

# VIGS

## IMPLIKASIES VIR SUID-AFRIKAANSE VERPLEEGKUNDIGES — DEEL I

MICHAEL C. HERBST

### SUMMARY

At present the number of AIDS victims in South Africa has been small with only 19 cases reported by 19 July 1985.

Nurses in South Africa should however understand AIDS (Auto Immune Deficiency Syndrome) so that a possible sudden increase in the number of cases does not find them unprepared.

AIDS is a disease characterised by the development of an inexplicable immune deficiency. These patients develop fatal opportunistic infections and a specific malignancy — Kaposi Sarcoma.

AIDS is believed to be caused by a retro-virus named HTLV-III. It seems to be spread through sexual contact, blood, blood products, syringes of drug-addicts and to a baby during the birth process.

The diagnosis of AIDS is made on the basis of an opportunistic infection or the development of a malignancy. Four patterns have been identified including the pulmonary, central nervous system, gastro-intestinal and fever of unknown origin patterns. (Next issue: Nursing patients with AIDS).

### INLEIDING

Dit gebeur selde dat 'n siektetoestand soveel reaksie uitlok dat selfs die nuusblaie en populêre tydskrifte aanhoudend te vore kom met banieropskrifte soos: *Die Homo Plaag; Ongeneeslike siekte van Homo's; Homo's Leef in Skadu van Dood; Pa Gee Vrou en Kind AIDS.*

Dit is miskien juis die geval omrede die mens onder die indruk gekom het dat alle aansteeklike siektes deur die mediese wetenskap hokgeslaan is — en nou word die wêreld geteister deur 'n fatale en ongeneeslike siektetoestand.

Wat natuurlik aanleiding gee tot hierdie reaksie en die paniek wat in sommige kringe ontstaan het, is die feit dat wat aanvanklik as 'n siekte van homoseksuele mans bekendstaan het, nou al hoe meer onder heteroseksuele persone, insluitend vrouens en hul kinders, voorkom. Hierdie toestand respekteer geen ouderdom, geslag of geografiese grense nie.

Hierdie artikel word in twee aflewinge aangebied.<sup>1</sup> In deel een word daar gekyk na waarom Verworwe Immuungebreksindroom (VIGS) belangrik is vir die Suid-Afrikaanse verpleegkundige, wat die voorkeurs daarvan is, hoe dit oorgedra word asook die verskeidenheid patrone waarmee die siektetoestand presenteert. In deel twee word aandag geskenk aan die behandeling van persone met hierdie toestand asook die implikasies daarvan vir verpleegkundiges, hetsy verpleegdiensbestuurders, dosent(e) of enige ander kategorie verpleegkundige.

### WAT IS VIGS?

Verworwe immuungebrek-sindroom (VIGS) is 'n seksueel oordraagbare siektetoestand wat binne 'n kort rukkie sy slagoffers doodmaak sonder dat daar enige behandeling voor bestaan.

Dit is 'n siektetoestand waar die pasiënt 'n onverklaarbare immuungebrek (sellulêre immuniteit) ontwikkel met 'n verhoging in sitotoksiiese T-onderdrukker selle wat tot 'n wanbalans in die verhouding van helper T-selle tot T-onderdrukker selle aanleiding gee. Dit kom voor in persone in wie daar geen een van die bekende oorsake van immuungebrek teenwoordig is nie.

Persones met hierdie tipe immuungebrek ontwikkel fatale opportunistiese infeksie en 'n spesifieke maligne toestand, Kaposi-sarkoom (Hamilton, 1984:26; WHO, 1985:30).

Die term *sindroom* (symptomekompleks) word aan hierdie toestand gekoppel, juis omrede ons VIGS ken as ons dit sien, maar van die etiologie nog weinig weet.

### WAT WEET ONS VAN VIGS

Wat wel aan ons bekend is, is dat die veroorsakende organisme skynbaar 'n virus is en dat die siekte deur seksuele omgang, bloed, bloedprodukte, spuite van dwemslawe en blootstelling van die baba tydens die geboorteproses oorgedra word.

Die virus is voorlopig uitgeken as 'n retrovirus genaamd HTLV-III (*human T-cell leukaemia virus-III*) deur die *United States National Cancer Institute*. Die Pasteur-Instituut in Parys, Frankryk, het ook 'n virus geïdentifiseer wat hulle LAV (*lymphadenopathy-associated virus*) noem. Dit wil voorkom asof hierdie twee virusse identies is, alhoewel biochemiese- en immunologiese bevestiging nog afgewag word (WHO, 1985:32).

Michael C Herbst

Lektor: Departement Verpleegkunde, Potchefstroomse Universiteit vir CHO.

Alhoewel hierdie siektetoestand in 1981 vir die eerste keer in die VSA aangemeld is, is die toestand nie aan die mediese wetenskaplikes onbekend nie. Retrospektiewe studies het aan die lig gebring dat dit aanvanklik in ekwatoriale Afrika, die Karibiese streek en die VSA voorgekom het gedurende die laat 1970's (WHO, 1985:30). Sedert 1981 is daar ongeveer 8 000 gevalle in die VSA en ongeveer 500 gevallen in Europa aangemeld (ANON, 1985:5).

Die skrywer is persoonlik van mening dat hierdie syfers nie die werklike toedrag van sake weer-spieël nie. 'n Mens lees in die populêre tydskrifte, en hul haal name aan van sogenaamde Amerikaanse wetenskaplikes, dat daar in die VSA ongeveer een miljoen persone is wat die virus van VIGS in hul liggings ronddra! 'n Mens sou baie graag meer akkurate statistiek wou bekom.

Wat getalle betref, lyk die prentjie in Suid-Afrika veel beter, met slegs negentien gevallen aan ons bekend. Van hierdie negentien, is ten minste twaalf alreeds dood. (Syfers soos op 1985-07-19, telefoones verskaf deur die epidemiologiese afdeling van die Departement van Gesondheid en Welsyn.)

Volgens Wells *et al* (1985: 76,77) het Amerikaanse literatuur oor hierdie onderwerp die Atlantiese Oseaan vinniger oorgesteek as die siektetoestand self. Hulle is van mening dat dit of geïgnoreer was, of dat die inligting nie aan gesondheidsorgpersoneel oorgedra is nie. Toe die siekte werklik in die VK begin kop uitsteek, met groot getalle wat aangemeld word, was daar aanvanklik 'n ineenstorting in voldoende ondersteuning aan pasiënte.

Skynbaar was dit nie omrede daar 'n gebrek aan besorgdheid was nie, maar omrede basiese kennis aangaande VIGS ontbreek het.

Verpleegkundiges in die VK moes keer op keer agterkom dat hulle onvoorbereid was en nie genoegsame kennis van psigososiale vaardighede gehad het nie. Hulle het veral min geweet van die

lewenswyses en seksuele oriëntasie van die meeste van hul pasiënte (manlike homoseksuele). Die verpleegkundiges het ook weinig hulp en ondersteuning van hul meerderes gekry, aangesien hul kennis net so skraps was.

*. . . AIDS is unlikely to go away soon and will continue shattering lives and leaving people abandoned; we must learn from the American Experience, where the disease has not yet reached a plateau. (Wells *et al*, 1985:77)*

Ons moet ons nie laat sus deur die beperkte aantal gevallen wat nog in die RSA voorgekom het nie. Ons moet kennis dra van hierdie ernstige siektetoestand sodat, indien dit mag gebeur (en dit sal heelwaarskynlik), ons as verpleegkundiges voorbereid sal wees om ons bydrae te lewer. Alhoewel daar ernstige implikasies vir die geneesheer is, is dit die verpleegkundiges wat hierdie persone vir elke minuut van elke dag moet versorg.

Ons moet op die uitkyk wees vir potensiële slagoffers: mans, vrouens, kinders, bejaardes en ons moet voorbereid wees om hulle te versorg wanneer en indien dit in ons land nodig sou word.

## DIE KLINIESE BEELD VAN VIGS

Om 'n diagnose van VIGS te kan maak, moet daar aan sekere vereistes voldoen word volgens die Sentrum vir Beheer van Siektetoestande (*The Centre for Disease Control, Atlanta*).

'n Diagnose word nie gemaak alvorens die pasiënt 'n opportunistiese infeksie of maligne gewas ontwikkel het nie.

Die twee hooftoestande is Kaposi-sarkoom en *Pneumocystis carinii* pneumonie. Ander siektetoestande sluit in pneumonie, meningitis en enkefalitis veroorsaak deur *Aspergillus*, *Candida*, *Cryptococcus*, *Sitomegalovirus*, *Nocardia*, *Zygomycetes* of 'n a-tipiese *Mycobacterium*-esofagitits veroorsaak deur *Candida*, *Sitomegalovirus* of *herpes simplex* virus.

Verder word die volgende tot die lys gevoeg: progressiewe multifokale leuko-enkefalopatie, chroniese enterokolitis veroorsaak deur Kriptoprogressieve multifokale leuko-enkefalopatie, chroniese enterokolitis veroorsaak deur Kryptosporidia, of uitgebreide mukokutaneuse herpes simplex (Nuttall, 1985:79).

Die siektetoestand begin gevoelik met insidieuze tekens en simptome wat meer verspreid voorkom as in ander immuungekompromitteerde persone. Vier patronen van VIGS word tans onderskei (WHO, 1985:30,31).

## DIE PULMONALE PATROON

Tekens en simptome bestaan uit dispnee, hipoksemie, borspyn en verspreide infiltrasie van die longvelde soos op borskarsröntgenopname gesien kan word.

Die belangrike toestand in die VSA en VK is *Pneumocystis carinii* pneumonie. *Legionella pneumophila* en sitomegalovirusinfeksie veroorsaak 'n ooreenstemmende pulmonale beeld. Kryptokokkose, toksoplasmose, strongyloidose en alfa-herpesvirus 1 of 2 besmetting kan ook voorkom.

## DIE SENTRALE SENUWEESTELSEL-PATROON

Dit word gesien in ongeveer 30 % van gevallen, en kom in vier vorms voor, naamlik:

- infeksies insluitend *Toxoplasma gondii*-absesse, kryptokokale meningitis, progressieve multifokale leuko-enkefalopatie, *Mycobacterium avium intracellulare*-besmetting, subakute enkefalitis wat moontlik deur sitomegalovirus-infeksie veroorsaak word en strongyloidose
- tumore soos cerebrale limfoom;
- vaskuläre komplikasies insluitend nie-bakteriële trombotiese endokarditis en cerebrale bloeding as gevolg van trombositopenie
- sentrale senuweestelselprobleme met fokale breinletsels en selfbeperkende aseptiese meningitis.

(Vervolg op p 17)