'assunzione di alcool. Durata d'azione: 6-8 ore. Dosaggio: 5, 10 o 20 mg.

I possibili effetti collaterali sono: mal di testa, rossore al viso, vampate di calore, disturbi della digestione, capogiri, naso chiuso, alterata visione dei colori (per il solo sildenafil), mal di schiena e dolori muscolari (per il solo tadalafil). Tutti questi effetti sono transitori e tendono a scomparire nel giro di qualche ora. Gli inibitori della fosfodiesterasi 5 sono assoluta-

14 mente controindicati in chi fa uso di sostanze che contengono nitrati, per esempio alcuni farmaci che si usano per trattare gli attacchi di angina pectoris o alcuni prodotti assunti a scopo voluttuario ("poppers"). Sono inoltre controindicati in presenza di cardiopatie, insufficienza epatica, vasculopatia cerebrale, retinite pigmentosa, ipotensione arteriosa, alcune malattie del sangue (anemia falciforme, leucemia, emofilia, mieloma).

Poiché questi farmaci vengono smaltiti dall'organismo attraverso le stesse vie che metabolizzano gli IP, la somministrazione contemporanea ne fa aumentare le concentrazioni plasmatiche, con la possibilità di accentuarne gli effetti collaterali in maniera anche grave. Ne consegue che, nei pazienti che assumono IP, bisogna iniziare con il dosaggio più basso, distanziando maggiormente le somministrazioni (nel caso del Viagra, 25 mg ogni 48 ore).

Altro farmaco impiegato nel trattamento della disfunzione erettile è l'apomorfina (Apofin, Ixense, Taluvian, Uprima), che agisce sul meccanismo dell'erezione a livello del sistema nervoso centrale e che non sembra avere alcuna interazione con gli IP. Molto meno efficace rispetto agli inibitori della fosfodiesterasi 5, viene assunta per via sub-linguale ed è attiva dopo 20 minuti circa. Dosaggio: 2 o 3 mg. Prima di assumerne un'altra dose è necessario che trascorra un intervallo di almeno 8 ore. Il farmaco è controindicato nei pazienti con problemi cardiaci o pressori (iper o ipotensione arteriosa) e nei casi di insufficienza epatica. I possibili effetti collaterali comprendono: nausea, mal di testa, capogiri, sbadigli, sonnolenza, vampate di calore, alterazione del gusto, sudorazione e, raramente, svenimenti.





Gravidanza e Hiv

Quali sono i rischi di una gravidanza in una donna sieropositiva?

La gravidanza non ha di per sé alcun effetto sulla storia naturale dell'infezione da HIV, non comporta, cioè, una progressione della malattia. Tuttavia, aumenta significativamente il rischio di sviluppare alcune tossicità specifiche agli antiretrovirali, perché intervengono una serie di modificazioni a carico di vari sistemi e apparati che possono incidere sul metabolismo dei farmaci. L'infezione da HIV si associa invece a una maggiore incidenza di complicanze nel corso delle prime fasi della gravidanza, aborto spontaneo, gravidanza extrauterina, parto pre-termine e rottura precoce delle membrane; inoltre, nel 25% dei casi può essere trasmessa dalla madre HIV-positiva al figlio ("trasmissione verticale"). Il bambino può essere contagiato durante la gravidanza (più frequentemente nell'ultimo trimestre), il parto, l'allattamento. La maggioranza delle infezioni sembra avvenire durante il parto, in seguito al contatto del bambino col sangue e le secrezioni cervicovaginali infette della madre. Il rischio di trasmissione aumenta proporzionalmente alla carica virale materna, ma è comunque possibile anche con livelli di HIV RNA indeterminabili. Una serie di interventi coordinati (terapia antiretrovirale, parto cesareo elettivo, eseguito cioè prima

dell'inizio del travaglio e della rottura delle membrane, astensione dall'allattamento al seno) si sono rivelati in grado di abbassare all'1-2% il rischio di contagio. Tutti questi interventi agiscono sulla trasmissione con meccanismi simili, riducendo l'esposizione del feto, del neonato, del lattante al virus presente nel sangue, nelle secrezioni vaginali e nel latte materno. Diversi studi hanno dimostrato che la terapia antiretrovirale somministrata alla madre durante la gravidanza, al momento del parto e poi al neonato, riduce il rischio di trasmissione verticale dell'infezione, anche se, per alcuni farmaci, la si-



curezza in termini di tossicità materna, fetale, neonatale e di sviluppo è bassa o non ancora definita.

Zidovudina (Retrovir), lamivudina (Epivir), zidovudina/lamivudina (Combivir), nevirapina (Viramune), nelfinavir (Viracept) sono i farmaci antiretrovirali che, variamente combinati fra loro, sono considerati più sicuri, mentre altri sono sconsigliati o vanno utilizzati in situazioni particolari. La zidovudina dovrebbe essere inclusa in tutte le combinazioni di terapia, tranne nei casi di significativa intolleranza o evidenza di resistenza. La scelta del regime terapeutico più adeguato per la madre e dei tempi di somministrazione andrà comunque fatta sulla base di diverse variabili (carica virale, conta dei CD4+, storia clinica, settimana di gravidanza, tossicità dei farmaci), con l'obiettivo di prevenire la trasmissione verticale e garantire al tempo stesso un buon controllo dell'infezione materna.

Un breve ciclo di terapia antiretrovirale con zidovudina o nevirapina andrà somministrato anche al neonato, iniziandolo entro le prime 48 ore dal parto.

Cosa fare se uno solo dei componenti della coppia è sieropositivo?

Nelle coppie sierodiscordanti, in cui cioè uno dei componenti è sieropositivo e l'altro sieronegativo, il concepimento comporta sempre un rischio di contagio per il partner sieronegativo. Esistono centri di Ostetricia e Ginecologia specializzati nel seguire queste coppie desiderose di avere un figlio, che hanno messo a punto delle metodiche in grado di annullare o ridurre il rischio infettivo. In Italia segnaliamo il Centro di Procreazione Medico Assistita della Clinica Ginecologica e Ostetrica dell'ospedale Luigi Sacco di Milano, diretta dal prof. Enrico Ferrazzi.



Nel caso in cui solo la donna sia HIV-positiva, la fecondazione può essere ottenuta mediante tecniche di procreazione assistita in cui lo sperma del partner viene depositato in vagina.

Nel caso in cui solo l'uomo sia HIV-positivo, si può ricorrere al cosiddetto "lavaggio" dello sperma che permette di rimuovere il virus dal liquido seminale; la fecondazione viene poi tentata mediante tecniche di procreazione assistita o di inseminazione artificiale. Questo procedimento, per quanto molto sicuro, non permette di escludere al 100% la presenza di virus nel liquido seminale, per cui la coppia deve essere consapevole di un potenziale rischio di infezione.

[Finora, nessuno dei centri italiani che utilizza la metodica di lavaggio dello sperma per coppie sierodiscordanti ha riportato casi di sieroconversione nelle donne o di infezione congenita del neonato.](#)

Conclusioni

Negli ultimi anni, l'introduzione della HAART nei Paesi industrializzati ha permesso agli uomini e alle donne con infezione da HIV di tornare "a vivere", a progettare. Per molti ciò ha significato una riscoperta della propria sessualità e un riconsiderare la possibilità di essere genitori. Una vita "normale", quale si prospetta oggi alle persone HIV-positivo, non può prescindere comunque dal riconoscimento della propria condizione di sieropositività, perché solo così si può conciliare un atteggiamento di apertura agli altri con l'adozione di misure utili a prevenire la trasmissione dell'infezione. In questo scenario di ritrovata fiducia nel futuro, un atteggiamento di responsabilità nei confronti di se stessi e degli altri rimane dunque un'arma irrinunciabile nella lotta all'AIDS.



CE.M.A.T. è una iniziativa sviluppata da ANLAIDS Sezione Lombarda

CE.M.A.T è reso possibile grazie al sostegno di:

Abbott

Boehringer Ingelheim

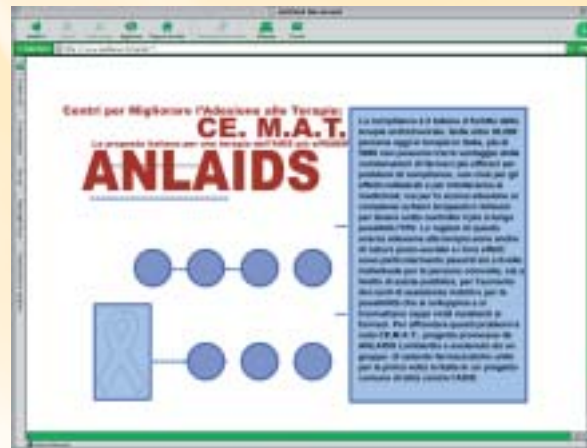
Bristol-Myers Squibb

Gilead Sciences

GSK

Merck Sharp&Dhome

Roche



www.cematnews.org

Se vuoi maggiori informazioni sui farmaci
che stai assumendo
oppure sulle altre iniziative promosse
da CE.M.A.T.

Chiama il numero 02/39042672:
un medico infettivologo
è a tua disposizione
il lunedì e il giovedì dalle 16.30 alle 18.30

Testi di:

Salvatore Sollima

Dirigente Medico di I livello

Istituto di Malattie Infettive e Tropicali

Università di Milano - Ospedale Luigi Sacco

Tommaso Maga

Dirigente Medico di I livello

Divisione di Urologia, Ospedale San Raffaele, Milano

A cura di:

Stefano Rusconi

Dirigente Medico di I livello

Istituto di Malattie Infettive e Tropicali

Università di Milano - Ospedale Luigi Sacco

Responsabile scientifico:

Mauro Moroni

Direttore della Clinica di Malattie Infettive e Tropicali

Università di Milano - Ospedale Luigi Sacco

Responsabile sociale:

Rosaria Iardino

Rappresentante Gruppo Nazionale

Persone Sieropositive di Anlaids

Editore:

Intermedia srl

Via Cefalonia, 24

25124 Brescia

Tel. 030.226105 fax 030.2420472

e-mail: imediabs@tin.it

www.intermedianews.it