

AIDS NYT 14

Sundhedsstyrelsen, AIDS-sekretariatet

Marts 1988

Spørgsmålet om HIV-testen

Skal jeg lade mig teste for HIV?

Mange mennesker, som har udsat sig for smitterisiko, har stillet sig dette spørgsmål. Mange søger råd - f.eks. hos lægen.

Kun den enkelte kan tage stilling til spørgsmålet.

Den ene kan f.eks. være en heteroseksuel familiefar, som har haft et enkelt sidespring med en prostitueret, og som nu hemsøges af tvivl.

- Lad dig teste og bliv tvivlen kvit, vil vi her være tilbøjelig til at sige. Vi ved, at chancen for, at konstatere smitte er begrænset.

Men hvad med en anden patient: Den homoseksuelle, som faktisk regner med at være smittet, og som beskytter sig selv og andre, men som tror, han kan bevare håbet bedre, hvis han ikke får sin »dom«? Skal han lade sig teste?

Der er ikke noget patentsvar. Vi kan ikke som »behandlere« fortælle folk, hvordan de skal administrere deres liv.

Men vi skal naturligvis gøre folk helt klart, hvilke konsekvenser, den ene eller anden beslutning kan have ud fra vort kendskab til sygdommen. Hvilket ansvar de har for sig selv og andre.

Ud fra kendskabet til smitteveje må vi f.eks. ofte sige: - Hvis du ikke lader dig teste, må du være indstillet på at dyrke sikker sex, også når du er sammen med din faste partner.

I dette nr. af AIDS-Nyt giver tre læger med AIDS-patienter ud fra deres kendskab til behandlingen yderligere et vigtigt argument for testen: - Hvis man undlader test, risikerer man at forringe sine behandlingsmuligheder, når og hvis man faktisk får AIDS.

Men stadigvæk: Den endelige afgørelse om test er en personlig afgørelse. Uanset hvad patienten vælger, må vi respektere resultatet.

Og når vi siger til patienterne, at vi vil respektere resultatet, skal patienten naturligvis også kunne regne med os.

Som naturligt er, er det primært patienternes interesser, sundhedsmyndighederne har haft for øje ved fastlæggelsen af de retningslinier, der gælder for HIV-testen.

Fra tid til anden dukker spørgsmålet imidlertid op om at bruge testen »den anden vej« - som beskyttelse overfor behandlere, arbejdskolleger m.v.

Her må vi fastholde, at denne form for testning, hvis den blev iværksat, blot ville give en falsk tryghedsfølelse. I dette nr. af AIDS-Nyt beskrives således, hvorledes HIV-testen typisk »snyder« netop på det stadium af infektion, hvor der er fare for videregivelse af smitte er størst.

Samtidig må man gøre sig klart, at den risiko, man taler om, er så lille, at den slet ikke kan begrunde et så vidtgående indgreb overfor patienterne, som f.eks. en tvangstestning ville være.

I hele verden har WHO f.eks. kun registreret 15 tilfælde af behandlere, der er smittet med HIV gennem arbejdsulykker, og det er karakteristisk, at denne smitte kun sker, hvis sikkerhedsreglerne overtrædes. Hensynet til de ansatte kan ikke begrunde tvungen test, siger WHO.

Lone de Neergaard.

De fleste finder kondom-udsendelsen i orden

2,7 mill. seere så den udsendelse om bl.a. brug af kondomer, som blev vist i TV den 8. februar.

Det fremgår af en undersøgelse foretaget af analyseinstituttet Observa for Jyllands-Posten. Den om diskuterende udsendelse har dermed haft flere seere end de fleste populære serier, selv om den var placeret ret sent mandag aften.

Observa har også undersøgt befolkningens holdning til udsendelsen. Efter en omtale af samlejesecenen spørges, om denne måde at informere på - emnet taget i betragtning - er moralsk anstødelig. Eller om den er saglig.

Kun 10 pct. finder formen moralsk anstødelig. 87 pct. svarer nej til dette spørgsmål. Den andel, der finder udsendelsen moralsk anstødelig, er størst blandt kvinder over 49 år (24 pct. finder formen moralsk anstødelig i denne gruppe) og i jyske landkommuner (16 pct. tager anstød), men der er i alle grupper et klart flertal, som finder formen saglig.

En undersøgelse, Gallup-instituttet har foretaget for BT, kommer til omtrent samme tal som Observa.

(Tallene er gengivet med særlig tilladelse fra Observa).

Indhold

HIV-infektionens udvikling . .	2
Vigtigt at AIDS opdages tidligt	3
Forsøg med nye medikamenter	5
Neurologiske følger	6
Holistisk behandling af AIDS	8

Universitetsbiblioteket, 2. afd.

0902-5375

200000331405



HIV-infektionen

Evnen til at smitte kan variere meget

HIV-infektionen har typisk en række stadier, hvor patienten har forskellige symptomer: Den primære infektion, den lange periode som »rask smittebærer«, forstadier til AIDS, AIDS. I de forskellige perioder reagerer patienten forskelligt på test, og risikoen for, at han giver smitten videre, er også forskellig. Artiklen kan læses som introduktion til de øvrige artikler i dette nr. af AIDS-Nyt om sygdommens fremtræden og de forskellige behandlingsmetoder.

Det intensive studium af sygdommen AIDS har bl.a. betydet et bedre kendskab til, hvordan virusinfektionen typisk forløber hos den enkelte patient.

HIV (populært kaldet »AIDS-virus«) giver en usædvanligt langstrakt infektion.

Det hænger sammen med den specielle evne, HIV har til at indbygge sine arveegenskaber i levende celler i blodet. Her kan virus ligge latent i flere år – for så senere at blive aktivt og give »AIDS i udbrud«.

Når sygdommen kommer i udbrud, kan det ske på mange forskellige måder. Det hænger sammen med en anden særlig egenskab ved HIV: Denne virus ødelægger legemets naturlige immunforsvar.

Forløbet af en HIV-infektion afspejler sig bl.a. i forekomsten af forskellige stoffer, som kan måles ved en blodprøve. Medicinalfirmaet Abbott har udarbejdet vedstående figur, som viser forløbet hos en typisk AIDS-patient. Det skal understreges, at der kan forekomme mange individuelle variationer, og at nogle af stofferne godt kan være til stede i små mængder, selv om de ikke kan måles ved en test.

Den primære infektion

Hos den typiske patient vil HIV-virus et par uger efter smitten give en primær infektion. Virus vil formere sig. Symptomerne vil hos en del patienter minde om en ganske ordinær infektion. »Jeg har vist fået lidt influenza«, vil mange sige til sig selv. Hos mange forløber den primære infektion så mildt, at de knap registrerer den.

I denne periode vil de fleste patienter reagere på en HIV-antigen-

test. Antigener er løse, rene proteiner fra de HIV-virus, som udvikles under denne primære infektion. Det er muligt at konstatere tilstedeværelsen af sådanne antigener ved samme teknik, som man bruger ved den senere HIV-antistof-test (dvs. »ELISA-testen«, den teknik som f.eks. anvendes overfor bloddonorer).

Når den primære infektion er forbi, vil antigenerne også normalt forsvinde. Immunforsvaret er ikke ødelagt – endnu. Og det sætter nu ind med at danne antistoffer mod HIV. Det er disse antistoffer, man normalt måler ved det, der kaldes HIV-antistof-testen (dvs. den almindelige test, som i populær omtale af og til kaldes en »AIDS-test«).

Det er lidt forskelligt for de forskellige patienter, hvornår antistofferne kan registreres. 6-8 uger efter smitten er det almindeligste.

Antistof-test

Antistof-testen viser, om der er bestemte proteiner til stede, og ved de almindelige testmetoder er det især såkaldte kerneproteiner, man søger at eftervise. Men det er også muligt ved mere raffinerede testmetoder (især Western Blot) at eftervise de såkaldte kappeproteiner. På figuren er kerne- og kappeproteiner afmærket som henholdsvis Anti-HIV-Core og Anti-HIV-Env.

Når den primære infektion er overstået, kaldes patienten ofte »rask smittebærer«. Det kan han blive ved med at være i årevis, før infektionen når sit næste stadium. Det er forskelligt for de enkelte patienter, hvor længe perioden som rask smittebærer varer. Måske undgår de fleste smittede, at infektionen udvik-

ler sig længere. Vi ved det faktisk ikke.

Når man er »rask smittebærer«, har man i virkeligheden ofte ikke ret megen fri virus i blodet. Derfor vil man normalt ikke finde HIV-antigener ved en test. I lange perioder vil den »raske smittebærer« faktisk bære på så lidt virus, at der kun er lille chance for, at han giver smitten videre.

Kan stadig smitte

Men han kan smitte af tre grunde:

- Virus kan være til stede i meget små mængder, selv om man ikke kan måle antigener.

- Mange patienter har i løbet af årene som »rask smittebærer« korte perioder, hvor mængden af virus går op – for så atter at gå ned igen. Det kan man måle ved Antigen-testen.

- Smitten kan formentlig ikke alene overføres i form af selvstændige viruspartikler, men også som arveanlæg i andre celler. Denne »skjulte smitekilde« vises ikke ved en Antigen-test.

I hele den periode, hvor patienten er »rask smittebærer«, sidder HIV-virus »gemt« som arveanlæg i værtsceller hos patienten.

Virus kan narre

Det forhold, at smitterisikoen faktisk er reduceret i en lang periode, har et par konsekvenser:

- Risikoen for, at man giver smitten videre er særlig stor i perioden omkring den primære infektion. Men netop i denne periode vil smitten som regel blive overset ved en rutinemæssig HIV-antistof-test.

- Nogle mennesker siger: »- Min risikoadfærd ligger et par år tilbage. Siden har jeg holdt mig til

kun en partner. Hvis han/hun ikke er smittet endnu, er det fordi jeg ikke selv er smittet. Jeg behøver ikke tage nogen forholdsregler.» Dette ræsonnement er forkert. Evnen til at give smitten videre kan være meget lille et par år – for så pludseligt at vokse.

Immunforsvaret svækkes

På et tidspunkt begynder de værts-celler, hvor virus er »gemt i arveanlæggen«, nemlig at producere ny virus i større mængder. Det er først på dette tidspunkt, at patienten for alvor bliver syg.

Det som sker på dette stadium er, at HIV-virus nedbryder immunforsvaret. Desuden går HIV-virus i mange tilfælde direkte til angreb på centralnervesystemet (se artiklen om de neurologiske følger).

På dette stadium begynder nogle af antistofferne tilsyneladende igen at forsvinde fra blodet. Det kan enten skyldes, at immunapparatet er ødelagt og ikke danner antistoffer, eller at den store mængde ny virus binder sig til antistofferne, så de ikke kan eftervises ved en test.

Meget syge AIDS-patienter kan derfor »snude« ved en rutinemæssig HIV-antistof-test. Dette er dog ikke det store problem, da man normalt er klar over, hvad disse syge mennesker fejler.

Når immunapparatet er svækket, er patienten sårbar for en lang række forskellige angreb. Derfor kan sygdommen AIDS give meget forskellige symptomer.

Opportunistiske infektioner

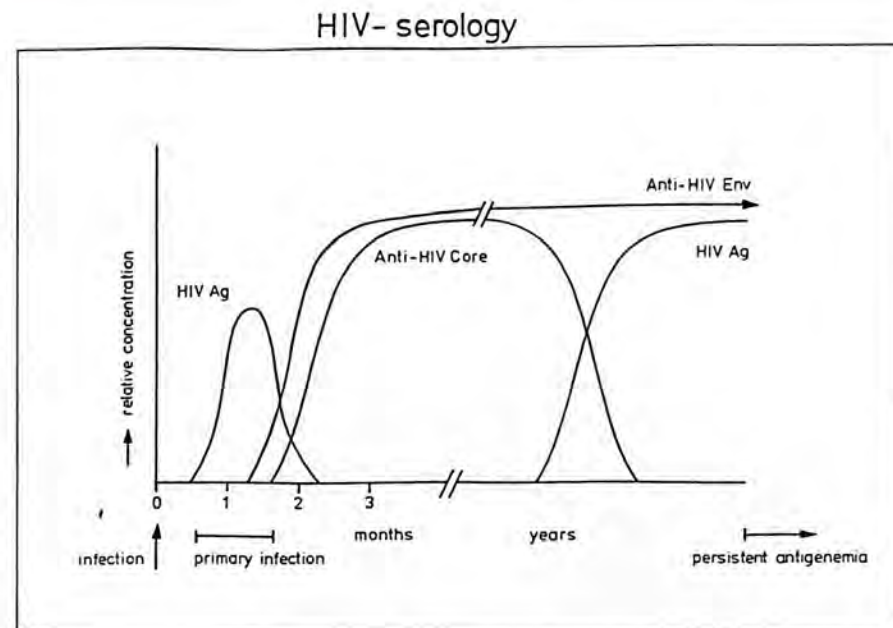
I daglig tale bruger vi således ordet »opportunist« om en person, som har vanskeligt ved at gøre sig gældende i det daglige, men som udnytter ydre omskiftelser til at vinde terræn.

På tilsvarende måde findes der i vor hverdag omkring os en række virus, bakterier, snyltere osv., som vi normalt ikke behøver at tage os af. Men hos den AIDS-syge møder de ingen modstand. Han får »opportunistiske infektioner«, siger lægerne.

Der er mange sådanne »opportunistiske infektioner«. Den hyppigste er en lungeinfektion forårsaget af nogle små snyltere, pneumocyster.

Den AIDS-syge risikerer også at udvikle særlige kræftformer. Mest almindelig er Kaposi Sarcom.

Det var disse følgesygdomme, som i sin tid – før man kendte noget til HIV-virus – gjort det klart, at der var tale om en særlig sygdom. Derfor er den internationale definition af sygdommen AIDS stadig knyttet til bestemte ledsagesymptomer. Fra nytår har man dog udvidet definitionen,



nen, så man også kan få diagnosen AIDS på grundlag af f.eks. neurologiske symptomer eller det såkaldte »wasting syndrome« (en tilstand med vægttab m.v.).

ARC

Hvis man er syg på grund af HIV-virus, men alligevel ikke opfylder de internationale kriterier for »AIDS«, taler man i alvorligere tilfælde om ARC (= AIDS Related Complex).

Desuden er der HIV-positive personer, som oplever visse mindre ud-talte symptomer.

Som det ses, er infektion med HIV-virus et langstrakt forløb – typisk på mere end fem år. Det er meget tænkeligt, at en del smittede slet ikke når til de sidste, fatale stadier i infektionen. Men man har ikke noget middel, der kan fjerne infektionen fra kroppen.

ng.

Behandling

Vigtigt for patienten at AIDS opdages tidligt

For at par år siden var der mange, der sagde: – Hvorfor lade sig teste for HIV. Måske har vi haft en risikoadfærd, men selv om vi skulle være smittet, kan lægerne intet stille op.

– I dag er den holdning ikke længere rigtig, siger professor Finn Black, medicinsk-epidemiolog afdeling, Marselisborg Hospital i Århus. Vi har virkelig noget at tilbyde de patienter, der søger behandling. Og vi kan navnlig tilbyde noget, hvis vi sætter ind i tide. Derfor er det vigtigt, at folk lader sig teste.

– Vi er stadig langt fra en behandling, der kan fjerne sygdommens årsager. Men vi har gjort en række fremskridt, både når det gælder bekæmpelse af selve HIV-infektionen, og når det gælder de mange følgesygdomme i form af infektioner og særlige kræftformer, som udvikles, når immunforsvaret

er svækket.

– Vi er blevet langt dygtigere til at bekæmpe disse følgesygdomme, siger Finn Black. Vi har fået nye medikamenter, men først og fremmest har vi fået en mængde erfaring. Vi ved i dag, at når patienten har de eller de symptomer, så skyldes det parasitten toxoplasmose, eller den specielle lungebetændelse, der rammer AIDS-syge – eller hvad der nu kan være på spil. Vi kan foreskrive den rigtige behandling langt hurtigere, end vi kunne tidligere.

Retrovir standard

Når det drejer sig om at holde HIV-infektionen nede, er behandling med Retrovir i dag standardbehandling, hvis patienten har AIDS eller ARC og har tilstrækkeligt mange røde og hvide blodlegemer. Disse patient-

(fortsættes næste side)

(fortsat fra forrige side)

grupper har i amerikanske forsøg haft gavn af behandling med Retrovir. Dette præparat hæmmer produktionen af ny virus, men har også den bivirkning, at det hæmmer produktionen af røde og hvide blodlegemer i knoglemarven.

Man regner med, at halvdelen af alle AIDS-patienter tåler Retrovir i fuld dosis. 40 pct. må nøjes med en nedsat dosis. 10 pct. må holde op eller holde pause.



Finn Black

Patienter på Marselisborg Hospital, der får Retrovir, kommer i starten til kontrol hver uge og får foretaget målinger af blodprocent m.v. I nogle tilfælde er det nødvendigt at træde til med en blodtransfusion, fordi Retrovir har skadet produktionen af blodlegemer. Efter 6 uger skal patienten kun til kontrol hver 14. dag.

Kombinationer

Finn Black forventer, at der navnlig vil blive gjort behandlingsfremskridt gennem forsøg, hvor man kombinerer Retrovir med forskellige andre medikamenter, og at der i øvrigt vil komme mange nye præparater op de kommende år.

– Det er vanskeligt at fremstille præparater, der kan angribe virus, når det er bygget ind i cellekernerne. Men man kan tænke sig, at man fremstiller stoffer, der griber ind andre steder i virus-cyklen. Måske kan man hæmme det enzym, virus skal bruge for at foretage indbygningen i cellerne. Måske kan man hindre virus i at komme af med sin kappe osv. Hvis de forskellige præparater desuden har forskellige bivirkninger, kan man tænke sig, at man ved at kombinere sig frem, kan nå en stor samlet virkning og samtidig små bivirkninger.

– Der er for mig ingen tvivl om, at Retrovir har en gunstig virkning. Men virkningen er bedst, hvis patienterne ikke er alt for forfærdeligt syge, når vi går i gang.

– Retrovir betyder ikke, at pati-

enterne bliver raske eller kan undvære hospitalet, men de får færre infektioner, en bedre almentilstand, et bedre dagligliv og en længere levetid.

– Men jo før de kommer, jo bedre chancer har de. Derfor mener jeg, at mennesker, der frygter at være smittet, bør lade sig teste, så de evt. kan komme ind i et kontrolsystem, hvor vi følger infektionen. Vi kan give dem Retrovir tidligere, og vi kan også hurtigere give den rigtige behandling f.eks. af infektioner, hvis vi har haft mulighed for at følge patienten.

Forebyggende behandling

– Tror du, man på et tidspunkt også vil tilbyde behandling til personer, som ikke er syge endnu?

– Ja. Jeg er overbevist om, at man på et tidspunkt finder stoffer med så få bivirkninger, at man vil tilbyde dem allerede til de HIV-positive som forebyggende behandling. Måske kan man tænke sig, at man kan give Retrovir i små doser.

Lever længere

– Sundhedsstyrelsens statistikere har konstateret, at levetiden for AIDS-patienter er mere end fordoblet på to år. Skyldes det den forbedrede behandling?

– En del af forklaringen er, at vi i dag diagnosticerer AIDS på et tidligere tidspunkt. Hvis sygdommen opdages tidligere, vil det se ud som om, folk lever længere efter diagnosen.

– Men det spiller også en væsentlig rolle, at behandlingsmulighederne er blevet bedre. Og jeg tror bestemt, vi vil kunne forlænge levetiden for de AIDS-syge yderligere, siger Finn Black.

Finn Blacks forventninger deles i store træk af andre ledende klinikere på området.

Ingen ny kur hurtigt

– Jeg tror ikke, vi et af de nærmeste år pludselig får en kur, så vi kan



Lars Mathiesen

Foto: Heine Petersen

helbrede AIDS, siger overlæge Lars Mathiesen, Infektionsmedicinsk Afdeling på Hvidovre Hospital. Men jeg venter, at behandlingsmulighederne langsomt forbedres, så vi kan tilbyde de AIDS-syge et længere og bedre liv.

Også han understreger værdien af HIV-testen ud fra hensynet til en tidlig behandlingsindsats.

– Men også ud fra andre synspunkter synes jeg, man må opfordre folk, der har haft en smitterisiko, til at lade sig teste, tilføjer han.

– Jeg mener, vore erfaringer peger i retning af, at mange af de mennesker, der lader sig teste, ændrer adfærd. Det gælder både dem, der får at vide, at de er smittet, og dem, der går fri.

– Mange af dem, der er smittet, synes efter en test at gøre sig stor umage for ikke at give smitten videre, når de har fået smitten konstateret ved en test. De, der får at vide, at de er sluppet, synes ofte at gøre sig mere umage for at undgå smitten fremover. I begge tilfælde er det mit indtryk, at man får en mere ansvarlig adfærd.



Peter Skinhøj,

foto: Heine Petersen

Nye præparater

Den nye leder af Rigshospitalets Epidemifdeling, overlæge Peter Skinhøj, venter fremskridt med de mange nye præparater, der er på vej, og han støtter opfordringen til at lade sig teste, hvis man frygter at være smittet.

– Men jeg vil godt understrege, at opfordringen til at lade sig teste kun bør rettes til folk, der har haft en risikoadfærd. Jeg tror ikke, smitten har bredt sig meget uden for de grupper, der er kendt i dag.

ng.

Forsøg med behandling

Mange forsøg med nye medikamenter

Alle danske AIDS-patienter får i dag tilbud om Retrovir, hvis de kan tåle det, men de fleste deltager desuden i forsøg med AIDS-behandling af den ene eller den anden art.

De danske AIDS-patienter er samlet på fire hospitalsafdelinger, som bl.a. er betinget af sygdommens koncentration i Københavns-området.

De to store behandlingscentre er Hvidovre Hospital og Rigshospitalet. Mindre centre er Marselisborg Hospital med ca. 16 AIDS-patienter og Odense Bys Sygehus med ca. 10.

Forsøgene kan deles i tre hovedgrupper.

1) Forsøg, der sigter mod at holde selve HIV-infektionen nede hos patienter, der har fået sygdommen i udbrud.

2) Forsøg, der sigter mod at skaffe bedre metoder til at bekæmpe de følgesygdomme, som de AIDS-syge får. (Se også den særlige artikel om de neurologiske forstyrrelser og behandlingen af dem).

3) Forsøg, der sigter mod at forhindre infektionen i at udvikle sig videre blandt HIV-smittede, der endnu ikke har fået AIDS.

På udenlandske forskningscentre foregår der desuden forsøg med endnu en type medicin, nemlig vaccine – altså medicin, der kan hindre, at folk pådrager sig smitten. De fleste mener, at en sådan vaccine har lange udsigter.

De fleste af forsøgene foregår i et samarbejde mellem flere hospitaler, og mange omfatter sygehuse i udlandet.

Forsøgene tilrettelægges typisk som såkaldt »dobbelt-blind« forsyg, hvor f.eks. halvdelen af patienterne får det præparat, man vil afprøve, mens halvdelen får uvirksomme kalktabletter (placebo). Mens forsøget pågår, ved hverken patient eller behandlende læge, hvem der får hvad.

1) Forsøg med behandling af HIV-infektionen hos AIDS-syge.

Flere danske hospitaler har deltaget i en generel nordisk undersøgelse af virkningerne af Retrovir, som har omfattet 138 patienter. Forsøget er afsluttet, men den statistiske bearbejdning er ikke færdig endnu. Man satser på offentliggø-

relse ved AIDS-konferencen i Stockholm til juni.

Rigshospitalet, Marselisborg Hospital og Odense Sygehus deltager i et skandinavisk projekt, hvor man søger at finde frem til den rette dosering med Retrovir (1200 mg, 800 mg eller 400 mg).

På Hvidovre Hospital deltager man i et fælleseuropæisk studium med 120 patienter, som har fået »opportunistiske infektioner«. Her undersøger man, om patienterne klarer sig bedre, hvis de får kombinationen Retrovir + Acyclovir, end hvis de får Retrovir alene.

Et lignende studium med Retrovir og Acyclovir har siden begyndelsen af 1987 været i gang for patienter, der har diagnosen ARC, eller som har fået stillet diagnosen AIDS på grundlag af den særlige kræftform Kaposi sarkom. Disse patienter er normalt ikke så syge som patienter, der har fået opportunistiske infektioner.

Det ventes, at resultaterne fra disse to forsøg vil være klare til Stockholm-konferencen.

Lars Mathiesen, overlæge på Hvidovre: – Nogle ting tyder på, at det måske kan hjælpe patienten at få Acyclovir ved siden af Retrovir, men tallene har ikke været særlig klare.

2. Forsøg med behandling af følgesygdomme.

60 pct. af de AIDS-syge får den særlige lungebetændelse (pneumocyster), som er den umiddelbare anledning til en række dødsfald. Hvis man får denne lungebetændelse, behandles den sædvanligvis med antibiotika (sulfapræparater), men dem vil man ikke altid give i længere tid, da de svækker knoglemarven og dermed forstærker de uheldige bivirkninger fra Retrovir.

For nogle af de patienter, som er blevet syge i sværere grad af denne lungebetændelse, overvejer man på Hvidovre Hospital at foretage forsøg med at give patienterne binyrebarkhormoner ud over sulfapræparater.

Endvidere overvejer Hvidovre Hospital sammen med Rishospitalet et par forsøg for at forhindre denne lungebetændelse. Således overvejer man som forebyggende medicin – enten til patienter, der har haft

denne lungebetændelse, og som ofte får et tilbagefald – eller til patienter, som i øvrigt skønnes at være udsatte – at gøre forsøg med indåndinger af stoffer, der kan dræbe de parasitter, der her er på spil. For at kunne vurdere virkningen, vil man trække lod om, hvilken behandlingsform, den enkelte patient skal have.

3. Forsøg med tidlig behandling af HIV-infektionen.

Hvidovre Hospital har siden efteråret 1986 sammen med andre hospitaler i Danmark og Sverige været med i et forsøg med præparatet Isoprenosin. Dette stof imødegår ikke virusinfektionen direkte, men virker stimulerende på immunapparatet. De sidste af de 800 patienter i dette forsøg er nu taget ind, og om et halvt års tid kan man vente resultatet.

Mange har naturligt nok forventninger til, at man kan bruge Retrovir allerede på de »raske smittebærere«. Kan man nedsætte risikoen for, at disse mennesker faktisk får AIDS i udbrud? Og kan denne nedsatte risiko opveje, at mange af disse patienter givetvis vil få alvorlige bivirkninger af behandlingen med Retrovir?

Et stort anlagt forsøg med Retrovir til 3-4.000 HIV-positive patienter i en forholdsvis tidlig fase af infektionen er planlagt i Europa og Australien. Her skal i givet fald 2-300 danske patienter fra Hvidovre, Rigshospitalet og Marselisborg Hospital deltage.

Hvidovre Hospital skal desuden med i et fælles-europæisk studie med 400 HIV-positive med høj sygdomsrisiko (man kan f.eks. gennem målinger konstatere et stærkt svækket immunapparat, selv om patienten ikke har fået diagnosen »AIDS« endnu). Her ventes 50 danske patienter at deltage i forsøget.

Hvidovre har også iværksat et lille studium med at give kombinationen Retrovir + Interferon til 12 patienter, som må frygte at få sygdommen snart. Der er her tale om en tidlig fase af afprøvningen, hvor man vil se, om der er for mange bivirkninger.

Den tidligere leder af Rigshospitalets Epidemifdeling, professor Viggo Faber, har ledet en mindre undersøgelse med 20 patienter med en ikke fuldt udviklet AIDS, som har fået Fucidin i et halvt år. Undersøgelsen er ved at være afsluttet, men resultatet er endnu ikke gjort op, så det er for tidligt at sige, om Fucidin har nogen målelig effekt.

Desuden overvejer Rigshospitalet og Marselisborg Hospital sammen et forsøg med at give Fucidin til HIV-positive over en længere periode.

ng.

De neurologiske følger

Hjernen hos AIDS-syge udsat for mange angreb

Sygdommen AIDS blev først kendt på sine ydre, synlige symptomer: Lungebetændelse, diarré, nattesved, vægttab, hudkræft, hævede lymfekirtler. De senere år er man imidlertid blevet stadig mere opmærksom på de neurologiske følger af sygdommen. »Mange AIDS-syge udvikler demens«, siges det i populære beskrivelser.

Mange HIV-positive eller AIDS-syge reagerer med en let forståelig rædsel på denne trussel. De forestiller sig selv siddende i lange perioder som affældige, konfuse og uligevægtige.

– Men egentlig demens af længere varighed rammer ikke de AIDS-syge særlig tit, fortæller neurologen Peter Arlien-Søborg, der er overlæge på Hvidovre Hospital. Derimod vil AIDS ofte give sig udslag i neurologiske symptomer af anden og ofte mildere karakter.

Der er dog næppe tale om, at man allerede som HIV-positiv ofte har alvorlige neurologiske forstyrrelser. Den påstand har været fremme i forbindelse med en diskussion om HIV-test af SAS-piloter.

I virkeligheden kan man opstille et helt katalog af neurologiske lidelser, som kan være affødt af AIDS.

Tre hovedgrupper

I det følgende gennemgås tre hovedgrupper af mere gennemgribende forstyrrelser i hjernefunktionerne

som følge af AIDS. Hertil kommer i mange tilfælde nogle mindre betydningsfulde neurologiske symptomer, som man kan finde hos AIDS-patienter ved en grundig undersøgelse.

De tre hovedgrupper er:

- 1) Virusinfektion af nervesystemet, herunder angreb på nervesystemet af selve HIV-virus (det virus, som giver AIDS).
- 2) Angreb på hjernen fra snylteren toxoplasma eller fra svampearter som følge af, at legemets forsvar er svækket af AIDS.
- 3) Svulster i hjernen i form af lymfekræft og lignende.

Disse grupper kan igen inddeles yderligere efter en række specielle virustyper m.v. Det har stor betydning at få fastslået, hvilken type angreb, den enkelte patient er udsat for. Ellers kan man ikke tilrettelægge den rigtige behandling.

Virusinfektioner

HIV nedbryder patientens naturlige immunforsvar. Derfor kan AIDS-syge få infektioner i hjernen med virus, som sjældent angriber hjernen hos personer uden svækket immunforsvar.

Men derudover kan HIV-virus selv trænge op i hjernen. Virus er i stand til at overvinde den såkaldte blod-hjerne-barriere, dvs. trænge igennem karvæggen i blodkarrene. Hos AIDS-syge er der ved vævsprøver fundet såvel HIV som HIV-antistoffer i hjernen. Det ser ud til, at det primært er støtcellerne i hjernen, der angribes af virus, og at nervecellerne indirekte kommer til at lide.

Et virusangreb på hjernen betyder, at virus får hjernecellen til at ændre funktion og danne ny virus i stedet for at passe sine hjernefunktioner. Til sidst er hjernecellen blevet ændret så meget, at den dør.

Mennesket er fra fødslen udstyret med et uhyre stort antal hjerneceller, typisk ca. 12 milliarder. Dem skal vi passe godt på, for vi kan ikke danne nye hjerneceller.

Det gør dog ikke så meget, at nogle celler i visse dele af hjernen går til grunde, for i det daglige skal vi kun bruge en mindre del af de 12 milliarder. Men dør der alt for

mange, svækkes hjernens funktion. Det kan ske hos ældre mennesker, og det kan også ske ved f.eks. langvarigt alkoholmisbrug eller ved det såkaldte malersyndrom.

Det akutte angreb

Hvis hjernens funktion er svækket som følge af virusangreb på en AIDS-patient, er der typisk to sygdomsbilleder:

– I nogle tilfælde kommer symptomerne pludseligt og voldsomt. Patienten kan pludselig blive uklar, få høj feber, blive konfus, få hovedpine, evt. få kramper og lammelser. Hvis virusangrebet ikke standses, dør patienten.

Disse tilfælde skyldes typisk angreb af Herpes-virus, som også kan give forkølelsessår eller skoldkopper.

Disse virusangreb kan i dag bremses med forskellige medikamenter.

Det langsomme angreb

– I andre tilfælde udvikler symptomerne sig gennem et langstrakt forløb, f.eks. over måneder til halve år. Man vil ofte se, at patienten husker dårligere, bliver massivt træt, ændrer sig psykisk. Nogle bliver sjukskede, hvor de før var pertentlige, nogle får let til tårer, nogle bliver apatiske, nogle bliver usikre på benene eller fummelfingrede. Nogle får lammelser. Der kan optræde koncentrationsbesvær.

Hvis f.eks. hukommelsessvigt, træthed og koncentrationsbesvær er til stede samtidig, vil man i nogle tilfælde begynde at tale om demens.

Men vel at mærke ikke altid. Mange AIDS-patienter får nemlig en depression, og denne psykiske reaktion kan give nogle af de samme symptomer: Massiv træthed, apati, manglende koncentrationsevne. En sådan depression kan overvindes.

Peter Arlien-Søborg har en mistanke om, at nogle af de patienter, som man i udenlandske undersøgelser har betegnet som »demente«, i virkeligheden har haft en depression. Dette er en af grundene til, at oplysninger om, hvor mange der får demens, skal tages med varsomhed.

Men hvis det faktisk er et virusangreb, som har betydet en lang-



Peter Arlien-Søborg,
foto: Heine Pedersen

som svækkelse af hjernen, har lægerne i dag ikke nogen sikker kur. I så fald er der tale om virusangreb enten med cytomegalo-virus eller med HIV-virus selv eller med et virus kalder papovavirus. Sygdomsbilledet for de tre virus-typer er omtrent det samme, og lægerne er ikke helt sikre på, hvornår det er HIV, og hvornår det er de andre virus-typer, der er på spil.

Det er muligt, at stoffet Retrovir (AZT), som kan bremse udvikling af HIV-virus i blodet, også kan bremse HIV i hjernen. Men man ved det ikke med sikkerhed endnu. Det er dog påvist, at Retrovir kan passere blod-hjerne-barrieren.

Toxoplasmose, syfilis, svampe m.v. Mange gravide har hørt lægen eller jordmoderen sige: - Du må ikke være med til at rense harer eller andet vildt. Det kan skade dit foster.

Faren for fostret består i en lille encellet snylter, som kaldes toxoplasmose. Denne snylter kan ikke gøre den store skade på voksne, sunde mennesker, men hvis et foster bliver angrebet, kan det få hjerne-skader, vand i hovedet m.v.

De AIDS-syge mangler ligesom de ufødte et forsvarsapparat mod toxoplasmose. Den lille snylter kan angribe hjernen hos AIDS-patienterne.

Toxoplasmose kan give en slags bylder i hjernen, og symptomerne afhænger af, hvor disse bylder evt. sætter sig. Hvis der blot er en byld, kan det f.eks. give sig udslag i lamelse i den ene side, hovedpine og kramper. Hvis der er mange læsioner i hjernen på grund af toxoplasmose, kan symptomerne minde om et akut virusangreb (f.eks. forårsaget af Herpes-virus).

For at undersøge, om AIDS-patienten er angrebet af toxoplasmose, kan man dels foretage forskellige neurologiske undersøgelser, dels anvende avanceret scanningsteknik (fotografere lag på lag i hjernen). Her kan man i nogle tilfælde direkte se bylde. Se vedstående billede fra Hvidovre Hospital fra en CT-scanning af en AIDS-patient.

Toxoplasmosen kan i givet fald bremses med antibiotika.

Til denne gruppe af følgesygdomme til AIDS hører også angreb på hjernen af syfilisbakterier og svampetyper som kryptokokker. Det sidste rammer mange AIDS-patienter i USA og i nogle europæiske lande, men ses stort set ikke i Danmark.

Syfilisbakteriens angreb kan standses med antibiotika, hvis behandlingen sker i tide.

Kræftsvulster

Den sidste gruppe er angreb på hjernen med forskellige kræftformer,



Billederne viser CT-scanning af hjernen hos en AIDS-patient på Hvidovre Hospital. Den ringformede struktur til højre for midtlinjen i billedet til venstre er en byld forårsaget af toxoplasmose. På billedet til højre ses samme patient efter 4 ugers behandling.

som følger i kølvandet på AIDS. Der er navnlig tale om, at lymfekræft breder sig til hjernen på en måde, man sjældent ser hos personer uden AIDS. I sjældne tilfælde har man også set, at den særlige kræftform Kaposi sarkom, som man på vore breddegrader næsten kun ser hos AIDS-patienter, også finder vej til hjernen.

Kræftsvulster i hjernen giver omtrent de samme symptomer som bylder forårsaget af toxoplasmose. Symptomerne afhænger altså af antallet af svulster, og hvor de sidder. Kræftsvulsterne kan behandles med stråler eller kemoterapi.

Lettere forstyrrelser

Ud over de alvorlige hjerneforstyrrelser kan AIDS give nogle neurologiske forstyrrelser, som ikke giver så store gener. Måske er det kun patienten, der opdager disse lette symptomer, eller han bemærker dem ikke en gang selv. Ofte bemærkes de først af en neurolog, der f.eks. afprøver reflekser m.m.

Disse lettere neurologiske forstyrrelser kan f.eks. give sig udslag i usikre bevægelser eller i muskelsvækkelser, så man f.eks. får sværrere ved at løfte ting og hurtigere udtrættes. Formentlig for flertallet af AIDS-patienterne er disse forstyrrelser så svage, at de ikke selv mærker dem.

De lettere forstyrrelser kan f.eks. skyldes infektion af den øvre rygmarv med selve HIV-virus. I en dansk undersøgelse af rygmarvsfunktionen hos 23 AIDS-patienter har man faktisk fundet nedsat hastighed af nerveimpulserne i rygmarven hos samtlige 23.

Der er imidlertid himmelvid forskel på sådanne - lette neurologiske forstyrrelser - og så den demens, som mange AIDS-syge frygter. Peter Arlien-Søborg understreger,



at demens bestemt ikke er det normale sygdomsbillede for en AIDS-patient.

Hvor mange rammes?

- Udenlandske opgørelser viser, at ca. 10 pct. af alle AIDS-tilfælde bliver diagnosticeret på grundlag af neurologiske symptomer, siger han.

- Men det er vanskeligt at give noget præcis tal for, hvor mange AIDS-syge, der rammes. Det lader til, at jo længere sygdommen skrider frem, jo større en andel af de syge får alvorlige forstyrrelser i hjernen.

- Hos patienter på ARC-stadiet *) drejer det sig måske kun om nogle få procent. I den fase, hvor folk får stillet diagnosen AIDS drejer det sig om lidt flere.

- I udlandet har man talt om, at 40 pct. af de AIDS-syge bliver demente. Det tal tror jeg kun holder, hvis man indregner dem, der får en svækket hjernefunktion i terminalfasen, altså når de er døende.

- Derimod er de lettere neurologiske forstyrrelser, som ikke behøver at give symptomer, almindelige blandt AIDS-patienter, og de findes sikkert også hos mange med ARC. Derimod tvivler jeg på, at de er særlig udbredte blandt HIV-positive, som ikke er syge endnu.

Blandt de forskellige typer af forstyrrelser i hjernen hos AIDS-patienter er toxoplasmose nok den hyppigst forekommende. På andenpladsen kommer virusangreb, formentlig navnlig angreb af selve HIV-virus.

ng.

*) ARC = AIDS Related Complex. En sygdomstilstand, som er forårsaget af HIV-virus, men som efter den hidtidige definition ikke har opfyldt de fastsatte kriterier for diagnosen AIDS. Se artiklen om HIV-infektionens udvikling.

Seks AIDS-patienter på »holistisk« center

- Vi har haft gode resultater med vore AIDS-patienter, siger læge Ole van Hauen-Drucker, Gefion-Centret i Hillerød.

Centret tilbyder såkaldt holistisk behandling og er formentlig det største af den række af alternative behandlingssteder, der mener at kunne gøre noget for AIDS-patienter.

Gefion-Centret har i øjeblikket seks AIDS-patienter og har haft »adskilligt flere« gennem årene, oplyses det.

Centret tilbyder bl.a. behandling med kostomlægning, psykoterapi, kropsterapi og direkte behandling af AIDS og forskellige svampeinfektioner med homøopati, mineralterapi,

brintoverilte m.v.

- Formålet med behandlingen er at få styr på kroppens energier, siger Ole van Hauen-Drucker. Det er klart, at AIDS hænger sammen med, at der er et virus på spil. Men vi søger at finde ud af, hvorfor virus har kunnet udvikle sig hos den enkelte patient. Virus skal have et miljø for at kunne trives.

På centret bliver man undersøgt med forskellige undersøgelsesmetoder, der bl.a. skal belyse om og hvor, der er energimæssige blokeringer i kroppen, om patienten mangler mineraler m.v..

Sådan mangler kan skabe det miljø, hvor virus trives, lyder teorien.

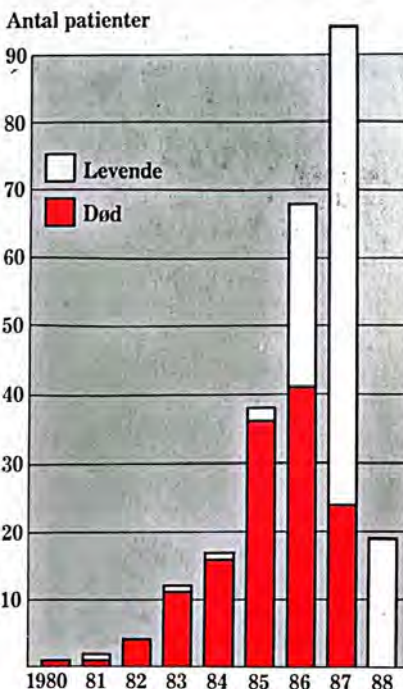
Aktuelle tal

1. marts 1988 var der i alt anmeldt 257 tilfælde af AIDS i Danmark, hvoraf 123 var i live.

Fordelt efter køn og efter de behandlende lægers viden om smittemåden ser opgørelsen således ud:

Smittet ved:	Mænd	Kvinder
Homoseksuel kontakt	209	0
Intravenøs stofmisbrug	2	3
Homoseksuel kontakt og/eller intravenøs stofmisbrug	4	0
Behandling af blødersygdom	9	0
Blodtransfusion	2	3
Heteroseksuel kontakt*	11	1
Fødsel eller graviditet	1	1
Ukendt smittemåde	9	0
Under udredning	1	1
I alt	248	9

* To af mændene, der menes smittet ved heteroseksuel kontakt, er smittet i Centralafrika, og én er indvandret fra et afrikansk land.



Note: Søjlerne viser antallet af anmeldte tilfælde i de enkelte år (med 1988-tallene ført op til seneste forudgående opgørelsesdato). De røde felter angiver, hvor mange af de syge, der på opgørelsesdatoen vides at være døde - fordelt på årstal efter, hvornår sygdommen blev konstateret.

Nej til Retrovir?

- Råder I patienterne til at undlade f.eks. at tage Retrovir?

- Man kan godt foretage nogle af de ting, vi foreslår, f.eks. lægge sin kost om, selv om man får Retrovir.

- Hvad vi råder til, afhænger af, hvor langt ude, patienten er. Hvis patologien er løbet for langt, skal man søge støtte i det etablerede system. Der hvor vi kan hjælpe er, hvor sygdommen ikke er kommet så langt, siger Ole van Hauen-Drucker.

- Det springende punkt er netop, om de alternative behandlere forhindrer eller fraråder deres patienter at få behandling på hospital mens tid er, kommenterer professor Finn Black, Århus.

- På Marselisborg Hospital har vi haft to eksempler på patienter, som er kommet til os i en meget medtaget forfatning efter at have været i behandling på et holistisk center. Den ene patient var det for sent at redde, og der er for mig ingen tvivl om, at han var blevet rådet af behandleren til at undlade at tage imod Retrovir og den øvrige sygehusbehandling.

- Hvis patienterne ikke holdes væk fra behandlingen hos os, kan man naturligvis ikke have noget imod, at de f.eks. får ændret kostvanerne.

- Men i de tilfælde, hvor AIDS-syge er holdt væk fra behandling på sygehusene, er der handlet uansvarligt. Disse tilfælde vil formentlig kunne betragtes som kvaksalveri. Det svarer næsten til at holde sukkersygepatienter væk fra deres insulin.

ng.

AIDS NYT er udgivet af Sundhedsstyrelsen.

Redaktion: Lone de Neergaard (ansv.), Henning Jørgensen, Bjørn Knudsen, Jo Coolidge og Poul Grøn, AIDS-sekretariatet; Henrik Zoffmann, Statens Seruminstitut, Finn Trunk Black, Marselisborg Hospital, John Sørensen, Amdsrådsforeningen og Niels Glavind.

Grafisk tilrettelæggelse: Morten Jersild AS

Sats: Carvi-Sats, København

Oplag: 23.000 eks.

ISSN 0902-5375