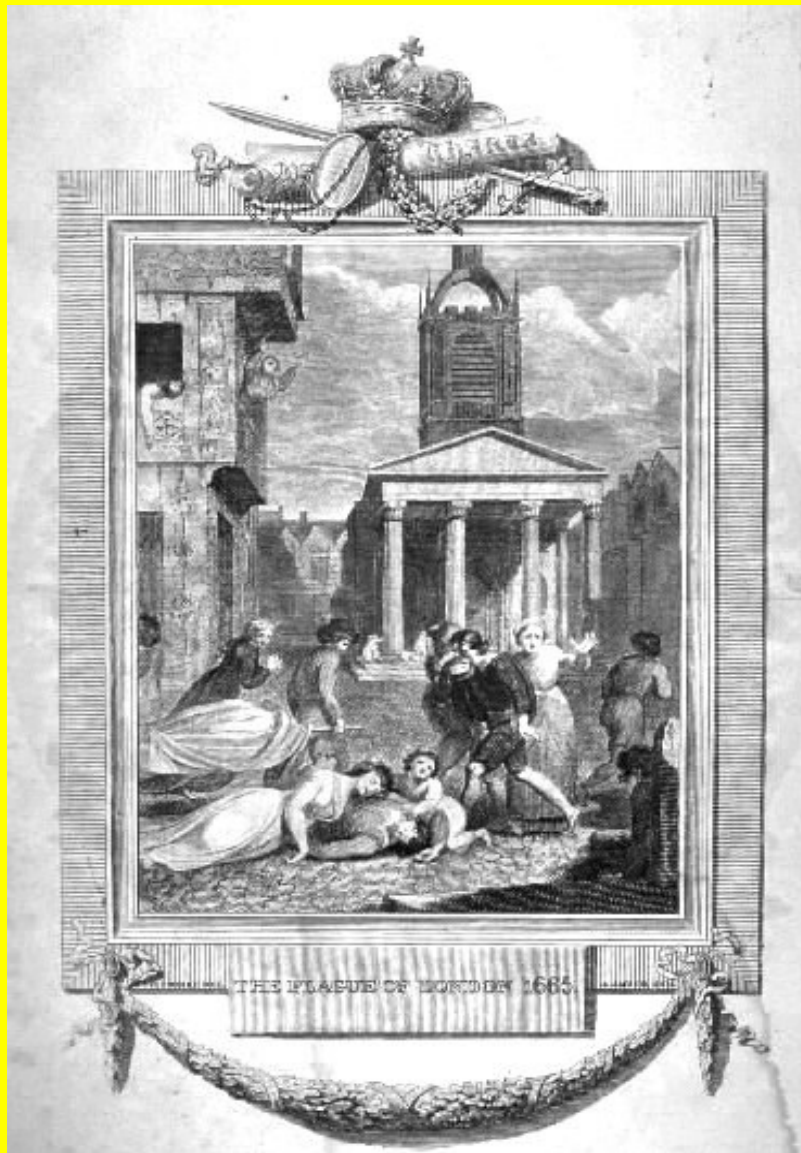


# pest-POSTEN

Nr. 3&4, 2000 - 6. årgang



**MEDLEMSBLAD FOR  
NORSK FORENING FOR INFEKSJONSMEDISIN**



# Claforan<sup>®</sup>

cefotaxime

## **Hoechst Marion Roussel AS**

P.O.Box 232 Økern, N-0510 OSLO  
Økernveien 145  
Phone +47 22 72 79 90  
Fax +47 22 63 18 28

## **Hoechst**

Hoechst Marion Roussel  
The Pharmaceutical Company  
of Hoechst



## REDAKSJONEN:

- **Ansvarlig redaktør:**

**Oddbjørn Brubakk**

Infeksjonsmedisinsk avdeling,  
Ullevål sykehus

- **Medredaktør:**

**Björg Sørensen**

Medisinsk avdeling,  
Ullevål Sykehus

- **Redaksjonssekretær:**

**Jon Birger Haug**

Medisinsk avdeling,  
Sykehuset Østfold Fredrikstad

- **Annonsejef:**

**Eivind Ragnhildstveit**

Mikrobiologisk avdeling,  
Sykehuset Østfold Fredrikstad

- **Regionsmedarbeidere:**

**Arild Mæland**

Infeksjonsmedisinsk avdeling,  
Ullevål Sykehus

**Stig Harthug**

Medisinsk avdeling,  
Haukeland Sykehus

**Björg Viggen**

Medisinsk avdeling,  
Regionsykehuset i Trondheim

**Lars Vorland**

Mikrobiologisk avdeling,  
Regionsykehuset i Tromsø

### INN H O L D :

Redaksjonelt	s. 4
IDSA 2000	s. 5
Inf. forum Øst-Norge 27.10.00	s. 6
NAF - Forum for intensivmedisin	s. 11
Diktspalten	s. 12
Drømmer og demring i Durban	s. 13
Inf. forum Vest-Norge 10.11.00	s. 15
4th Nordic-Baltic Congress on Inf. Dis.	s. 18
Referat Årsmøtet NFIM 7.12.00	s. 20
Årsmelding NFIM	s. 21
Regnskap NFIM	s. 22
The Glasgow HIV Herald	s. 23
Bibelmanmeldelse: Mandell den 5te	s. 26
E-postadresser	s. 27
Delreferat Inf.forum Vest-Norge 12.5.00	s. 28
Fotogåten	s. 29
Løsning forrige fotogåte	s. 30
Lederen har ordet	s. 33
Veiledning for forfattere og annonsører	s. 34

“*pest-POSTEN*” utgis fire ganger i året, og distribueres til alle som er medlemmer av NFIM.

**Adresse:** Oddbjørn Brubakk,  
Infeksjonsmedisinsk avd.  
Ullevål sykehus, 0407 Oslo.

**Telefon:** 22111904    **Telefax:** 22119181

**E-mail:** jbhaug@of.enitel.no

**ISSN:** 0808 - 2510

**Forsiden: R. Smirke -  
The Plague Of London 1665**



# *redaksjonelt*



## ***pest-UNDERSKUDD, underskudd-POSTEN***

Høsten går som vanlig inn med store overskrifter i media om underskudd på norske sykehus. - Størst på de store regionsykehusene. Meldinger om stengte avdelinger, redusert aktivitet og økning av ventelister følger som vanlig i kjølvannet.

Og i tillegg har vi korridorsengene!

Regjeringen har ymtet frampå om statlig overtakelse, - og toer sine hender ovenfor det ansvaret som fylkeskommunene har.

Hva betyr det at Staten overtar sykehusene? Vil det bli enda mer sentralisert byråkrati? Eller blir det mer ansvar på hver institusjon? - Foreløpig er det mest politiker prat som ingen kan bli klok av, og man kan slettes ikke danne seg noen mening om hva som er best eller dårligst.

Underskuddene er der i alle fall. De kan skyldes dårlig organisering og styring, og i så fall er det katastrofalt fordi nesten alle sykehus går med mer eller mindre underskudd, - og betyr at dette er for vanskelig for oss i Norge, - vi har ikke kunnskap og kapasitet til å makte denne oppgaven.

Eller er det den så mye omtalte profesjonskampen. Den vi vel ikke merker så mye til i det daglige arbeid, men som altså angivelig spøker i bakgrunnen og lammer og hindrer optimal virksomhet på våre helseinstitusjoner.

Eller er det mangel på penger? - Det er faktisk blitt slik at produksjonsøkning i helsevesenet fører til større underskudd. Det må vel bety at prisen på tjenestene er for lav? Helt sikkert er det at finansieringen har slått ut på en måte som skaper større vansker enn fordeler, og at dette må rettes opp snarest.

Det er deprimerende hver eneste høst å skulle forholde seg til innsparing, effektivisering, stenging og reduksjoner. Det tar bort noe av gleden ved og motivasjonen for arbeidet.

Vår profesjon burde kanskje ha bidratt enda mer

til å løse problemene, men til syvende og sist er det politikerne som må ta avgjørelsene og vi kan ikke annet enn håpe at den siste tidens debatt vil føre noe positivt med seg slik at arbeidsglede og motivasjon igjen kan komme i høysetet.

Denne publikasjon derimot, går ikke med økonomisk underskudd. Det skyldes ikke manglende profesjonskamp eller god organisering, men delvis på frivillig innsats fra redaksjonens medarbeidere.

Når det gjelder ikke-økonomiske forhold går imidlertid *pest-POSTEN* med underskudd. - Det er få som føler seg kallet til å eksponere seg i bladets spalter. Hederlige unntak er naturligvis de tre eks-formenn Are Næss, Arild Mæland og Bjørn Myrvang som denne gang bidrar med hhv. ferdaminner og diktspalte. Gamle formenn blir som unge og kjenner fortsatt sitt ansvar.

"Alle reiser er ein omveg heim" er tittelen på ei bok av Herbjørn Sørebo. Vel heime kan du skrive et ferdaminne til oss som måtte holde hjulene i gang, - og gi oss et pust av det som foregår der ute i den store verden.

Spaltene er åpne for alle. - Prøv et innlegg du og!

Mens du tenker på hva du skal skrive om:

Hold ut!

*Oddbjørn Brubakk*



**I**nfectious Diseases Society Of America er nok litt større enn Norsk forening for infeksjonsmedisin. IDSA har ca. 5 500 medlemmer og vokser, budsjettet er på ca. 5 mill \$ og reservefondet er like stort. På årsmøtet i november 1999 gikk John G. Bartlett fra Johns Hopkins i Baltimore av som president og Catherine M. Wilfert fra Duke i Durham har overtatt som sjef. Tidligere hadde IDSA sine årlige konferanser som et satelittmøte til ICAAC, men har de siste årene valgt å holde egne årlige konferanser, som samler ca. 5000 infeksjonsmedisinere, foreløpig med lite ikke-amerikansk deltagelse.

Det er under vurdering å utvide denne konferansen ved å lage et stort årlig felles møte med SHEA - The Society for Healthcare Epidemiology of America - og ASTMH - The American Society of Tropical Medicine and Hygiene. Det er også mulig at møtet flyttes til våren for ikke å konkurrere med ICAAC.

IDSA angir som prioriterte områder bl.a. HIV og amerikansk HIV-omsorg, vaksinestrategier antibiotikaresistens og matbårne sykdommer. IDSA er også bekymret over tilbakegangen i amerikansk mikrobiologi, ihvertfall klinikernes tilgjengelighet til mikrobiologi av god kvalitet. De er også for en europeer påfallende opptatt av bioterrorisme, og de er også bekymret for vansker med tilgjengeligheten av enkelte alminnelige antibiotika i USA, faktisk har det vært knapphet i USA på vanlige midler som penicillin og nafcillin, etter nedleggelse av en fabrikk i New Jersey.

IDSA skal nå lage en datterforening, HIV Medicine Association, og i USA arbeider man også med å vurdere om HIV-medisin skal gjøres til egen spesialitet. Er man medlem i IDSA kan man velge å være medlem av HIV Medicine Association uten ekstra kostnad, og HIV-

foreningen er kun for IDSA-medlemmer

IDSA gir hver måned ut JID og CID, to av de mest sentrale tidsskrift innen infeksjonsmedisin. Fra januar 2001 skal disse bladene komme ut hver 14.dag. (Fra sommeren av kommer også Lancet med et eget månedlig infeksjonstidsskrift, så det blir stadig mer vi skulle ha lest!). Journal of

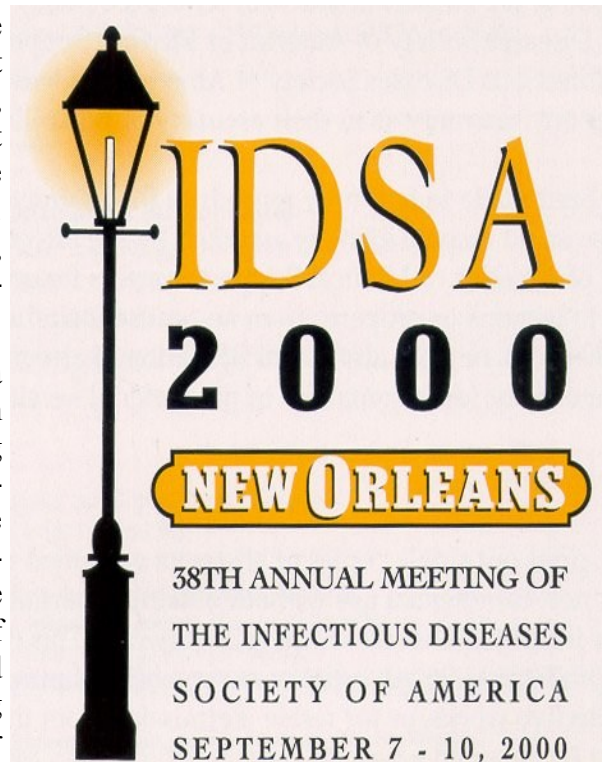
Infectious Diseases presenterer originale forskningsresultater og Clinical Infectious Diseases presenterer i tillegg forskjellige oversiktsartikler, foto-quiz, kommentarer, bokanmeldelser etc.

Fra nyttår av kommer begge i fulltekstversjon på nettet, men etter hvert må du nok abonnere for å få tilgang. Begge er høyt ansette tidsskrift, JID er nr. 2 etter "AIDS" på siteringsrangeringen innen infeksjonsmedisin og CID er nr. 6. JID er på høyde med BMJ som er nr. 7 innen generell og intern medisin med en *impact factor* på ca. 5000,

her toppes selvfølgelig listen suverent av NEJM med en faktor på 28 000, Lancet har 11 000, jeg fant ikke *pest-POSTEN* på listen.

Vil du bli medlem kan du slå opp på <http://www.idsociety.org>. Kontingenten for oss her øst er

US\$ 195 og da får du IDSA News samt de to nevnte tidsskrift tilsendt, samt reduserte kongressavgifter. IDSA angir også at du får tilgang til Capitol Hill og føderale kontorer gjennom IDSA's lobbyist. Kanskje vår hjemlige infeksjonsforening burde ha en mann i korridorene på Løvebakken? Da ville vi kanskje fortsatt hatt fond III ?



**Nyttårsløfte nr. 1:  
Skrive mange innlegg  
til pest-POSTEN ....**

**Referat fra**

***Infeksjonsforum Øst-Norge***  
**Oslo Militære Samfund, 27. oktober 2000**

**Av Arild Mæland**

**D**et Øst-Norske Infeksjonsforum fortsetter å innta de mer ærverdige av hovedstadens etablissementer, sist gang var det Videnskapsakademiet (*p-P*, s.13, nr. 2 i år), nå ble vi ærbødig invitert til Oslo Militære Samfund like bak Akershus festning. Etter det *pest-POSTEN* forstår er det styremedlem Ringertz som har fått dette forum til å velge de mer ærverdige lokaler vi har vært på i det siste. I så fall, ære og takk til Signe, og siden dette skrives dagen etter cupfinalen benytter denne Viking-gutt også anledningen til å gratulere henne med cup'en til "odderane"!

**I** generalmajor Berilds fravær var det viseadmiral **Jan-Erik Berdal** som ledet trefningene og han åpnet selv ilden med en flott doktoralt billedreise på det afrikanske kontinent. Det var velbehagelig å følge et innlegg uten stolpediagrammer og p-verdier. Jan-Erik har i våres tatt tropekurset ved London School of Hygiene and Tropical Medicine og har du ikke lest hans rapport derfra i forrige *p-P* må du gjøre det nå, vi fikk altså bildene nå, alle disse er det ikke plass til i *p-P*.

Major **Bjørn Myrvang** gikk så i felten med nye medikamenter mot malaria – uten muskedunder – men med en pekestokk som i kjent stil nærmest ga rekyl ved dundring mot parketten. Primaquin som vi er vant med å bruke til etterslukning av *M vivax* begynner å arbeide seg frem som et profylaksemiddel i seg selv, *a lone soldier*, for å bli i terminologien. Danskene har godkjent Malarone (atovaquone + proguanil) som profylakse. Dette er det første nye malariamiddel

den vestlige legemiddelindustri har gitt oss de siste 40 årene. Skammelig, sa Myrvang. Også taphenoquin kan bli et nytt profylaksemiddel. Azithromycin ga han tre d'er: daglig, dyrt og dårlig. På terapifronten er de viktigste nye midlene Riamat (artemether + lumefrantin), Malorone og artesunate i.v. Han minnet om at tilbakefall kan være *relapse* fra leverfasen av vivax eller *recrudescence* fra ufullstendig behandlede blodstadier.

Etter et lite tilbaketog til kaffen var vi igjen på slagmarken med sersjant **Gunnar Hasle** og hans



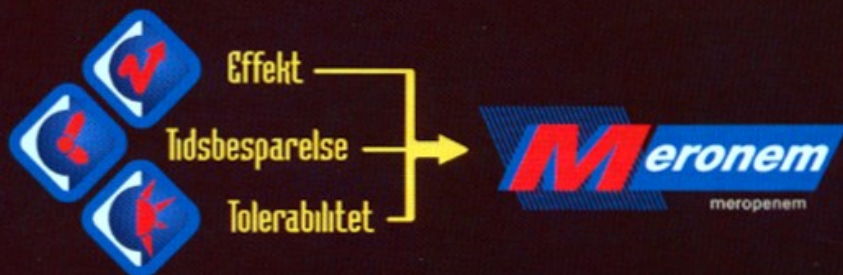
*Oslo Militære Samfund, oppført 1876*

giftige dyr. Gunnar er en av de få infeksjonsmedisinere som tjener til sin daglige rasjon i det private næringsliv og han driver Reiseklinikken så bra at han også får tid til å lese zoologi ved siden av sine eksotiske reiser. Heldigvis for oss er det ikke så mye toksisk

*- fortsetter på side 9.*

AstraZeneca

For mer informasjon, kontakt: AstraZeneca AS  
Skåterslettta 50 • Pb. 1 • 1471 Skårer • tlf.: 67 92 15 00  
fax: 67 92 16 50 • www.astrazeneca.no



Når situasjonen er

• KRITISK •

blir valget avgjørende

**M**eronem  
MEROPENEM



# C Meronem "Zeneca"

Antibiotikum.

ATC-nr.: J01 D H02

**T INJEKSJONSSUBSTANS 250 mg, 500 mg og 1 g:** Hvert hetteglass inneh.: Meropenemtrihydrat tilsv. meropenem 250 mg, resp. 500 mg og 1 g, vannfritt natriumkarbonat 52 mg, resp. 104 mg og 208 mg. **EGENSKAPER:** Klassifisering: Betalaktamantibiotikum av karbapenemtype, stabilt mot enzymet dehydropeptidase (DHP-1). Stabilt ved resistensbestemmelser med vanlige metoder. Synergistisk effekt med forskjellige antibiotika in vitro. Postantibiotisk effekt mot både Gram-positive og Gram-negative bakterier er vist både in vitro og in vivo. Det antibakterielle spektrum in vitro omfatter de fleste klinisk betydningsfulle Gram-positive og Gram-negative bakterier, aerobe så vel som anaerobe: *Bacillus species*, *Enterococcus faecalis*, *Staphylococcus aureus*, koagulase-negative stafylokokker, streptokokker, *Enterobacter*, *Escherichia*, *H. influenzae* (inkl. betalaktamasepositive og ampicillinresistente), *Klebsiella*, *Proteus*, *Pseudomonas*, *Salmonella*, *Shigella*, *Bacteroides*, *Stenotrophomonas maltophilia*, *Enterococcus faecium* og meticillinresistente stafylokokker har vist seg resistente. **VIKINGSMEKANISME:** Virker baktericid ved å interferere med bakterienes cellevegg syntese. Den potente virkning skyldes: Høy penetrasjon av celleveggen, stabilitet overfor alle serine betalaktamaser og høy affinitet til penicillinbindende proteiner. Minste baktericide konsentrasjon er vanligvis  $\leq 2$  ganger MIC. Absorpsjon: Lineær kinetikk i dosområdet 10-40 mg/kg. Maks. plasmakonsentrasjon etter en 30 minutters intravenøs infusjon av henholdsvis 250 mg, 500 mg, 1 g eller 2 g meropenem er ca. 11  $\mu\text{g/ml}$ , resp. 23  $\mu\text{g/ml}$ , 49  $\mu\text{g/ml}$  og 115  $\mu\text{g/ml}$ . Tilsvarende konsentrasjoner etter intravenøs bolus (5 minutter) er ca. 52  $\mu\text{g/ml}$  ved dosering 500 mg og 112  $\mu\text{g/ml}$  ved dosering 1 g. Proteinbinding: Ca. 2%. Fordeling: Penetrerer til de fleste vævsvæsker og vev, noe som resulterer i konsentrasjoner som overstiger de som er nødvendig for å hemme bakterier. Halveringstid: Ved normal nyrefunksjon er plasmahalveringstid i eliminasjonsfasen ca. 1 time. 6 timer etter en intravenøs dose på 500 mg reduseres plasmakonsentrasjonen til verdier på 1  $\mu\text{g/ml}$  eller lavere. Farmakokinetikk hos barn tilsv. i hovedsak farmakokinetikk hos voksne. Hos 3-5 måneder gamle barn er plasmahalveringstid pkt til 1,75 timer. Plasmakonsentrasjonen øker ved dose over 10-40 mg/kg. Metabolisme: Den eneste metabolitt dannes ved hydrolyse av betalaktamringen og er mikrobiologisk inaktiv. Utskillelse: Ca. 70% utskilles uforandret gjennom urinen i løpet av de første 12 timer. Urinkonsentrasjon  $> 10 \mu\text{g/ml}$  opprettholdes opp til 5 timer etter en dose på 500 mg. Hos pasienter med normal nyrefunksjon er akkumulering i urin ikke påvist etter 500 mg hver 8. time eller 1 g hver 6. time. Plasma clearance er korrelert til kreatin clearance (også hos eldre). Dosejustering er derfor nødvendig ved nedsatt nyrefunksjon. **INDIKASJONER:** Til følgende indikasjoner der ikke andre antibiotika enn antibiotika av karbapenemtypen kan benyttes: Voksne: Alvorlige bakterielle pneumonier, kompliserte abdominale infeksjoner inkludert post partum infeksjoner, cystisk fibrose. Barn over 3 mnd: Cystisk fibrose. Akutt bakteriell meningitt forårsaket av *S. pneumoniae*, *H. influenzae* eller *N. meningitidis*. **KONTRAINDIKASJONER:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **BIVIRKNINGER:** Tåles generelt godt. Alvorlige bivirkninger opptrer sjelden, og bivirkninger fører sjelden til seponering. Hyppige ( $>1/100$ ): Blod: Reversibel trombocytomi. Gastrointestinale: Diaré. Lever: Reversibel økning av transaminaser, økning i alkalisk fosfatase og laktatdehydrogenase. Øvrige: Lokalliritasjon på injeksjonsstedet. Mindre hyppige: Blod: Eosinofili, nøytropeni, trombocytopeni, positiv Coombs' test. Gastrointestinale: Kvalme, bråkning. Hud: Utslett, kløe, urticaria. Lever: Bilirubin stigning. Neurologiske: Kramper har i sjeldne tilfeller vært rapportert (sammenheng med behandling er ikke dokumentert). Øvrige: Oral og vaginal candidiasis, smerte på injeksjonsstedet, tromboflebit, hodepine. **FORSIKTIGHETSREGLER:** Ved overfølsomhet for karbapenemer, penicilliner eller andre betalaktamantibiotika, kan kryssallergi oppstå. *Pseudomonas* kolitt er observert med meropenem (sjelden). Mulighet for *pseudomonas* kolitt må overveies hos pasienter som utvikler diaré under behandling med meropenem. Anbefales ikke til barn under 3 måneder pga. utilstrekkelig klinisk erfaring. Forsiktighet ved nedsatt nyrefunksjon. Hos pasienter med leversykdom bør leverfunksjonen monitoreres under behandlingen. **GRAVIDITET/AMMING:** Overgang i placenta: Klinisk erfaring fra gravide er begrenset. Dyreeksperimentelle undersøkelser er ufullstendige. Sikkerheten ved bruk under graviditet er ikke avklart, og preparatet må bare benyttes dersom klinisk fordel oppveier den potensielle risikoen for fosteret. Overgang i morsmelk: Meropenem kan påvises i melk fra forsøksdyr. Overgang i human morsmelk er ikke kjent. **INTERAKSJONER:** Probenesid konkurrerer med meropenem mht. aktiv tubulær sekresjon. Den renale utskillelse av meropenem hemmes. Samtidig tilførsel anbefales ikke. Meronem kan senke serumnivået av valproinsyre, som hos noen pasienter kan føre til subterapeutiske nivåer. **DOSERING:** Gi som en intravenøs bolusdose i løpet av ca. 5 minutter eller som intravenøs infusjon i løpet av 15-30 minutter. **Voksne:** Vanlig dosering 500 mg-1g hver 8. time,

avhengig av infeksjonstype og alvorlighetsgrad, de patogene mikrobers følsomhet og pasientens tilstand. Ved cystisk fibrose anbefales en dose på 2 g hver 8. time. **Barn:** 3 måneder-12 år: Cystisk fibrose og meningitt: 40 mg/kg hver 8. time. Til barn  $> 50 \text{ kg}$  gis samme dose som til voksne. Anbefales ikke til barn under 3 måneder. Klinisk dokumentasjon for effekt og tolerabilitet mangler. Klinisk erfaring hos barn med nedsatt nyrefunksjon er utilstrekkelig. **Nedsatt nyrefunksjon:** Dosering kan styres etter kreatin clearance i henhold til følgende tabell:

Kreatin clearance i ml/minutt	Dose (enhetdoser på 500mg, 1g, eller 2g)	Doseringsintervall
25 - 50	En enhetsdose	Hver 12. time
10 - 25	Halv enhetsdose	Hver 12. time
< 10	Halv enhetsdose	Hver 24. time

Meropenem elimineres under hemodialyse. Etter avsluttet dialyse anbefales det derfor å gi en enhetsdose, bestemt av infeksjonstype og alvorlighetsgrad, for å gjenopprette terapeutisk aktive plasmakonsentrasjoner. Klinisk erfaring fra peritoneal dialyse mangler. **Eldre:** Ingen dosejustering nødvendig hos eldre med normal nyrefunksjon eller med kreatin clearance over 50 ml/minutt. **Nedsatt leverfunksjon:** Ingen dosejustering nødvendig. **OVERDOSERING/FORGIFTNING:** Overdosering kan oppstå spesielt hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon. Hemodialyse vil fjerne meropenem og metabolitt. Behandlingen er symptomatisk. **OPPBEVARING OG HOLDBARHET:** Injektjonsubstansen oppbevares ved værelsestemperatur. Tilberedte oppløsninger er holdbare ved værelsestemperatur (opp til 25°C), eller i kjøleskap (4°C) som vist i følgende tabell:

Oppløsningsmiddel	Holdbarhet (timer)	
	Romtemperatur	Kjøleskap
- vann til injeksjonsvæsker	8	24
Meronem (1 - 20 mg/ml) oppløst i:		
- Natriumklorid 9 mg/ml	8	24
- Glukose 50 mg/ml	3	14
- Glukose 50 mg/ml og natriumklorid 9 mg/ml	3	14
- Glukose 100 mg/ml	2	8

Oppløsninger av meropenem injektjonsubstans må ikke fryses.

**ANDRE OPPLYSNINGER:** Intravenøs bolusinjeksjon: Meropenem 250 mg, resp. 500 mg og 1 g oppløses i vann til injeksjon 5 ml, resp. 10 ml og 20 ml (konsentrasjon 50 mg/ml). Intravenøs infusjon: Oppløses i hetteglass med anbefalt infusjonsvæske og fortynnes videre til 50-200 ml. Ferdig tilberedt preparat ristes før bruk. Alle hetteglass er kun til engangsbruk. Meropenem er blandbar med følgende infusjonsvæsker: Natriumklorid 9 mg/ml, glukose 50 mg/ml-100 mg/ml, natriumklorid 9 mg/ml med glukose 50 mg/ml. Må ikke blandes med andre væsker enn de som er angitt, og bør ikke blandes med oppløsninger av andre legemidler. Forskrivningsregel: Behandlingen bør være innlevert i samråd med spesialist i infeksjonsmedisin, pediatri eller medisinsk mikrobiologi. Utlevering: Til sykehus. **PAKNINGER OG PRISER:** 250 mg: Hettegl.: 10 stk. kr. 1008,40. 500 mg: Hettegl.: 10 stk. kr. 1972,50. 1 g: Hettegl.: 10 stk. kr. 3900,70.



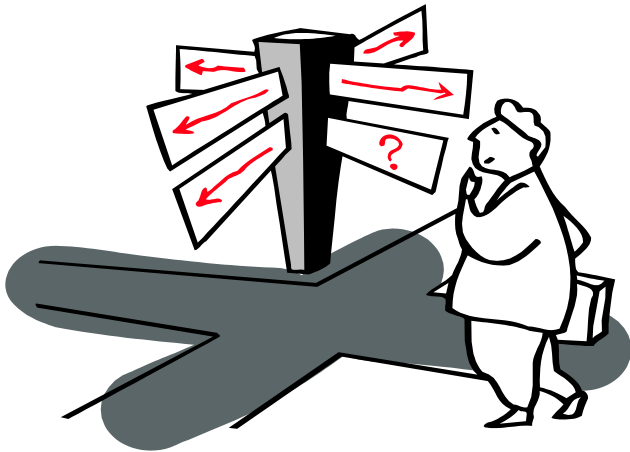
AstraZeneca

AstraZeneca AS  
Postboks 1 N-1471 Skårer  
Tlf 67 92 15 00 Fax 67 92 16 50  
www.astrazeneca.no



- fortsettelse fra side 6.

zoologi her på berget, fjesingen var vel den nærmeste fare av alle de han etter korrekt zoologisk systematikk gikk igjennom. Men da han sa at det globalt var over 30,000 fatale slangebitt pr. år, tittet vi nervøst under bordet. Lokalet tatt i betraktning var del kanskje heller *army ants* vi burde speide etter.



General **Ingeborg Lyngstad Vik** – vi har jo kvinner i forsvaret nå – viste oss så det dermatologiske importpanorama. Det var godt å høre henne be oss tenke på alminnelige ikke-eksotiske ting selv om pasienten kommer fra langtvekkistan. Det er viktigere å tenke på hva det pleier å være og ikke hva det kan være. Hun nevnte impetigo og seborreisk eksem som eksempler på dette, tenk på skabb ved kløe, men still diagnose før terapi. Andre ikke så eksotiske importer: ringorm, lus, loppebitt og akutt HIV. Og det skal understrekes at det ikke var Ingeborg som var klossmajoren som hadde rotet med karusellen.

Etter nok en liten taktisk retrett kom fenrik **Hans Blystad** med oversikt over meldepliktige importsykdommer. Meldinger om sykdom ”etter utreise” har økt fra 2000 i 1995 til 3000 i 1999, med Asia som det mest økende kontinent, men fortsatt er halvparten smittet i Europa. De fire tallmessig viktigste landene er Spania med salmonelloser og campylobacter-infeksjoner, Thailand med de samme to i motsatt rekkefølge, og husk at gamle Siam også er et viktig eksportland for HIV. Fra Pakistan importeres bl.a. campylobacter og hepatitt A og tyfoidfeber og Tyrkia kom i fjor høyt opp med paratyfoidutbrudd i Alanya og salmonelloser, campylobakterinfeksjoner, shigelloser og giardiasis.

Kaptein **Arvid Bjørneklett** fra den nye forlegningen på Gaustad utgjorde baktroppen og ga en oversikt over langvarig diaré etter utenlandsopphold. Han minnet om at de indremedisinske diarétilstander som coeliaki, lactasemangel, kollagen kolitt og inflammatoriske tarmsykdommer kan debutere i fremmede farvann med eller uten samtidig tarminfeksjon. Malabsorpsjon uten totteatrofi kan være tropisk sprue. men er egentlig slik sprue en egen sykdomsenhet? Og hva gjør man når man har en vedvarende diaré uten diagnose? Selv Bjørneklett var ikke fremmed for metronidazol i en sådan stund.

Og etter ildens opphør var det på stedet hvil før man satte seg i messa, fortsatt meget ærverdig med ”Alt for Norge” på ene veggen og kongeparet på den andre. Men hvor var FML denne kvelden? Og hvor var tamburmajorene? Vi kunne vel fått i hvert fall én til desserten?

\*\*\*\_\_\_\_\*\*

**Nye spesialister i  
infeksjons-  
sykdommer:**

**Jan-Erik Berdal**  
Sentralsykehuset i  
Akershus

**Reinert W. Flø**  
Vestfold  
sentralsykehus

**pest - POSTEN**  
**GRATULERER!**



**GlaxoWellcome**

FOR HELSE OG LIVSKVALITET

Sandakerveien 114A

Postboks 4312, Torshov - 0402 Oslo

Tlf: 22 58 20 00

Fax: 22 58 20 04

*KLIPPET FRA:* NAForum, Tidsskrift for Norsk Anestesiologisk Forening

# Forum for Intensivmedisin

## Invitasjon til en ny arena!

Den **24-25 november 2000** inviterer vi til en nyskapning i norsk intensivmedisin. Mange har savnet en nasjonal tverrfaglig plattform for diskusjon og videreutvikling av dette fagområdet, hvor personer fra ulike yrkesgrupper og spesialiteter allerede arbeider. Ikke minst har savnet av et sted hvor leger og sykepleiere kan møtes for faglig utveksling og påfyll vært tilstede. Erfaringene fra "Gjennombrudd intensivmedisin" som nylig er brakt vel i havn (se blant annet NAForum 1-2000) ga mange nye impulser til norsk intensivmedisin. Ikke minst opplevet aktørene det meget fruktbart at to viktige grupper: anestesileger og intensivsykepleiere jobbet konkret med kvalitetsforbedring som mål.

I "ekspertgruppen" for dette prosjektet ble det viktig å sørge for at dette arbeidet ble ført videre. Derfor forslaget om å danne et nasjonalt forum for intensivmedisin.

Forumet (FFI) skal være meget åpent, dvs helsepersonell med interesse og engasjement i intensivmedisin inviteres til å delta.

Vi håper selvsagt at intensivsykepleiere og anestesileger vil slutte opp om forum, men også andre som

- kirurger
- medisinere
- barneleger
- lungeleger
- med. teknisk personale
- hjelpepleiere
- fysioterapeuter
- farmasøyter
- ernæringsfysiologer

er blant de grupper vi har i tankene når vi sier at dette skal være et tverrfaglig forum. Det første møtet skal holdes i **Oslo**, trolig på den nye Rikshospitalet. Vi arbeider med et spennende faglig program, som blant annet starter med en oppsummering av resultat fra prosjekt gjennombrudd. Det vil også holdes en konstituerende generalforsamling for å velge et styre for år 2001.

Interesserte kan allerede nå melde sin interesse på e-post : [hkfi@haukeland.no](mailto:hkfi@haukeland.no), men det vil komme invitasjon til å melde seg inn i Forum i forbindelse med det konstituerende møtet.

På vegne av norsk intensivmedisin

Hans Flaatten, Haukeland  
Helene Berntzen, Ullevål  
Knut Dybwik, Bodø  
Sigvedd Gramstad, Haugesund

Harald Moen, Ullevål  
Magnar Osnes, Tromsø  
Bodil Runde, Innherred

**DIKTSPALTEN**

**KOM SOMMARVIJNN**

Det bæres i bleike daga  
ei bønn mot den kaille sno.  
La leve det frøe som snart ska gro.  
Kom sommarvijnn!  
Kom sommarvijnn!

Det sættes med valne heinner  
en båt mot den mørke kveill.  
La vækse mi von over hav og fjeill.  
Kom sommarvijnn!  
Kom sommarvijnn!

Det lyes bak nattstengte døre.  
Og vijntern går og går.  
La høres ei visa der frosten rår.  
Kom sommarvijnn!  
Kom sommarvijnn!



**ALT DETTE**

Du fekk sjå sommaren.  
Bognande lauvtre.  
Blenkande bekkar.  
Gullprikka aurar.  
Fullmodne bær.

Du fekk sjå hausten.  
Vindsterke dagar.  
Skumkvite strender.  
Hoggande fjordar.  
Seglande skip.

Du fekk sjå vinteren.  
Veltande snøfonn.  
Fnysande tindar.  
Trillande måne.  
Dampande frost.

Du fekk sjå våren.  
Vaknande vatn.  
Brestande knoppar.  
Dansande jenter.  
Søljer i sol.

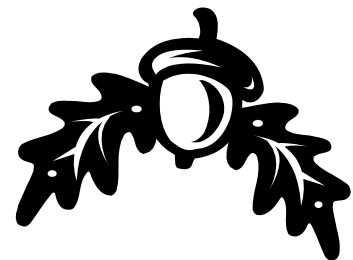
Mitt griske auga!  
Krev du endå meir!



**IDAG**

I dag kjem det kanskje  
så mjuk ein vijnn.  
Åppne du dørre di ?  
Slæpp du han ijnn ?

I dag kjem det kanskje  
så mjuk ei hainn.  
Lar du ho stryke dæ ?  
No mens ho kainn.



**Arvid Hanssen (1932-1998)**

*Nå må det være Nord-Norges tur. Landsdelen har fostra en rekke versediktere, men jeg velger meg Arvid Hanssen. Han ble født og vokste opp på innsida av Senja, og hele sitt liv bodde og virket han i dette området, dels på Senja og dels på fastlandet. Som unggutt måtte han riktignok en periode til Trondheim da han ble rammet av poliomyelitt, og følger av denne sykdommen hemmet han fysisk resten av livet.*

*Arvid Hanssen hadde en omfattende litterær produksjon, og han fikk en rekke priser både for sin prosa for barn og for voksne, og sin poesi, men han reiste knapt for å motta noen av prisene. Og han besøkte visstnok aldri forlaget sitt i Oslo. Nei, heimtraktene i Troms var nok for ham.*

*Han ga ut fire vise- og diktsamlinger, og et fyldig utvalg av diktene er samlet i "Kom sommarvind", som utkom i 1992. Nesten alle hans viser og dikt handler om eller er inspirert av landet og folket i nord. Mange av diktene er nærmest folkelivsskildringer i melodios verseform, noe som har gjort Arvid Hanssen til en av våre mest tonesatte lyrikere. Hans vers og dikt avspeiler hans nære tilknytning til naturen og hans livslange kjennskap til menneskene på Senja og områda omkring, og leveforholda der. De tre smakebitene jeg har valgt ut, har innslag om det barske liv, om dramatisk og vakker natur og om skiftende årstider og værforhold. Men diktene bringer også til leserne sterke kjensler og livsvisdom - uttrykt i en enkel nordnorsk språkdrakt. Her er det lite stoff for tolkningskåte filologer.*



## Drømmer og demring i Durban

Av Arild Mæland

Måtte slagordet for den 13. Internasjonale AIDS-konferanse; **Break The Silence**, lyde hver eneste dag i hver eneste krok av Afrika og resten av verden og skyve vekk tausheten like kraftig som den røde morgensol i Durban stiger opp av det Indiske Hav og skyver vekk tropenatten.

Måtte alle kommende HIV-konferanser være ikke bare for hjernen, men like mye for hjertet slik Durban-konferansen var. Måtte vi gråte mer på kommende konferanser, slik vi gjorde i Durban.

Måtte den sør-afrikanske kvinnen Gugu Dlamani's dramatiske død ikke være forgjeves. Måtte det i lengden være noe mening i at hun desember 1998 ikke langt fra konferansesenteret i Durban ble

steinet og knivstukket til døde da hun brøt tausheten og sto frem med sin HIV-infeksjon.

Måtte Edwin Cameron, dommer i Sør-Afrikas høyesterett, hvit og rik, stolt og kraftfull, som brøt tausheten da Dlamani ble drept og offentlig fortalte om sin HIV-infeksjon for å bidra til rettferdige og like forhold for alle HIV-smittede i Sør-Afrika, med lik tilgang til HIV-medikamenter uavhengig av inntekt, måtte han på samme måte som han beveget de 12000 som hørte på hans Jonathan Mann forelesning ved konferansens start, bevege verdens beslutningstagere til noen virkelige beslutninger som å ettergi all gjeld til fattige land, slik at de kan bidra til å gjøre ordene til Jonathan Mann - HIV-bekjemperen som døde i Swissair-ulykken i 1998 - om at av alt som skiller mennesker i denne epidemien er gapet mellom rik og fattig det mest utbredte og det mest ødelggende - til ugyldige for alltid.

Måtte "the cost of living" ikke bli så nøyaktig akkurat det samme som "the cost of not dying" slik det ganske så bokstavelig er for millioner idag, nemlig kostnaden for HIV-medikamenter.

Måtte denne konferanse i Durban vise seg å være demringen til lik tilgang til HIV-medikamenter, enten du kan betale tusen dollar eller bare en rand, måtte den være demringen til preventive tiltak som kveler HIV-epidemien.

Måtte det demre for Sør-Afrikas president Tambo Mbeki, slik at han blir mindre forvirret og forvirrende angående HIV og AIDS og årsakene bak epidemien.

Måtte Mbeki og hans like lytte til president Museveni i Uganda og gjøre det som han gjorde for 14 år siden; bryte tausheten ved å erklære en åpenhetspolitikk, å få vekk skammen og stigmaet, og lære hver eneste en HIV-bekjempelsens ABC: A for abstinence, B for being faithful, C for condomize, slik at nysmitten reduseres, slik det har skjedd i Uganda, dette må være Afrikas håp.

Måtte Afrika få de medikamenter Afrika må ha, måtte hver resept utskrevet hos oss i Nord utløse en julepresang av tusen gratis resepter i Natal, regionen omkring Durban som fikk dette julenavnet da Vasco da Gama fikk land i sikte her juledagen 1497.

Måtte alle menn i verden få som pensum den



forelesning Geeta Gupta, president for det internasjonale senter for kvinneforskning, ga oss i Durban, måtte man (!) forstå at makt til kvinner er makt til nasjonene, at kvinnefrigjøring er til mannens beste. Måtte hver fødende afrikanske kvinne få de få tablettene som gir en betydelig reduksjon av smitte til barnet, og måtte hvert barn få en dose anti-HIV mixtur sammen med sin BCG-vaksine etter fødselen.

Måtte vi få et Verdens HIV Apotek som kunne transformere den rike verdens suksesser til nytte for den fattige verden, slik at våre proteasehemmere og RT-hemmere og HIV-hemmere kunne komme ikke bare dit hvor man kan betale for dem men også dit hvor man trenger dem som mest.

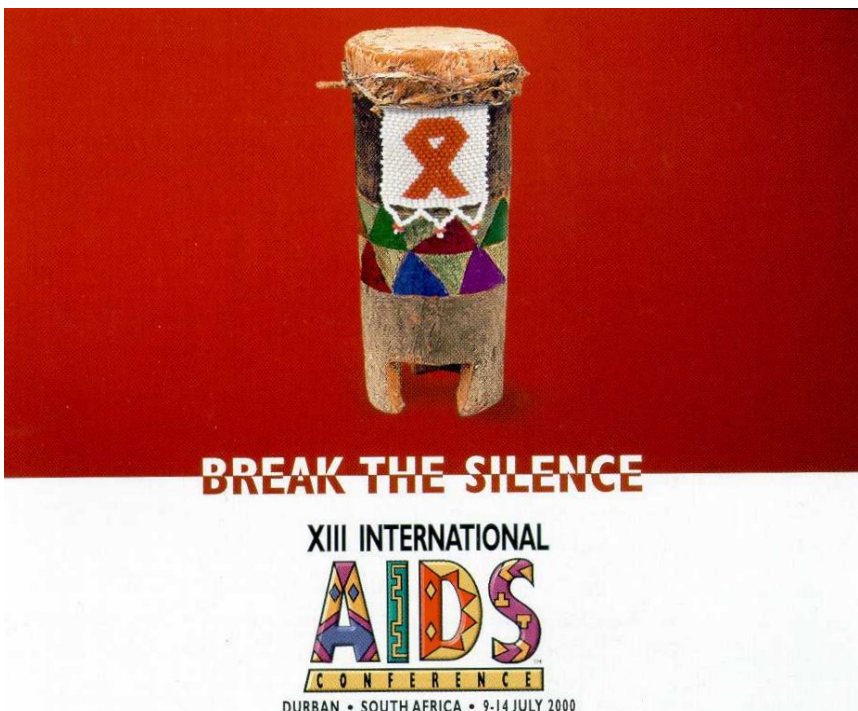
Måtte det demre for pampene i FIFA og NFF, slik at de tar til vettet og lar Sør-Afrika få fotball-VM i 2010 !

Måtte Nelson Mandela leve evig, måtte han oppleve tusen flere slike mottagelser han fikk av 10 000 kongressdeltagere på avslutningssesjonen, hvorav flere tusen afrikanere som opplevde ham for første gang, med tordnende applaus som aldri tok slutt, med spontan messende sang av hans navn, måtte dette minne ham om den gang i 1991, da han etter 27 år i apartheidregimets fengsler kom til

Durban, til ANC's 48. Kongress, den første i Sør-Afrika på 30 år, da fange nr. 466/64 fra Robben Island ble valgt til ANC's president og gjorde slutt på apartheid.

Måtte den bønn man ba  
den gang en gang bli hørt;

*God bless Africa  
Guard her children  
Guide her leaders,  
and give her peace  
Amen*



## Referat

# Infeksjonsforum Vest Norge

*Clarion Admiral Hotel, Bergen den 10. november 2000*

**CNS-infeksjoner. Referent: Roland Jureen**

**Virala meningoencephaliter, Lars Holst Larsen.**

Vi fikk en opplysende gjennomgang av klassifikasjonen av meningoencephaliter. Man kan klassifisere dessa som virala, bakterielle, parasitære og kanskje også som prionsjukdomar. Vidare kan man indela dem i primære og postinfeksiøse tilstand. Fokus sattes på de virala meningoencephaliterne. Patogenese, symptom og fynd samt fynd i spinalvætske gjennomgikk. Vad gjelder diagnos påpekades at virusodling oftast är negativ och att serologiska undersökningar när de kan konkludera med agens ofta föreligger "post festum". Det finns dock nu för tiden tillgång till PCR metoder som oftast blir den mest aktuella

metoden vid mikrobiologisk diagnostik.

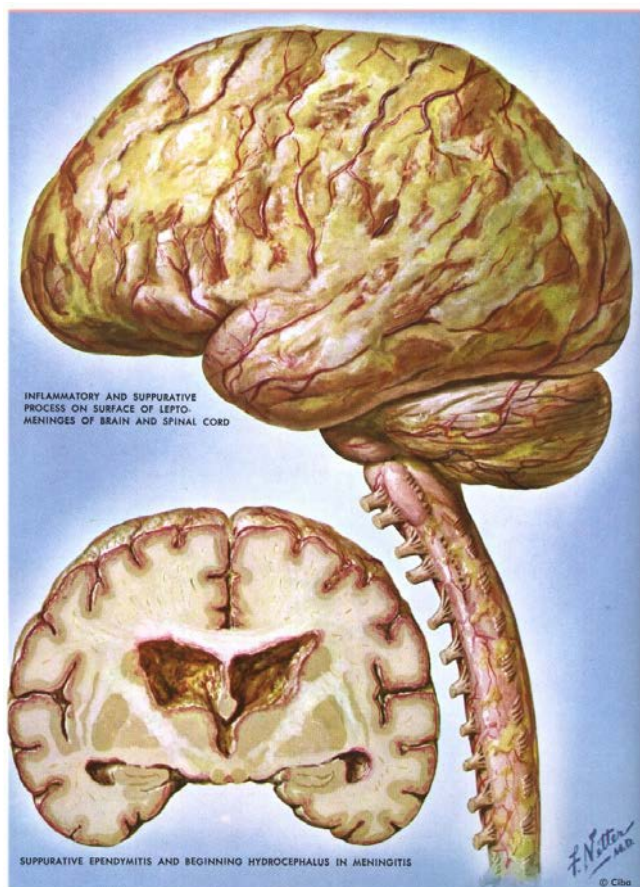
Virala meningoencephaliter är vanligtvis förorsakad av Herpes simplex virus (HSV) och då nästan alltid HSV typ 1 ( i USA orsakas 95% av virala meningoencephaliter av HSV med en incidens på 0.2/100000). Det blev också en kort genomgång av andra diagnostiska möjligheter som CT, MR och EEG samt aktuella differential diagnoser och behandling.

**Kasuistik, Anders Sundøy.**

Två intressanta fall med meningoencephalit genomgicks. Bägge patienterna var hemmahörande på sydlandet och hade inte varit utomlands. Standard laboratorie undersökelse och mikrobiologiska undersökelse förde inte fram till diagnos. Man gjorde också serologisk undersökelse mhp. TBE och bägge patienterna var TBE specifikt IgG positiva. I bägge fallen tolkades det som att det här var fråga om TBE infektioner. TBE kan måhända vara ett "nytt agens" i vårt miljø och man bör säkert vara mer observant på denna möjlighet. Det upplystes av Tone Skarpaas att man på Vest-Agder sykehus samlar fästingar för att utvärdera bärarfrekvens och också har sett på TBE serologi hos Borrelia serologi positiva patienter. Säkert kommer vi få höra mer om TBE infektioner i Norge i framtiden.

**Hjärnabscess-etiologi, klinikk och behandling, Per Espen Akselsen.**

En fin gjennomgang av hjærnabscesser. Det påpekades at detta är ett ovanligt tilstand men at man trots allt på neurokirurgiske avdelninger i Norge gjerne ser 4-10 fall per år. I autopsi material (från USA) oppgavs en kumulert livsincidens på 1% vilket låter overaskende mycket. Män får oftare hjærnabscess än kvinner og ca 25% av tilfællena drabbar barn, vanligvis mellom 4-7 år gamle. Fyra mekanismer for oppkomst gjennomgikk: 1:Från nærliggande fokus som mediaotit, sinus og tandinfektioner. 2: Pga.



penetrerande trauma. 3:Pga. hematologisk spridning. 4:Andra orsaker som t.ex. icke-penetrerande trauma och slag. Etiologiskt agens, symptom och laboratorie undersökelse genomgicks. Behandlingsmässigt framkom att det ofta blir ett samarbete mellan infektionsmedicinare och nevrokirurg. Kirurgiskt är det oftast aktuellt med stereotaktisk dränasjebehandling. Vad gäller antibiotika behandlingen framställdes två regiemer. Pc+Kloramfenikol +Metronidazol eller 3:e gen. Cephalosporiner +Metronidazol. Vid misstanke om S.aureus infektion anbefaldes Isoxazolylpenicilliner+3:e gen. Cephalosporiner. Det blev en intressant diskussion om blod-hjärn-barriären (BHB) och dess inverkan på passage av antibiotika till fokus. Från åhörarna nämndes djurstudier som visat lika hög koncentration av penicillin i abscess som utanför BHB. Jostein Kråkenes nämnde också i sitt inlägg att BHB ter sig uttalt skadad hos dessa patienter.

### **Röntgendiagnostik vid hjärnabscesser, Jostein Kråkenes.**

En mycket intressant demonstration av bild diagnostik. Vi fick se både T1 och T2 vektade MR bilder och nyttan av undersökningar med tillförd kontrast. Det är tre tillstånd som kan vara svåra att skilja från varandra: abscess, glioblastom och metastaser. En relativt ny teknik där man använder diffusions vektade bilder omtalades och denna teknik gör det möjligt att skilja abscesser från tumörer. Denna teknik ska också vara mycket sensitiv vid tidiga hjärninfarkter.

### **Postviralt utmattelse syndrom, Harald Nyland**

En fascinerande inblick i gränslandet mellan biologi och psykiatri då det finns flera olika typer av utmattelse syndrom. Postviralt utmattelse syndrom (Godartad myalgisk encephalopati- ME syndrom) är bara en liten del (1promille) av flera olika utmattelse syndrom. Det diskuterades en del över biologiska förklaringsmodeller för detta syndrom och det spekulerades över om detta kunde vara en "cytokinsjukdom". Det framgick att det är för tidigt att peka ut eventuellt (viralt?) agens ännu. Föreläsningen var brilliant framförd och är dessvärre inte möjlig att återge i referatform till sin fulla rätt.

### **Streptokockinfektioner Referent: Magnus Aurivillius**

*Moderator: Alfred Halstensen, Medisinsk avdelning, Haukeland sykehus*

### **Streptokokkmateriale fra Haukeland sykehus, Julia Chelsom**

En utvärdering presenterades, av 61 patienter med nekrotiserande fasceit och grupp A-streptokockinfektion, från Haukeland 1992-99. Materialet hade varit svært att definera, då dessa patienter figurerat under många olika diagnosbenämningar; sannolikt hade det verkliga antalet patienter varit ännu högre. Incidensen beräknades till 3.1/100 000/år i Bergen, eller 2.3/100 000/år i Bergen inklusive kringliggande områden. Detta är högt, jämfört med en studie i Ontario, Canada, där incidensen beräknades till 0.4/100 000/år. Medianåldern var 49 år, mortaliteten 15 %.

Lokal intensiv smärta och högt CRP var två tecken som skiljde dessa patienter från patienter med erysipelas. Riskfaktorer inkluderade malignitet, alkoholism, diabetes mellitus, reumatoid artrit, varicella, intravenöst missbruk, adipositas, föregående influensaliknande sjukdom inom 10 dagar, och små hudlesjoner, ofta efter litet trauma. Kirurgisk revision av det infekterade området var en viktig del i behandlingen; 57 av de 61 patienterna blev opererade, ingen av de resterande 4 överlevde. 2 tidigare friska patienter på 39 respektive 44 år presenterade med myosit / högt CK och toxic shock syndrome, bägge dessa dog. I tillägg identifierades 1 patient med grupp C-streptokocker och 2 med grupp G; dessa hade raskt förlöpande fasceit som kliniskt var omöjlig att skilja från grupp A.

### **Virulensfaktorer ved streptokokkinfeksjon, E. Arne Høiby**

Redan på 1800-talet observerades att dödligheten i scarlatina bland barn varierade med faktor 10 från utbrott till utbrott. I dag vet man mycket om de virulensfaktorer som ligger bakom variationen mellan streptokockstammarna, så mycket att "det skulle ta en halvtimme bara att lista alla faktorerna". Några exempel: Streptolysin O, diffunderar ut i omgivningen och ger hemolys samt skador på leukocyter. Streptolysin S, är cellväggsbundet. Hyaluronidas hjälper bakterierna att bryta ner bindväv, streptokinas bryter ner



blodkoagler. Peptidoglykan från bakteriernas cellvägg liknar endotoxin. SPE, S Pyrogena Exotoxiner, uppskattningsvis 6-8 st, kan agera som superantigener och ge massiv ospecifik aktivering av T-celler med åtföljande feber och utveckling av toxisk chock. M-protein och M-liknande protein är stabila cellväggsproteiner som skyddar bakterierna från angrepp av immunsystemet. M-proteinerna utgör dessutom grundlag för typindelning av streptokocker. Många virulensfaktorer uttrycks från en kopplad genregion som aktiveras när partialtrycket av koldioxid runt bakterierna sjunker, som när de invaderar vävnad. Detta är bara några exempel på streptokockernas makt, magnituden kan illustreras av en uppskattning att 20-30 % av kroppens T-celler kan aktiveras ospecifikt av superantigener från streptokocker. Chockerande.

### **Infektionsförsvar och behandling ved livstruende GAS infektioner, *Claus Ola Solberg***

Gruppe A streptokocker (GAS) förorsaker en rekke infektioner fra ukompliserte tonsillitter til alvorlige sykdommer som utbredt pneumoni, nekrotiserende fasciitt, sepsis og streptokokk toksisk sjokksyndrom (STSS). Til tross for optimal behandling av STSS og nekrotiserende fasciitt er dødeligheten høy, fra 30 og helt opp til 80%. En spør seg da om det ikke er noe mer en kan gjøre for å redusere dødeligheten. Skal en svare på det, må en ha kjennskap til streptokokkenes virulensfaktorer eller angrepsvåpen på den ene siden og kroppens forsvarsmekanismer på den andre, for det er forholdet mellom streptokokkenes angrepspotensiale og vårt forsvar som avgjør om en alvorlig infektion skal oppstå.

Streptokokkene har to hovedgrupper av angrepsvåpen: 1) proteiner som sitter i celleveggen eller strekker seg som tråder ut fra celleveggen (M-protein, M-liknende protein, F-proteiner, T-antigener) og hindrer fagocytene fra å angripe bakteriene, og 2) toksiner som skilles ut fra bakteriene. Proteinene i celleveggen har som hovedoppgave å binde GAS til våre slimhinner og dernest bidra til at bakteriene trenger gjennom slimhinnene eller skadet hud og inn i vevene eller blodbanene og forårsaker infektion, dvs. at bakteriene begynner å formere seg og produserer toksiner. Det er disse proteinene som er streptokokkenes "stormtropper". Uten

disse proteinene, særlig protein M, kan bakteriene ikke trenge inn i vevene og forårsake infektion samme hvor mye toksin de måtte produsere. Stammer som ikke har M-protein, er sannsynligvis avirulente.

Streptokokkenes inntrenging i vevene hindres i første rekke av IgA-antistoffer rettet mot bakteriens overflateproteiner. Disse antistoffene hindrer bakteriene i å få "fotfeste" på våre slimhinner. Skulle bakteriene likevel greie å trenge gjennom slimhinnene eller huden, støter de på vår trolig viktigste forsvarsgren ved slike infeksjoner - fagocytene. Ved hjelp av spesifikke IgG-antistoffer rettet mot overflateproteinene, særlig M-proteinet, bindes streptokokkene til fagocytene og blir så fagocytet og drept.

Neppes noen bakterier produserer flere toksiner enn streptokokkene, og det er toksinene som forårsaker de alvorlige sykdomsbildene med vevsskade, sjokk og multiorgansvikt. Noen av de viktigste er de pyrogene toksinene, såkalte skarlagensfebertoksiner som det er minst 6 av: Spe A, B, C, D, F og Ssa. Disse kan virke som superantigener og er medvirkende til den massive cytokinproduksjonen og sjokkutviklingen ved STSS. Andre viktige toksiner er streptolysin O, hyaluronidase, streptokinase, peptidaser og C5a peptidase. Felles for alle toksinene er at de nøytraliseres av spesifikke antistoffer.

Behandlingen av alvorlige GAS infeksjoner er bruk av antibiotika (penicillin og trolig klindamycin), intravenøs væsketerapi, fjernelse av dødt vev og evt. hemodialyse og overtrykksventilasjon. Nyten av polyvalent immunoglobulinbehandling er ikke klarlagt, men kontrollerte undersøkelser pågår i Nord-Europa og Nord-Amerika.

### **Undersøkelse av betahemolytiske streptokokker i halsprøver med dyrkning og hurtigtest, *Peter Csango***

Vid två legevakter i Kristiansand, genomfördes en jämförande studie mellan halsdyrkning och Abbott's hurtigtest för grupp A-streptokocker, på indikationen "sår hals". 182 patienter inkluderades. Hurtigtestet hade en sensitivitet på 97.7 % och en specificitet på 97.1 %. Prevalensen av GAS infektion i studiegruppen var 23.6 %. Dyrkningarna avslöjade dessutom streptokocker

- fortsetter på side 28.

# Rapport fra The 4th Nordic- Baltic Congress on Infectious Diseases

*Tallinn, Estland, 17. - 19. mai 2000*

Av Are Næss

Den 4. Nordisk-baltiske infeksjonskongress ble avholdt i Tallinn, Estland, 17. -19. mai 2000, og ikke i St. Petersburg som opprinnelig planlagt. Deltagerantallet, som i løpet av de 3 foregående kongresser var økt fra 250 til nærmere 600, var denne gang vel 500- Som vanlig, og som det fremgår av *tabell 1*, var det overveiende antall

**Tabell 1**

	Deltagere	Forelesere
Estland	315	8
Litauen	81	4
Latvia	67	3
Sverige	23	5
Finland	8	2
Norge	7	3
Danmark	4	1
Russland	2	1
Israel	1	1
Storbritannia	1	1
<b>10 land</b>	<b>509</b>	<b>30</b>

deltagere fra de baltiske land, og spesielt vertslandet. Den norske deltagelse var denne gang noe større enn tidligere, med 3 norske forelesere. Undertegnede var før møtet oppnevnt som norsk medlem av den vitenskapelige komite i tillegg til Bjarne Bjorvatn og Svein Gunnar Gundersen. Ved møtets begynnelse ble jeg også bedt om å være med i organisasjonskomiteen, og deltok i denne komiteens møter. På disse møter ble det besluttet at neste kongress skal avholdes i St.Petersburg i mai 2002. Professor Sergei Mukomolov fra Pasteurinstituttet i St.Petersburg skal være organisasjonskomiteens formann.

Det er nå 4. gang denne kongress blir avholdt, og den synes helt klart å fylle et behov. På denne bakgrunn besluttet organisasjonskomiteen å

forberede omgjøring av kongressens organisasjon til en nordisk-baltisk forening for infeksjonssykdommer. Ved å etablere en permanent forening vil det være lettere å forholde seg til myndighetene i de ulike land i forbindelse med arrangementene. Organisasjonskomiteen hadde også møte med lederne for prosjektet "Smittevernet i Barents- og Østersjø-regionen 1998 – 2001". som er et samarbeidsprosjekt mellom de nordiske smittevernsinstituttene, og som ledes av Stein Andresen fra Folkehelse. Organisasjonskomiteen og prosjektlederne uttrykte stor interesse for hverandres arbeid, og ble enige om å holde nær kontakt. Dette smittevernprosjektet inkluderer foruten de baltiske land fylket Leningrad, byen St.Petersburg, Karelia, Murmansk og Arkhangelsk. Også på denne bakgrunn er det viktig at den nordisk-baltiske kongress ved å arrangere neste møte i St.Petersburg også inkluderer Russlands Østersjø-områder.

## Faglig innhold

Som tidligere bestod programmet av vitenskapelige foredrag og posters. Det var 30 foredrag av forelesere fra 10 ulike land, en gledelig spredning. Når det gjelder de vitenskapelige bidrag i form av posters, fremgår fordelingen av disse av *tabell 2*. Som vanlig var det flest bidrag fra vertslandet, i dette tilfelle Estland. Det var denne gang en tydelig reduksjon i antall faglige bidrag, samtidig som det vel også denne gang var en økning i den vitenskapelige kvalitet. Det er et flertall av kvinnelige deltakere på denne kongressen og det var også et klart flertall av kvinner når det gjaldt vitenskapelige bidrag. Det er uklart hva som er årsaken til at antallet poster var noe lavere denne gangen. Bortsett fra tre svenske og ett russisk bidrag, samt ett hvor førsteforfatteren, som ikke var til stede, var fra USA, var det denne gang bare baltiske posters. Det er mulig at denne kongressen ikke er

vitenskapelig attraktiv nok for nordiske forskere til å presentere sine forskningsresultater her. Dette må man prøve å rette opp.

**Tabell 2**

***Påmeldte vitenskapelig bidrag (posters) etter førsteforfatters nasjonalitet.***

	Nasjonale bidrag	Med andre land	Samarbeidsland
Estland	21	2	Finland, Sverige
Litauen	12	2	Sverige, USA
Latvia	8	-	
Sverige	3	-	
Russland	1	-	
USA	-	1	Litauen
	<b>45</b>	<b>5</b>	

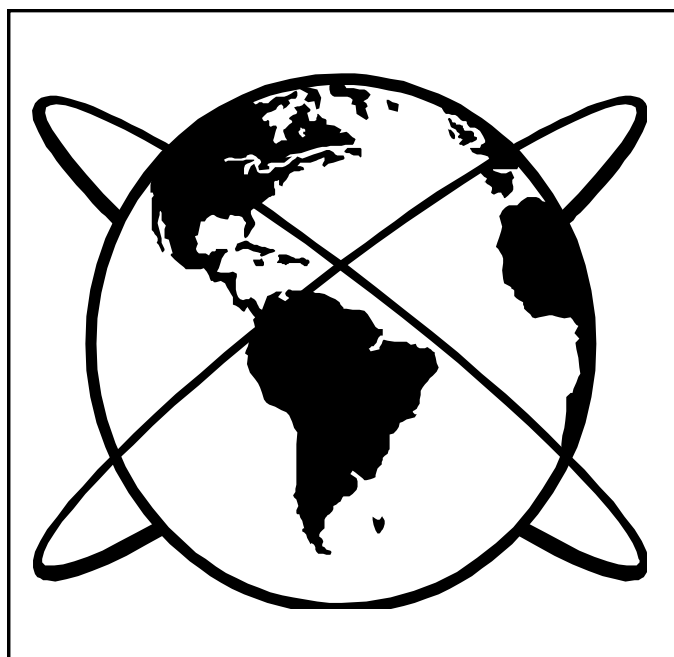
Det har også vært en tendens til færre bidrag av rent beskrivende karakter og uten særlig forskningsverdi, dette er naturligvis ikke spesielt bekymringsfullt, men er likevel uheldig, for slike bidrag kan være en kommende forskers "inngangsbillett" til vitenskapelig arbeid. Mer bekymringsfullt er det at den positive tendensen til presentasjon av samarbeidsprosjekter mellom en rekke ulike land ikke på tilsvarende måte var fulgt opp ved årets kongress.

**Vitenskapelige foredrag**

Kongressens hovedemne var denne gang en fornuftig bruk av antibiotika. Dette er et sentralt emne, ikke minst i de baltiske land med et sterkt smittepress og lite råd til kostbare medisiner, men som Frank Espersen fra Danmark sa det: "Ikke noe land har råd til å ikke ha en antibiotika politikk". Ulike aspekter ved en antibiotika politikk ble belyst. Den nordiske tradisjon med fornuftig og restriktiv bruk av antibiotika, spesielt nye, bredspektrede og dyre midler, ble sterkt vektlagt. Elementene i antibiotika politikken må inkludere lovgivning (krav om reseptplikt, salg bare i apotek, og økonomiske regler som støtter opp under fornuftig bruk av antibiotika). Opplæring er også viktig, ikke bare av leger, tannleger, veterinærer, sykepleiere og annet helsepersonell,

men det er også viktig at pasientene og befolkningen generelt og ikke minst media har et akseptabelt kunnskapsnivå. Det er også nødvendig med både lokale og nasjonale retningslinjer og kontroll instanser, både på sentralt og lokalt nivå.

Det grunnleggende spørsmål vedrørende antibiotikabruk er for det første om det forelegger en infeksjon, for det andre om denne infeksjonen i så fall skal behandles med antibiotika. Det tredje spørsmål blir om infeksjonen i så fall må behandles med et annet middel enn penicillin, som er velkjent, effektivt for svært mange infeksjoner, og billig. Det ble reist mange advarsler mot bruk av bredspektrede antibiotika som er en hovedårsak til fremveksten av resistente mikrober. Det kan ikke være tvil om at deltagerne ved kongressen fikk en grundig innføring i den restriktive, nordiske antibiotika tradisjon som er en hovedårsak til at de nordiske land i verdenssammenheng står med en lav forekomst av resistente og multiresistente mikrober. Det har helt klart stor samfunnsmessig betydning at ca. 450 leger fra de baltiske land blir opplært i denne tradisjon, noe som er viktig også for oss ide de baltiske land representerer våre nærområder når det gjelder smittsomme sykdommer. Som kjent er forekomsten av bl.a. multiresistente tuberkelbasiller foruroligende høy her. Samtidig er de internasjonale legemiddelfirmaene til stede også i disse områdene med sine nye og kostbare produkter. Det er derfor svært viktig å holde ved like kontakten med den nøkterne nordiske antibiotika tradisjonen.



**Referat fra****Årsmøtet NFIM****7. desember 2000****Auditorium 3, Rikshospitalet**

**Sak 1. Innkallingen** godkjent. Som ordstyrer ble valgt Bjørg Sørensen og som referent Vidar Ormaasen.

**Sak 2. Årsmeldingen** ble lagt fram, og gjennomgått av formannen. Bjørg påpekte at styret hadde hatt få møter hvor man hadde møttes, idet de fleste av styremøtene var avholdt som telefonmøter. Formannen orienterte årsmøtet om at man neste år ville ha flere møter hvor man fysisk møtes, og at dette ville gi noe økte reiseutgifter for styret. Det ble også lagt fram en oversikt over komiteer og undergrupper i NFIM.

Årsmøtet hadde kommentarer til et punkt i årsmeldingen. Det gjaldt en høringsuttalelse styret har avgitt i samband med at Rogalandforskning har laget en foreløpig evaluering av den nåværende Handlingsplan mot HIV/AIDS, som dreier seg om forebygging av HIV-smitte. Nåværende handlingsplan løper i tidsrommet 1996-2000, og foreningen har vært høringsinstans via Legeforeningen når det gjelder et forslag som innebærer nedleggelse av den Statlige handlingsplan, og at det påligger hver enkelt kommune å utarbeide forebyggende tiltak mot HIV-smitte, men at Oslo kommune i kraft av å ha de fleste HIV-smittede får tilført ekstra midler til forebygging. Styret har ønsket å beholde den statlige handlingsplan med et overordnet statlig ansvar for forebyggende tiltak, og har i sin uttalelse pekt på at det overordnede ansvar bør tillegges en statlig institusjon. Flere, blant annet Bjørn Myrvang og Johan Bruun, mente at det var viktig å vektlegge hvor den reelle kompetanse på forebygging ligger i dag når man eventuelt peker ut en institusjon til å inneha et overordnet ansvar som ledd i en fortsatt statlig handlingsplan. Det ble pekt på at statlige institusjoner, som for eksempel SIFF ikke alene har denne kompetansen, og at Olafia-klinikken på tuftene av gamle Oslo Helseråd har stor erfaring i praktisk forebyggende arbeid mot HIV, og derfor må få en nasjonal rolle i det videre forebyggende arbeid. Styret har merket seg årsmøtets syn, og vil ta dette opp i neste runde

etter at man får seg forelagt den endelige evaluering av Handlingsplanen.

**Sak 3. Regnskap.** Trond Jacobsen la fram et regnskap fra januar til november 2000, som viser en egenkapital på kr. 473 380 pr. 30/11-00, hvorav stipendkonto inneholder kr. 296.647 (se side 22). Det vil imidlertid bli trukket kr. 20 000 fra stipendkontoen, fordi foreningens stipend for 1999 på dette beløp var blitt trukket av feil konto. Viser for øvrig til eget innlegg om regnskapet.

Styret foreslo å øke medlemsavgiften til kr. 200/år, fordi det blir stadig færre firmamedlemmer på grunn av stadige fusjoner innen farmasøytisk industri. Det ble anslått at inntektstapet på grunn av dette for neste år ville være i størrelsesorden 10-15000 kroner. Årsmøtet ønsket ikke en slik økning, men påla styret å forhandle med firmaene til å godta en dobling av deres avgift til foreningen, fra kr. 2000 til kr. 4000/år.

**Sak 4. Stipend.** Formannen beklaget på styrets vegne at det var blitt gjort en feil ved utsendelse av søknadene til stipendkomiteen. Man hadde ikke hatt en oppdatert liste over stipendkomiteen, og dette medførte at søknadene ble sendt til og vurdert av Johan Bruun og Haakon Sjørusen, som utgjorde stipendkomiteen fram til 31/12-99. Johan Bruun er imidlertid fortsatt stipendkomiteens formann for inneværende periode, de andre medlemmene er Per Espen Akselsen og Harald Steinum. Styret beklager det inntrufne, både overfor søkerne og nåværende og tidligere medlemmer av stipendkomiteen.

Stipendkomiteens formann Johan Bruun benyttet anledningen til å oppfordre flere til å søke de tre stipender foreningen forvalter, 2 av de betalt av henholdsvis Abbott og Bayer. I tillegg reklamerte han for stipend utgående fra Scandinavian Society for Antimicrobial Chemotherapy (SSAC), hvor det er svært få norske søkere.

Eyrún Kjetland fikk Abbotts reisestipend til bruk i forbindelse med sitt prosjekt om kvinnelig schistosomiasis i Zimbabwe.

Bjørn Myrvang ble tildelt NFIM's stipend i forbindelse med studiereise og deltagelse på kurs for spesialister i tropemedisin i Peru.

I følge vedtektene for foreningens stipend skal årsmøtet sette en ramme for stipendets størrelse. Årsmøtet vedtok at det kan utdeles inntil kr. 20,000 i stipend for året 2001.

**Sak 5. Eventuelt.**

- a) Dag Berild hadde sendt brev til styret, med ønske om reaksjon fra NFIM i forbindelse med at Stortinget har vedtatt å bevilge en milliard kroner til operasjoner av norske pasienter i utlandet. Bjørg la fram et utkast til brev skrevet sammen med Mikrobiologiforeningen. Årsmøtet vedtok å be NFIM ved styret sende et brev til Helsedepartementet. Brevet må klargjøre hvilke store merkostnader som vil påløpe i forbindelse med pasienter som koloniseres eller får infeksjoner med resistente bakterier ved sitt opphold på utenlandsk sykehus. I tillegg vektlegges risikoen for at alt forebyggende arbeid som har vært nedlagt ved norske sykehus de senere år å unngå resistensproblemer kan torpederes, og årsmøtet var svært skeptisk til "cost/benefit" ved dette prosjektet. Even Reinertsen hadde god erfaring med lobby-virksomhet overfor fylkeskommunen, og anbefalte andre å ta kontakt med helseadministrasjonen i fylket for alliansedannelse.
- b) Per Bjark orienterte om Vårsmøtet 2001, som skal arrangeres i Tønsberg 25. - 26. mai.

Oslo, 8/12-00

Vidar Ormaasen, referent

---

## Årsmelding, Norsk Forening for infeksjonsmedisin

4.11.1999-7.12.2000

Styret besto til 31.12.99 av Arild Mæland (leder), Per Espen Akselsen (kasserer), Vidar Ormaasen (sekretær), Øystein A. Strand og Bjørg N. Sørensen. Vara: Trond Jacobsen, Jon Birger Haug.

Nytt styre ble valgt på årsmøtet og tiltrådte 1.1.2000. Styret har senere bestått av:

Bjørg N. Sørensen (leder), Stein Lund Tønnesen, Jan Erik Berdal, Trond Jacobsen, Vidar Ormaasen.

Vara: Ivar Jo Hagen, Jon Sundal.

Styret har avholdt telefonstyremøter og ved 2 anledninger ved oppmøte.

Foreningen har ca. 260 medlemmer.

**Styrets arbeid**

Foreningen har vært aktiv i forhold til saker som for tiden behandles i Legeforeningen, f. eks. var vi høringsinstans for ny handlingsplan mot HIV / Aids epidemien. Styret mener at det fortsatt bør være et statlig ansvar for tiltak mot utbredelse av sykdommen selv om hoveddelen av de smittede bor i Oslo og omegn. Andre kommuner / områder har fremdeles et behov for et nasjonalt kompetansesenter. Foreningen har støttet at dette f.eks. kan legges til Statens Institutt for Folkehelse.

Styret har nedsatt et utvalg som skal utarbeide en prognose for faget infeksjonsmedisin. Gruppen består av Trond Jacobsen, Stein Lund Tønnesen og Jon Sundal. Gruppen har fått et budsjett på kr. 10.000 og skal holde styret orientert om arbeidet.

Statens helsetilsyn har også startet arbeidet med kartlegging av behovet for spesialister og utdanningsstillinger i grenspesialiteten infeksjonsmedisin. Dette er et arbeid der spesialitetskomiteen er trukket inn som hovedaktør, og spesialitetskomiteens leder, Håkon Sjørnsen, har blitt kontaktet av styret som er interessert i å bli trukket med i dette arbeidet. Styret er opptatt av at arbeidet med en god spesialistutdanning og at en realistisk opptrapping av antall stillinger, både utdanningsstillinger og spesialiststillinger, ikke forsinkes. Faget er i stor utvikling og infeksjonsmedisinske spesialister trengs ved flere sykehus enn i dag.

Styret har vært opptatt av mulighetene for å få dekket utgifter til kurs i inn- og utland. Før årsskifte skrev daværende leder til Legeforeningens president om saken. Kursarrangement i regi av foreningen kan bli komplisert grunnet manglende mulighet for utgiftsdekning både for utdanningskandidater og spesialister. Norske møter er viktige for faglige diskusjoner og samarbeidsforholdene mellom spesialister i de ulike regioner og sykehus.

**Stipend og anerkjennelser**

Det deles årlig ut et reisestipend finansiert av Abbott. Stipendet gikk i 1999 til Lars Vorland. Bayer-Domagks stipend ble utdelt til Per Sandven. Foreningens stipend gikk til Mogens Jensenius. Stipendene ble utdelt i forbindelse med årsmøtet og middagen i regi av Bayer samme kveld.

**pest-POSTEN**

pest-POSTEN har i år dessverre ikke kommet ut med mer enn tre nummer. Dette skyldes at redaksjonssekretæren har vært syk. Vi oppfordrer medlemmene til å delta i debatten i tidsskriftet og fortsette å bidra med faglige innlegg.

Infeksjonsmedisinsk forening blir arrangør av vårmøtet i 2001. Møtet skal holdes i Tønsberg 25-

26 mai 2001 med Per Bjark som leder av arrangement- og kurskomite. Foreningens 25 års jubileum markeres med Jubileumsmøte og middag i samarbeid med firmaet Bayer 7.12. 2000.

Styret vil minne om at foreningen ikke er mer levende enn dens medlemmer. Vi mottar gjerne innspill til arbeidet i styret.

Oslo 7.12.2000, Styret i NFIM

## Regnskap NFIM f.o.m. januar t.o.m. november 2000

**Inntekter**

Kontingenter samlet	48.500	
Renter		
Postbank		
Kapitalkonto	5.588	
Driftskonto	709	
Sparebank NOR	14.886	
<b>Inntekter totalt</b>	<b>9.683</b>	<b>69.683</b>

**Utgifter**

Porto, gebyrer, etc.	2.124	
Reiser styremøter	10.607	
Telefon styremøter	6.769	
Medlemsavgift (-99 og -00)		
UEMS-infection	3.800	
MASH-støtte (2000)	10.000	
Stipend NFIM (1999)	20.000	
<b>Utgifter totalt</b>	<b>53.300</b>	<b>- 53.300</b>

**Overskudd**

16.383

**RESULTAT t.o.m 1999**

Postbank		(renter 1999)	
Kapitalkto	117.367	( 6.359)	
Driftskto	57.869	( 255)	
Sparebank NOR	281.761	(16.116)	
<b>Egenkapital per 31.12.99</b>	<b>456.997</b>	<b>(22.730)</b>	<b>456.997</b>
Overskudd per 30.11.00			16.383

**EGENKAPITAL NFIM per 30.11.00**

Postbank			
Kapitalkto	122.956		
Driftskto	53.777		
Sparebank NOR	296.647		
<b>Egenkapital per 30.11.00</b>	<b>473.380</b>		<b>473.380</b>

Trondheim 01.12.00, Trond Jacobsen (kasserer NFIM)

# The Glasgow HIV Herald

Av Arild Mæland og Vidar Ormaasen

**They are falling down, the Atlantic Therapeutic Fences  
The Yankees are coming to their "When to treat" Senses  
At last they are getting a Grip on HAART  
Seeing that waiting is wiser than sudden Start  
Much welcomed words for Clyde Room Audiences !**



**The Clyde Auditorium er ikke akkurat Sydneyoperaen, og klimaet i Glasgow ligger vel også noe etter værslaget *down under*. Men *St. Andrew's cross* på blå bunn er på plass i høstvinden og i bakgrunnen følger tårnet på Glasgow University årvåkent med i forhandlingene.**

**E**n kort men hektisk uke i et høstpreget Skottland inntok 2500 delegater auditoriene langs The Clyde River på denne etterhvert tradisjonelle Glasgow-konferansen. Og allerede før sekkepipene avsluttet søndagens åpnings sesjon kom den viktigste nyhet; amerikanerne begynner å forstå at det er viktigere å behandle pasienten enn viruset, at det oftest er bedre å vente enn å starte tidlig slik amerikanske retningslinjer fortsatt angir. Paul Volberding fra

San Francisco, en virkelig veteran fra den tiden unge menn i Castro kom ut fra badehusene med rare lungebetennelser og sopp i munnen, holdt et flott personlig innlegg med perspektiver istedet for p-verdier. Og slike folk bør man høre på: det var som å høre skjønn musikk da han sa at det kun var CD4-tallet som skulle tas med i vurderingen av om en asymptotisk pasient bør starte terapi, vireminivået forteller deg når pasienten skal komme til neste kontroll. Og

behandlingen skal ikke starte før pasienten har et CD4-tall som gir risiko for alvorlig sykdom.

Og allerede neste taler fulgte opp i samme tone. Jens Lundgren, sjef for EuroSIDA-kohorten, nærmest raljerte med (amerikanske) retningslinjer som anbefaler tidlig terapi. Han viste et bilde med fallende CD4 på x-aksen og anga hvorledes sykdommene først kommer under 100 CD4-celler, og på samme figur hadde han tegnet inn

de vil ha flere midler å velge mellom. Hev hodet over alle dine data, Scott Hammer, og tenk litt i stedet !

Støtte for å vente fikk vi også fra London. Andrew Phillips hadde tall fra 2742 EuroSIDA-pasienter fra 1996 og senere og fant at så lenge pasienten starter før han er under 200 i CD4-tall, så får man samme virologiske respons enten du er like over eller langt over dette CD4-tallet (PL3.4)



”Guidelines” helt ”ute på jordet” til venstre. Han hadde også EuroSIDA tall som viste at CD4-økningen har samme fart oppover enten du starter sent eller tidlig, slik Brigitte Autran tidligere har vist med noen få pasienter.

Mandag morgen kom Scott Hammer, også en amerikansk veteran fra HIV-terapiens barndom, med data fra ACTG 320 som klart viser at det er vanskeligere å behandle en høyviremisk pasient enn en med mindre virusmengde. Og Scott Hammer virker ennå bergtatt av tallenes trolldom og tror at slike høyviremiske pasienter må behandles tidlig. Men at man er vanskelig å behandle er jo ikke noe argument for tidlig behandling, det er ikke vist at det er lettere å behandle en høyviremisk pasient med 500 CD4-celler enn den samme pasient når han etter noen år har CD4 på 200, og om noen år vil både han og hans lege være mer belært uti the Art of Haart og

Og vellyden fortsatte på onsdagens immunologisesjon. Gea-Banacloche fra NIH, som erstattet Clifford Lane som tok pappapermisjon, fant ingen immunologisk grunn til å starte før pasienten var i fare for å få alvorlig sykdom, og foreslo å utsette terapistart til det er tegn til klinisk progresjon. Lederen fra Cleveland kom på samme sesjon med indirekte støtte til sen terapistart. Han fant ingen sikre funksjonelle immunologiske forskjeller ved et CD4-tall på vei nedover og ved et terapiindusert CD4-tall på vei oppover. Dette var dog en sammenligning av grupper og ikke de samme pasientene før og etter terapistart (PL7.4)

Den viktigste støtte til sen start kom fra uventet østlig hold, fra Helsinki.

Jorma Koskinen fikk en natt på seg til å lage et innlegg om pasientens perspektiv på *the moment of decision*. Han hadde møtt to typer leger i sin pasientkarriere, de som behandlet viruset og de som behandlet pasienten, og det var ikke tvil om hvem han foretrakk. Mangel på langvarig forberedelse var kanskje nettopp det som gjorde dette innlegget så umiddelbart og fint, vi bør høre slike innlegg oftere, *HAART* uten *heart* har lite for seg.

**E**n stor del av konferansen var viet temaer knyttet til behandlingssvikt. Grovt sett kan vi snakke om tre perspektiver i så henseende: 1. At pasienten slurver med medisinene (compliance) 2. Resistensutvikling 3. Farmakokinetiske forhold som medfører for lave serumkonsentrasjoner av medisinene.

Disse punktene påvirker hverandre naturligvis



gjensidig; dårlig compliance eller nedsatt absorpsjon fører selvsagt til lave konsentrasjoner, som igjen medfører resistensutvikling. Begrepet IQ ble svært fokusert, som et begrep som på et vis blir fellesnevner for å forstå manglende behandlingseffekt. IQ (Inhibitory Quotient) er forholdet mellom den serumkonsentrasjon man oppnår etter tablettinntak, og den konsentrasjonen som er nødvendig for å drepe viruset, og det virker umiddelbart logisk at jo høyere IQ, jo mindre er sannsynligheten for behandlingssvikt. *pest-POSTEN*'s utsendte har imidlertid alltid vært av den oppfatning at det ikke nødvendigvis er en entydig sammenheng mellom høy IQ og sunn fornuft, og denne oppfatning kom styrket ut etter å ha hørt debattene. Margaret Johnson (PL 6.5) la fram kliniske resultater etter 96 ukers behandling av over 600 naive pasienter, dobbelt blindt behandlet med enten nelfinavir eller lopinavir/r. ITT-data viste 79% <400 kopier med lopinavir/r, mens 64% var <400 med nelfinavir. Hovedargumentet for den gode effekten av lopinavir/r var den angivelig høye IQ for lopinavir *in vitro*. Argumentet ble sterkt imøtegått av en av konkurrentens representanter, som tvert imot hadde gjort laboratorieforsøk som viste lav IQ for lopinavir (Poster 261 og 290). Vi lar foreløpig laborantene slåss om sine teoretiske begreper, og lar de kliniske resultatene telle.

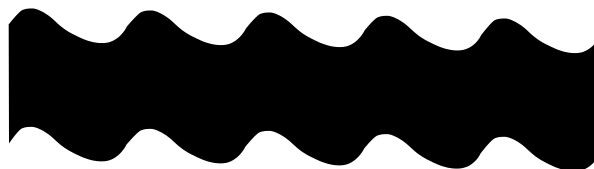
Veronika Miller (PL 4.2) forsøkte å ta seg rundt alle fallgruver som fortsatt er knyttet til resistenstesting, men var snublende nær å falle nedi ved et par anledninger. Ustøheten er størst knyttet til standardiseringen, både på laboratoriesiden og ikke minst til tolkningen av resultatene. Her er det fortsatt et stort arbeid å gjøre. Man trenger algoritmer, basert på prøver fra virkelige pasienter, for å vurdere den forventede kliniske effekt av de påviste mutasjoner ved genotypisk resistenstesting. Det ble med rette advart mot direkte oversettelser fra databaser basert på mutasjoner fremkommet ved rene *in vitro* forsøk. Europeiske guidelines er på trappene, som for disse referenter synes å være mistenkelig like de nylig publiserte amerikanske. Miller ga noen smakebiter fra disse, det anbefales resistenstesting ved behandlingssvikt og til gravide, mens man bruker uttrykket "vurder" resistenstesting ved primær HIV og av nysmittede. For de fleste vil det være genotypisk resistenstesting som er praktisk mulig, men Miller

mente at i en ideell verden burde både fenotypisk og genotypisk testing utføres, i det de gir forskjellig informasjon.

En "late braker" fra B.Larder (Virco), et firma som tilbyr såkalt "virtual phenotype", det vil si at man korrelerer en påvist genotype til en svær database og konstruerer ut fra dette et fenotypisk resultat, ga støtte til andre nylig publiserte resultater hva angår kryssresistens mellom zidovudin og stavudin. Stavudin har hittil vært et unntak blant nukleosidanalogene når det gjelder resistens fordi det har ikke blitt påvist noen spesifikk mutasjon hos pasienter som svikter på stavudin. Gjennom å korrelere mutasjoner som man vet gir høygradig zidovudin-resistens med sin enorme database, viste Larder en klar sammenheng mellom svikt på stavudin og tilstedeværelse av zidovudin-mutasjoner. Dette gjør at man dessverre ikke slik man hittil har trodd, kan erstatte zidovudin med stavudin hos pasienter som har utviklet resistens mot zidovudin.

At det kan finnes andre årsaker til resistens enn virusmutasjoner, ble diskutert av Back (PL 8.1) Som for andre medikamenter, som antibakterielle midler og cytostatika, synes det som om det kan skje en oppregulering av cellulære transportproteiner (P-glycoprotein og Multi-drug-resistance-protein) som medfører efflux av antivirale midler ut av cellene under behandling. Dette kan kanskje forklare manglende behandlingsrespons hos pasienter med god compliance, og hvor man heller ikke påviser resistens.

Hvis det da ikke er for lave medikament-konsentrasjoner? Burger (PL 8.2) la fram erfaringer med serumkonsentrasjonsmålinger av antivirale midler fra Nederland, som har hatt et slikt tilbud i flere år. Mest egnet for slike målinger er protease-hemmere. Hos pasienter med behandlingssvikt kunne man vise korrelasjon til høyt HIV-RNA ved oppstart, tidligere bruk av protease-hemmer og lave serumkonsentrasjon av



indinavir. Minimumskonsentrasjonen synes mest egnet til å vurdere sub-terapeutiske doser, mens maksimumskonsentrasjonen synes best korrelert til toksiske virkninger. Seks pasienter med urologiske komplikasjoner på grunn av indinavir fikk redusert sine doser veiledet av maksimumsmålinger, bivirkningene forsvant, og alle bevarte full suppresjon av virus (< 50 kopier).

Alt dette til tross, det hjelper lite med både resistenstesting og serumkonsentrasjonsmålinger så lenge pasientene ikke tar medisinene. Flere postere viste at den viktigste årsak til behandlingssvikt er dårlig compliance. Moralene er derfor: Motiver pasienten for ikke å slurve med

medisinene, og unngå dermed behovet både for resistenstesting og konsentrasjonsmålinger.

**T**akk til Ian Weller, som selv om han holder seg ved Themsen lager i stand en flott konferanse ved Clyde's bredder annethvert år. Det eneste minuset må være at Hoosen Coovadia fra Sør-Afrika, mannen bak Durban-konferansen, som var tilstede i Glasgow, ikke fikk en offisiell takk og gratulasjon f.eks under åpningen. Men ellers likte vi oss godt i *bonnie Scotland*, særlig sjarmert ble vi ofte av *the glaswegians* og deres søte *scottish dialect*, spesielt den kvelden vi i resepsjonen ba om *A taxi for six* og jenta svarte så greit: *A taxi for sex? Of course!*

---

## **BIBELANMELDELSE: MANDELL DEN 5TE**

**I**kke alle kongerekker skifter mellom Harald og Olav og Haakon, siden 1979 har kongen av tykkere infeksjonsbøker båret navnet Mandell og den 5. utgave har ikke mindre kongelig pondus enn de tid-

ligere i arvefølgen; 400 sider tykkere og innbundet i gull og purpur. Denne anmelder har ikke lest alle 3200 sider ennå, men hitsetter likevel noen inntrykk fra de to bind.

"Mandell" fra Churchill Livingstone har vært sjefen blant infeksjonsbøker i 21 år og som sådan er det naturlig at den er mer konservativ og leksikalsk enn sine etterkommere. Den beholder sin gode balanse mellom kapitler satt opp etter kliniske syndromer, patogene agens og spesielle pasientgrupper. Antibiotikadelen er godt oppdatert, her omtales nye midler i god tid før de registreres i vårt land, det er nye kapitler om streptograminer og oxazolidinoner (du får slå opp, da), hyperbar oxygenterapi og intravenøs hjemmeterapi. Seksjonen om HIV er utvidet til 200 sider med et eget kapittel om HIV-midlene. Nye kapitler omtaler bio-terrorisme, Herpesvirus 8, toksiske alger m.m. og selvfølgelig et kapittel om infeksjonsdoktorer og internett.

Nesten samtidig med 5. utgave av Mandell kommer en ny infeksjonsbok "Infectious Diseases" av Armstrong og Cohen, forlaget heter Mosby. Den har som profil å være mer klinisk problem orientert, og den har en mer moderne lay-out med flittig fargebruk. Den er mindre enn Mandell, cirka 2000 sider mot Mandells 3200, men med dobbelt så mange illustrasjoner og vil nok appellere til en yngre førstegangskjøper. Den er nøyaktig like dyr som Mandell, men her slipper du å betale ekstra for CD'en. Mandell blir likevel stadig mitt førstevalg, det er imponerende hvorledes bokens omfattende leksikalske viten presenteres, enkelte kapitler har over 500 referanser, samtidig som man behandler kliniske problemstillinger, også de av nyere dato. Og Mandell følger med, det er illustrerende at et direktepreparat av gonokokker er byttet ut med immunfarging av CMV pp65. Har du lest om et emne i Mandell vet du at du vet det som er verd å vite om saken. Og man beholder stadig oversikten, det er greit å finne frem i Mandell.

Prisen på Mandell er ca 2700 kroner, da kan du velge mellom bok eller CD, kjøper du begge samtidig må du med ca. 3600 kroner.

Min eneste supplikk til neste utgave vil være et ønske om større skrift, våre øyne blir 5-6 år eldre for hver utgave, og årets utgave har mindre skrift enn tidligere. Til slutt en advarsel; ikke kjøp Mandell uten at du har et par veltrenete biceps'er, det tynne papiret er forlatt og vekten er nå nær åtte kilo, klarer du å holde begge bind på en utstrakt arm i 30 sekunder er du kvalifisert for neste olympiade - hvis du ikke tar kosttilskudd!

**E - post adresser pr. 01.12 2000**

Tore Abrahamsen	Barneavd., Rikshospitalet	Tore.Abrahamsen@rh.uio.no
Johan Bakken	The Duluth Clinic, Duluth, Minn.	bakkenj@smdc.org (arb.)
Oddbjørn Brubakk	Infeksjonsmed. avd., Ullevål sykehus	oddbjoern.brubakk@ullevaal.oslo.kommune.no
Johan N. Bruun	Infeksjonsmed. avd., Ullevål sykehus	j.h.bruun@ioks.uio.no
Åse Berg	Med.avd., Sentralsykehuset i Rogaland	dag.helliksen2rl.telia.no
Kåre Bergh	Avd. for mikrobiologi, RiT	kare.bergh@medisin.ntnu.no
Jan Bacher Christensen	Med. avd., RiTø	MEDJBC@rito.no
Peter Csango	Mikrobiologisk avd., Vest-Agder ssh	peter.csango@vas.no
Miklos Degre	Mikrobiologisk institutt, Rikshospitalet	degre@rh.uio.no
Oona Dunlop	Infeksjonsmed. avd., Ullevål sykehus	o.b.dunlop@ioks.uio.no
Knut Fredriksen	Anestesiavd., RiTø	kfredri@online.no
Svein G. Gundersen	Infeksjonsmed. avd., Ullevål sykehus	s.g.gundersen@ioks.uio.no
Tore Jarl Gutteberg	Mikrobiologisk avd., RiTø	MLABTG@rito.no
Alfred Halstensen	Inst. for indremedisin, Univ. i Bergen	alfred.halstensen@medb.uib.no
Stig Harthug	Avd. for sykehushygiene, Haukeland sh.	stig.harthug@hyg.haukeland.no
Jon Birger Haug	Med. avd., Sykehuset Østfold	jbhaug@of.enitel.no
Bernt Heger	Infeksjonsmed. avd., Ullevål sykehus	bernt.heger@ullevaal.oslo.kommune.no
Reidar Hjetland	Mikrobiologisk avd., ssh i S & Fj.	reidar.hjetland@sf-f.kommune.no
Terje Hoel	Smittevernoverlege for Oslo, Ullevål sh	terje.hoel@ullevaal.oslo.kommune.no
Are Martin Holm	Med. avd., Bærum sykehus	areholm@online.no
Ottar Hope	Med. avd., Haraldsplass sh Bergen	otho@haraldsplass.no
Gunnar Hopen	Med. avd., Telemark sentralsykehus	gunnar.hopen@tss.telemax.no
Berit Hovig	Bakt. institutt, Rikshospitalet	berit.hovig@labmed.uio.no
Dag Hvidsten	Mikrobiologisk avd., RiTø	dag.hvidsten@rito.no
Trond Jacobsen	Mikrobiologisk avd., RiT	trond.jacobsen@medisin.ntnu.no
Mogens Jensenius	Med. avd., Aker sykehus	mogens.jensenius@ioks.uio.no
Eyrun F. Kjetland	Infeksjonsavd., Ullevål sykehus	eyrun.kjetland@ioks.uio.no
Claus Klingenberg	Barneavdelingen, RiTø	barnkc@rito.no
Ulf E. Kongsgaard	Anestesi/intensivavd., Radiumhospitalet	u.e.kongsgaard@klinmed.uio.no
Bjørn Erik Kristiansen	Telelab, Skien	bjorneri@online.no
Dag Kvale	Med. avd. A, Rikshospitalet	dag.kvale@klinmed.uio.no
Nina Langeland	Med. avd., Haukeland sykehus	nina.langeland@med.haukeland.no
Lars Holst Larsen	Med. avd., Fylkessh. i Haugesund	lholstla@sn.no
Egil Lingaas	Avd. for sykehushygiene, Rikshospitalet	egil.lingaas@rikshospitalet.no
Martinus Løvik	Folkehelsa, Oslo	martinus.lovik@folkehelsa.no
Tore Midtvedt	CMB, Karolinska Institutet, Stockholm	tore.midtvedt@cmb.ki.se
Fredrik Müller	Sentrallaboratoriet, Bærum sykehus	fredrik.muller@labmed.uio.no
Bjørn Myrvang	Infeksjonsmed. avd., Ullevål sykehus	bjorn.myrvang@ullevaal.oslo.kommune.no
Arild Mæland	Infeksjonsmed. avd., Ullevål sykehus	Arild.Maeland@ullevaal.no
Svein A. Nordbø	Avd. for mikrobiologi, RiT	Svein.A.Nordbo@unigen.ntnu.no
Aira Nurminen-Bucher	Med. avd., Bærum sykehus	anurmine@c2i.net
Vidar Ormaasen	Infeksjonsmed. avd., Ullevål sykehus	vidar.ormaaen@ioks.uio.no
Anne Ma Dyrhol Riise	Virussenteret, Univ. i Bergen	Annema.Riise@vir.uib.no
Signe Holta Ringertz	Bakteriologisk lab., Aker sykehus	s.h.ringertz@ioks.uio.no
Helvi Holm Samdal	Avd. for virologi, Folkehelsa	helvi.holm.samdal@folkehelsa.no
Synne Sandbu	Avd. for vaksine, Folkehelsa	synne.sandbu@folkehelsa.no
Rolf Arne Sandnes	Avd. for mikrobiologi, Oppland Ssh	rolf-arne.sandnes@oppland-f.kommune.no
Per Sandven	Avd. for bakteriologi, Folkehelsa	per.sandven@folkehelsa.no
Aksel Schreiner	Inst. for indremedisin, Univ. i Bergen	aksel.h.schreiner@hspost.no
Haakon Sjursen	Med. avd., Haukeland sykehus	haakon.sjursen@med.haukeland.no
Tone Skarpaas	Mikrobiologisk avd., Vest-Ager ssh	tone.skarpaas@vas.no
Arnfinn Sundsfjord	Mikrobiologisk avd. RiTø	arnfinns@fagmed.uit.no
Björg Sørensen	Med. avd., Fylkessh. i Molde	itvisjon@online.no
Yngvar Tveten	Telelab, Skien	yngvar.tveten@telelab.no
Stein Lund-Tønnesen	Med. avd., Haukeland sykehus	stlt@haukeland.no
Ivar Ørstavik	Avd. for virologi, Folkehelsa	ivar.orstavik@folkehelsa.no
Einar Aandahl	Avd. for mikrobiologi, Oppland Ssh	einar.aandahl@oppland-f.kommune.no

-fortsettelse fra side 17.

grupp C eller G hos 14 pasienter, icke-grupperade non-A hos 8 och pneumokocker hos 2. Frågan var så om det skulle vara nödvändigt att rutinemässigt ta dyrkning av alla pasienter med negativt hurtigtest. Svaret blev nog det gamla vanliga, "Det får Doktorn bestämma".

#### **ADDENDUM:**

**Delreferat fra**

### **Infeksjonsforum Vest-Norge**

**12.05 2000 Clarion Admiral Hotel**

*Av Stein Robin Lund Tønnessen*

**Bent von der Lippe** gav en engasjert og detaljrik gjennomgang av problemstillingene rundt kronisk hepatitt B og co-infeksjon med HCV og HIV.

Påvisning av HBs-antigen er nok i diagnostisk øyemed, men DNA påvisning ved PCR teknikk er gullstandarden. Hepatitt B viruset deler visse sekvenser med retrovirus og bruker dessuten enzymet revers transkriptase i replikasjonen som gjør at noen medikamenter kan brukes i behandlingen av begge virus.

Smittes man som barn uten senere å kvitte seg med HBeAg vil en stor prosentandel utvikle cirrhose. Smittes man som voksen vil bare 3-5 % utvikle kronisk sykdom og bare en mindre prosentandel av disse vil utvikle levercirrhose. De histologiske forandringene i leverbiopsi varierer sterkt. Formålet pr i dag med behandlingen er å suppressere virusreplikasjon, hemme inflammasjon og derved forhindre utvikling av cirrhose og hepatocellulært carcinom (HCC).

Indikasjonen for behandling av voksne er : ALAT > x 2 av normalverdi, HBeAg positiv, HBV DNA positiv og leverbiopsi forenlig med kronisk aktiv hepatitt.

Standardbehandlingen er : interferon 5 mill.IE s.c.daglig ( eller 10 mill IE 3 ganger ukentlig) i 4-6 mnd. Barn tåler angivelig samme dose.

Behandlingsresponsen er 30-40 % dvs at pasienten blir HBe-antigen negativ, HBe-antistoff positiv, HBV DNA negativ og normalisering av ALAT. Forbigående forverring av ALAT forekommer.

Utfordringene/problemene står i kø :

- interferon er ingen indifferent behandling. Bivirkninger er hyppige, til dels alvorlige, men reversible.
- absolutte og relative kontraindikasjoner mot interferon må en kjenne til inkl. dekompensert levercirrhose.
- forbehandling med prednison (såkalt steroid drug priming) for å indusere inflammasjon i lever er omdiskutert og skal ikke gis til de med levercirrhose.
- asiater responderer vanligvis enda dårligere på behandling enn hvite.
- indikasjonen for behandling av barn ble ikke nevnt.

For de som ikke kan bruke interferon, er Epivir (lamivudin, 100 mg x 1) et alternativ og brukes dessuten før levertransplantasjon. Det er vist å effektivt redusere virusmengden, forbedre leverhistologien, har lite bivirkninger, men det er problemer knyttet til pre-cor mutant utvikling og resistens. Behandlingsvarigheten med lamivudin som monoterapi er ikke fastsatt, på ubestemt tid ? Nytt av kombinasjonsbehandling med interferon og lamivudin har tidligere ikke vært vist, men en ny undersøkelse har kommet til en annen konklusjon (S W Schalm et al. *Lamivudin and alfa interferon combination treatment of patients with chronic hepatitis B infection: a randomised trial. Gut 2000 ; 46 :562-68*).

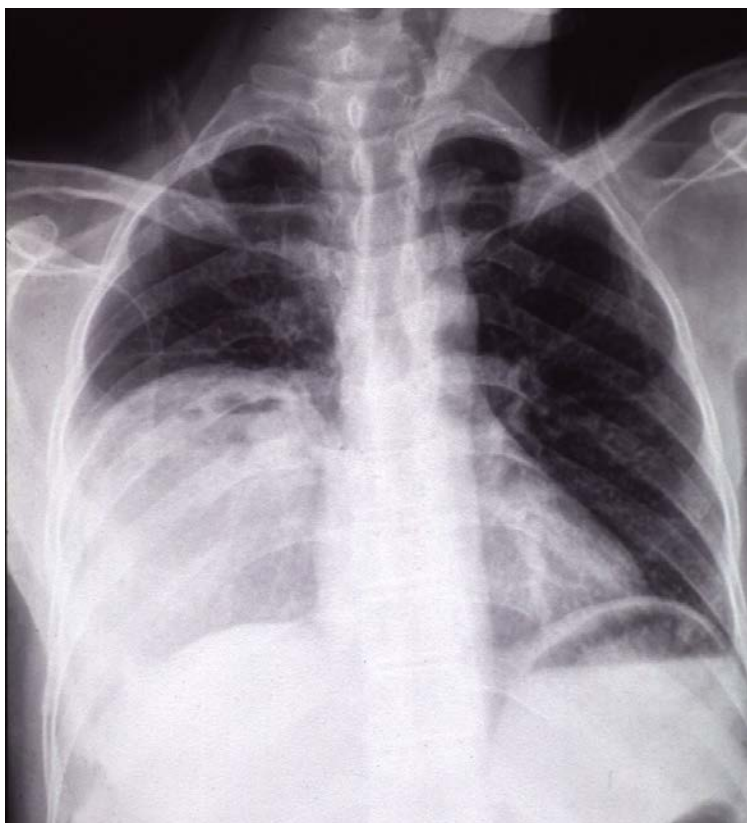
Mulige medikamenter for fremtiden er adefovir og famciclovir. Også andre medikamenter er under utprøving.

Coinfeksjon med HBV og HCV er hyppig i Afrika. HBV synes å hemme HCV replikasjonen. Gir angivelig ikke hyppigere HCC.

Ved co-infeksjon med HBV og HIV er det økt forekomst av levercirrhose. Disse pasientene tåler vanligvis interferon dårlig og behandlingsresponsen er mindre gunstig. Lamivudin synes å ha god effekt på leverinflammasjon, men det er liten serokonversjon. Seponering av lamivudin er ugunstig.

HIV og samtidig kronisk HCV er hyppig forekommende, spesielt hos stoffmisbrukere og har en gjensidig ugunstig effekt. Anbefalingene går på å stabilisere HIV infeksjonen og hvis mulig behandle HCV på høyest mulig CD4 verdi. Responsen på interferon og ribavirin er angivelig

# FOTO OG T E N



Vi bringer denne gang et rtg-bilde som vi mener kan avstedkomme kognitiv virksomhet. Pasienten er en 43 år gammel mann fra Pakistan, anamnesen var usikker, han hadde muligens hatt feber de siste ukene, siste 4-5 dager hoste og smerter høyre thoraxregion. Ved innkomst tp. 38,9 SR 103, CRP 261. Det viste seg han hadde en av våre klassiske importsykdommer. Vi mener bildet nærmest alene kan gi *pest-POSTENs* lesere diagnosen. Altså: Hvilken klassisk importsykdom er dette, og hvorfor ?

Vi mottar forslag til løsninger pr. e-mail: [arild.maeland@ullevaal.no](mailto:arild.maeland@ullevaal.no)

Løsning i neste *pest-POSTEN*.

*Vi mottar forøvrig gjerne gåter eller kommentarer, redaksjonen behøver ikke ha det siste ord.*

like god som hos ikke-HIV pasienter, men det er selvfølgelig mange skjær i sjøen med denne type pasienter; bl.a. ribavirin hemmer fosforyleringen av nukleosidanalogene; proteasehemmerne og ikke-nukleosid-analoger kan forverre leverskaden.

**Helge Bell** gav en fin oversikt over kronisk hepatitt C som i flere land er den hyppigste årsak til levertransplantasjon. Norge kommer sannsynligvis etter. Etter akutt infeksjon blir 20 % spontant friske. T-hjelper celle funksjonen synes her å være avgjørende. Få utvikler ikterus. 80% utvikler kronisk sykdom. I løpet av 20-30 år vil 20 % utvikle levercirrhose. HCC sees sjelden hos oss. Egypt er det landet i verden med høyest prevalens av kronisk hepatitt C.

Det finnes 6 genotyper. I USA er genotype 1 den hyppigste, mens hos oss er genotype 2 og 3 den hyppigste og sistnevnte responderer best på behandling. Når det gjelder indikasjon for behandling og standardbehandling henvises det til

*pest-POSTEN* nr. 4, 1999-5 årgang, side 20.

Behandlingsresponsen i den norske AHA-studien var i størrelsesorden 50-60 % og viste angivelig at induksjonsbehandling gir raskere virusreplikasjonshemming enn standard interferon dosering 3 ganger i uken.

Pegylert interferon (Pegintrona og Pegasus) kommer snart på markedet hos oss. Denne tilberedningsformen av interferon kan gis én gang ukentlig og vil sikkert gi bedre compliance. Flere utenlandske studier har vist betydelig bedre effekt enn standard interferon behandling.

Ribavirin, som registreres i disse dager, er en gammel nukleosidanalogue med hemolytisk anemi som viktigste bivirkning. Skal ikke gis til pasienter med koronarsykdom. Når det kombineres med interferon dobles "sustained respons".

\*\*\* \_ \*\*\*

## Løsning på forrige nummers fotogåte

Forrige gåte (*p-P 2-2000* side 29) var en lesjon på en finger og nå begynner våre lesere å våge å stikke frem hodet. Vi velger svaret fra **Øystein Søbstad** ved Infeksjonsforebyggende Avdeling i Bergen og hitsetter hans brev:

”Det anamnestiske nøkkelspørsmålet må være: Har hun hatt fingeren i munnen på et sauelam? Diagnostisk prosedyre husker jeg ikke lenger, men lesjonen skyldes et poxvirus, og dette skal i elektronmikroskopisk karakteriseres som store ovoide viruspartikler. Jeg tenker selvfølgelig på Orf, som var ganske vanlig på landet for 20-30 år siden da sauehold var mye mer vanlig enn nå. Mange turnuskandidater oppfattet lesjonen som en pustel og prøvde å incidere eller aspirere med like dårlig hell som på bildet”.

Dette svaret passer vel ikke så dårlig med det som står i pasientens journal:

”Pas. har hytte oppe på fjellet ved Ringerike. For ca. tre uker siden tok hun opp et lam som var forlatt, og dette lammet nærmest sugde hennes finger, idet lammet tydelig var svakt og tørst. Da de leverte lammet tilbake på gården, sa de der ”nå har vi altså nok et sykt lam”. Etter noen dager fikk pas. smerter og hevelse på fingeren og har nå i løpet av tre uker utviklet en lesjon som som er ca.  $\frac{1}{2}$  - 1 cm i diameter. Opprinnelig var den hvitlig, som en ertstor tumor, men etter at hun stakk i den, kom det en blødning. I tillegg har hun i løpet av siste uken utviklet et sår på haken”.

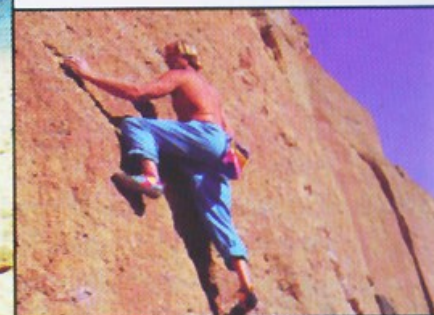


Diagnostikken som ble gjort var å tilkalle Stig Jeansson som tok med seg aspirat til elektronmikroskopisk undersøkelse. Fotoet fra vårt kasus viser ikke den vanlig ovoide strukturen med vevsmønster som Søbstad nevner, men dette skyldes at i vårt tilfelle er prøvematerialet støpt i en blokk og snittet, mens man må legge det på en ”grid” for å få frem det bildet vi husker fra lærebøkene.



# Verdens første hepatitt A + B vaksine

Mange reiser langt  
for å få litt  
farge på kroppen.  
Men ikke gulfarge!



**Twinnrix™**  
Verdens første hepatitt A og B vaksine

# Twinrix Paediatric «SB»

## Twinrix Voksen «SB»

Vaksine mot hepatitt A (inaktivert) og hepatitt B.

**INJEKSJONSVÆSKE: Twinrix Paediatric, 0,5 ml innb.:** Inaktivert hepatitt A-virus (stamme HM 175) 360 ELISA Units, rekombinant hepatitt B overflateantigen (HBsAg) 10 µg, aluminiumfosfat 0,2 mg, aluminiumhydroksid 25 µg, aminosyrer maks. 0,5 mg, formaldehyd maks. 50 µg., neomycinsulfat maks. 10 ng., polysorbat 20 maks. 25 µg., natriumklorid 4,5 mg, restmengder av tris- og fosfatbuffer, vann til injeksjon. Konserveringsmiddel: 2-fenoksyetanol 2,5 mg.

**INJEKSJONSVÆSKE: Twinrix Voksen, 1 ml innb.:** Inaktivert hepatitt A-virus (stamme HM 175) 720 ELISA Units, rekombinant hepatitt B overflateantigen (HBsAg) 20 µg, aluminiumfosfat 0,4 mg, aluminiumhydroksid 50 µg, aminosyrer maks. 1 mg, formaldehyd maks. 0,1 mg., neomycinsulfat maks. 20 ng., polysorbat 20 maks. 50 µg., natriumklorid 9 mg, restmengder av tris- og fosfatbuffer, vann til injeksjon. Konserveringsmiddel: 2-fenoksyetanol 5 mg.

**Egenskaper: Klassifisering:** Kombinasjonsvaksine av rensert, inaktivert hepatitt A-virus og rensert hepatitt B overflateantigen (HBsAg), separat adsorbent til aluminiumhydroksid og aluminiumfosfat. Hepatitt A-viruset er fremstilt ved dyrking i humane diploide cellekulturer. HBsAg er fremstilt av gjærceller vha. rekombinant DNA-teknikk. Beskyttelse mot hepatitt A og hepatitt B utvikles i løpet av 2-4 uker. Ved vaksinerings er det påvist antistoffer mot hepatitt A hos ca. 89 % (Twinrix Paediatric) og ca. 94 % (Twinrix Voksen) av de vaksinerte en måned etter 1. dose og hos 100 % 1 måned etter 3. dose (dvs. 7. måned). Antistoffer mot hepatitt B er påvist hos ca. 67 % (Twinrix Paediatric) og 70 % (Twinrix Voksen) etter 1. dose og 100 % (Twinrix Paediatric) og ca. 99 % (Twinrix Voksen) etter 3. dose. Det forventes at beskyttelsen hos flesteparten av de vaksinerte varer i minst 4-5 år etter primærvaksinasjonen. For å etablere langtidsbeskyttelse anbefales boostervaksinasjon med enten de monovalente vaksinerne eller kombinasjonsvaksinen.

**Indikasjoner: Twinrix Paediatric:** Profylakse mot hepatitt A- og hepatitt B-infeksjon hos ikke-immune barn fra 1 år t.o.m. 15 år. **Twinrix Voksen:** Profylakse mot hepatitt A- og hepatitt B- infeksjon hos ikke-immune personer f.o.m. 16 år.

**Kontraindikasjoner:** Kjent overfølsomhet for vaksinenes komponenter. Tegn på overfølsomhet etter tidligere administrering av Twinrix Paediatric eller Twinrix Voksen eller monovalent hepatitt A- eller hepatitt B-vaksine. Administrering av Twinrix Paediatric og Twinrix Voksen skal utsettes ved akutt sykdom med høy feber.

**Bivirkninger:** Vanligst er forbigående smerte, rødme og hevelse på injeksjonsstedet. Rapporterte systembivirkninger ved vaksinasjon med Twinrix Voksen er feber, hodepine, sykdomsfølelse, tretthet, kvalme og brekninger. Symptomene er forbigående og milde. Bivirkningsfrekvensen etter administrering av Twinrix Voksen avviker ikke fra bivirkningsfrekvensen etter administrering av monovalente vaksiner. Se forøvrig preparatomtalene for de monovalente vaksinerne Engerix-B «SB» og Havrix «SB».

**Forsiktighetsregler:** Pasienter kan være innenfor inkubasjonstiden for hepatitt A- eller hepatitt B-infeksjon ved tidspunktet for vaksinasjon. Det er ikke kjent om Twinrix Paediatric og Twinrix Voksen i slike tilfeller beskytter mot hepatitt A og hepatitt B. Twinrix Paediatric og Twinrix Voksen anbefales ikke som profylakse etter eksponering. Vaksinen er ikke testet på pasienter med nedsatt immunitet. Hemodialysepasienter og personer med nedatt immunforsvar oppnår ev. ikke adekvate anti-HAV og anti-HBs antistofftitre etter primærimmunisering og disse pasientene kan derfor behøve flere vaksinedoser. Adekvat respons kan likevel utelukkende hos immunsvakte pasienter. Adekvat medisinsk behandling og overvåking skal alltid være tilgjengelig pga. risikoen for anafylaktiske reaksjoner etter administrering av vaksinen. Siden intradermal injeksjon eller intramuskulær administrering i glutealmuskelen kan føre til suboptimalt svar på vaksinen, skal disse administreringsmåtene unngås.

**Graviditet/Amning:** Effekten på fosterets utvikling er ikke undersøkt, men som for alle inaktiverede virusvaksiner anses faren for fosterpåvirkning å være liten. Twinrix Paediatric og Twinrix Voksen bør bare gis under graviditet dersom det foreligger en uttalt risiko for hepatitt A og hepatitt B-infeksjon. Det foreligger ikke opplysning om effekt på barn til ammende mødre som er vaksinert med Twinrix Paediatric eller Twinrix Voksen. Kombinasjonsvaksinen skal derfor bare gis til ammende kvinner hvis strengt nødvendig.

**Interaksjoner:** Da samtidig administrering av Twinrix Paediatric eller Twinrix Voksen og andre vaksiner ikke er studert anbefales det ikke at vaksinen gis samtidig med andre vaksiner. Det kan forventes at pasienter som får immunosuppressiv behandling ev. ikke oppnår et adekvat svar.

**Dosering:** Vaksinen skal ristes godt ut til en nesten gjennomsiktig, hvit suspensjon før bruk. Vaksinerne er beregnet på intramuskulær injeksjon, fortrinnsvis i deltoideusområdet eller anteriolateralt i låret hos små barn. **Må ikke administreres intravaskulært.** **Twinrix Paediatric:** Til barn og ungdommer fra 1 år t.o.m. 15 år anbefales 1 dose på 0,5 ml. **Twinrix Voksen:** Til ungdommer og voksne, 16 år og eldre, anbefales 1 dose på 1 ml. Standard skjema for primær-vaksinasjon med Twinrix Paediatric og Twinrix Voksen er 3 doser. 2. dose administreres 1 måned etter 1. dose, og 3. dose 6 måneder etter 1. dose. Det anbefalte skjemaet bør følges. Når vaksinasjonen er påbegynt, bør den slutføres med samme vaksine. Antistoffnivå etter primærimmunisering med kombinasjonsvaksinen ligger innenfor samme område som for de monovalente vaksinerne. Generelle retningslinjer for boostervaksinasjon kan derfor gis på bakgrunn av erfaringer med de monovalente vaksinerne. Retningslinjene er basert på at et minimum antistofftiter kveves for beskyttelseeffekt. Beskyttende titer (10 IE/liter) av anti-HBs vil opprettholdes hos de fleste vaksinerte i 5 år, mens anti-HAV er beregnet til å vare i minst 10 år. Boostervaksinasjon med kombinasjonsvaksine kan anbefales 5 år etter start av primær-vaksinasjon. Antistofftiter mot hepatitt C kan testes regelmessig hos individer som er spesielt utsatt for smittefare og passende boosterdoser gis når titrene ligger under minstenivåer. Til pasienter med trombocytopeni eller blødnings sykdommer kan vaksinen unntaksvis gis subkutant. Subkutant administrering kan gi suboptimalt immunsvår.

**Oppbevaring og holdbarhet:** 2 - 8 °C. Beskyttet mot lys. Må ikke fryses.

**Andre opplysninger:** Vaksinen skal ikke blandes med andre vaksiner i samme sprøyte.

**Pakninger og priser pr. 1. mai 1999:** **Twinrix Paediatric:** Endosesprøyte: 0,5 ml. kr. 254,50. **Twinrix Voksen:** Endosesprøyte 1 ml. kr. 402,50, 10 x 1 ml. 3654,00



**SmithKline Beecham AS**  
Pharmaceuticals

Tlf.: 67 92 24 00 – Fax: 67 92 24 99





## Kongresser og møter

**utgår** i dette nummer av plasshensyn. Vi kommer tilbake i nummer 1-2001 med en fyldig oversikt.

# Lederen har ordet



Foreningens årsmøte er overstått. Selv om andelen medlemmer som møtte var ganske liten, synes jeg det var en aktiv og engasjert forsamling. Årsmøtet er anledningen medlemmene har til å påvirke styret, og det er den beste muligheten styret har for å drøfte saker med medlemmene.

Det er viktig at styret kjenner til hva medlemmene mener om saker og ting, styrer som ikke er representative for sine medlemmer er ikke ukjent i foreningslivet.

Denne gangen var de særlig to saker som opptok årsmøtet. Den ene saken var den milliarder Stortingens bevilget i november til behandling av pasienter utenlands. De som vil vite mer om dette kan gå inn på internettadresse ODIN og hente innstilling til Stortinget, dokument S24.

Planen er å sende pasienter til elektive inngrep på sykehus i Europa, fortrinnsvis Tyskland. Sykehusene skal melde inn pasienter som er aktuelle for slike inngrep utenlands og Rikstrygdeverket skal opprette et eget kontor som skal inngå avtaler om behandling.

Mange tall har vært nevnt, men det kan dreie seg om 2000 pasienter eller flere i løpet av ett år. Hvilke typer inngrep det vil dreie seg om vet ingen foreløpig.

For det sykehushygiene arbeid, resistensforhold og mikrobeflora i norske sykehus kan dette bli av den største betydning. Så vel vår forening som Forening for Medisinsk Mikrobiologi, Forum for sykehushygiene og miljøet av leger som arbeider med regional sykehushygiene er engasjert i saken. Vi vil informere Sosial – og Helsedepartementet og Statens Helsetilsyn slik at de forstår hvilken betydning denne ordningen kan få for sykehus her i landet, og hvilke utgifter noen få importerte infeksjoner med resistente mikrober kan påføre oss. Stortingets gode intensjon, at pasienter skal få kortere ventetid, kan lett føre til andre typer problemer som gir merforbruk av sykehussenger her til lands, og derav økte ventelister.

Foreningens styre vil ta saken videre i samarbeid med Forening for Medisinsk Mikrobiologi.

Jeg vil ønske alle medlemmer en God Jul, og håper på et aktivt Nytt år for foreningen i 2001.

Molde 12.12.00

Björg N. Sørensen

## VEILEDNING FOR FORFATTERE

Artikler og andre bidrag til "pest-POSTEN" skal sendes til ansvarlig redaktør. Manuskriptene ønskes levert i Word Perfect eller Word tekstbehandlings-format, eller skrevet i DOS (ASCII) format. Bruk så lite redigeringskoder og spesialtegn som mulig. Helst ønskes bidrag levert på 3 1/2 " eller 5 1/4 " diskett, som vil bli returnert etter bruk. Papirbaserte bidrag må leveres med bred marg og dobbelt linjeavstand. Illustrasjoner må være i svart/hvitt, rene kopier i ca. dobbelt av endelig størrelse. Fotografier må være i sort-hvitt, og kan være ferdig rastet i endelig størrelse (i forhold til manus A4). For scanning bør de være litt større. Referanser skrives som angitt i veiledningen til "Tidsskrift for Norsk Lægeförening". Tidsskriftnavn forkortes som angitt i "Index Medicus".

Doktorgradsreferat kan være på 1 til 1/2 side enkel linjeavstand. Referatet skal inneholde: Overskrift = doktorgradens tittel, 2) doktorandens navn, aktuelle adresse og institusjonen hvor arbeidet er utført, 3) universitetet hvor disputasen er holdt og navn på opponent(er), 4) referat med hensynstagen til opponentens faglige innvendinger, 5) fulle referanser til avhandlingens delarbeider.

Abstract skrevet av nordmenn i utenlandske tidsskrifter kan være på 1/3 - 1/2 side, lengre abstracts kun etter avtale. Abstracts skal inneholde: 1) Overskrift = artikkelens tittel, 2) forfattere og tidsskrift som i referansen over, 3) navn / adresse på forfatter som skal ha event. korrespondanse, 4) abstract, helst på norsk, skrevet for infeksjonsmedisinere.

Forskergrupper kan eventuelt lage en synopsis av sitt arbeide, med nøyaktig referanseliste. Foredrag holdt ved møter i regi av Norsk Forening for Infeksjonsmedisin samt prisforedrag kan være på én til flere sider etter avtale. Artiklene bør inneholde referanseliste og de beste illustrasjonene.

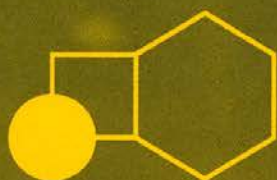
Meningsytringer, omtale av aktuelle problemer, eller andre korte bidrag av generell faglig interesse mottas gjerne. Redaksjonen forbeholder seg retten til å redigere / forkorte bidrag.

## VEILEDNING FOR ANNONSØRER

Vi er takknemlige for bidrag i form av annonser i "pest-POSTEN". Bladet blir trykket i et opplag på ca. 300 og distribuert gratis til alle medlemmer av Norsk Forening for Infeksjonsmedisin.

Annonsepris (sort/hvitt): kr. 2.000.- inkl. moms pr. 1/1 side. Omslagssider (2. side, nest siste og siste side) kr. 2.500.- Fargeannonse kr. 3.000.- pr. 1/1 side (ikke omslagsside). Alle priser er inkl. moms. Prisene gjelder *ferdige* annonser.

Manusformat A4, positivt trykk på papir eller film. Husk at manuskriptet skal forminskes til C5 format. Vi må ta et forbehold om annonseplass i forhold til stoffmengden forøvrig.



Cefuroxim  
**Zinacef Monovial®**



**GlaxoWellcome**

Glaxo Wellcome AS

Postboks 4312 Torshov, 0402 Oslo

Tlf.: 22 58 20 00 - Telefaks: 22 58 20 04

# Ciproxin®

Ciprofloxacin

GAHAP 1

09 99

**CIPROXIN 2 mg/ml**  
Ciprofloxacin.

ANV. FÖR  
KÄYT. ENNEN

**Injektionsvätska/Infusionsneste**  
TILL INFUSION / INFUSIOTA VARTEN  
100 ml = 200 mg ciprofloxacin.

100 ml

Ciprofloxacin lact. respond. ciprofloxacin 2 mg, acid. lact. 0,1 mg, glucos. monohydr. 50 mg, acid. hydrochlor. conc. q.s. w/aq ad inject. ad 1 ml. pH 3,6-4,5

Umsomt, opbevares i folien til produktet skal bruges. Anvendes umiddelbart efter pakningen er åbnet. Anvend kun enkl. opløsning. Overskydende indhold kasseres. Opbevares uøngeligt for børn.


Lærindtlig, opbevares i folien til produktet skal anvendes. Åbnet pakning anvendes umiddelbart. Bare klar løsning skal anvendes. Ev. restindhold kasseres. Opbevares utilgjengelig for børn.

Ljuskänsligt, förvaras i folien tills produkten skall användas. Öppnad förpackning används omedelbart. Använd endast klar lösning. Överblivet innehåll kasseras. Förvaras oåtkomligt för barn.

Välkonserverad, säilytettävä foliossa käyttöön saakka. Avattu pakkaus käytettävä välittömästi. Vain kirkasta liuosta voidaan käyttää. Käytön jälkeen ylijäänyt liuos hävitetään. Ei lasten ulottuville.

Bayer AG, D-51368 Leverkusen, Germany 00062192

For ytterligere  
opplysninger, se  
Felleskatalogen.

**Bayer** 

Bayer AS, Postboks 114, 1483 Skytta. Telefon 67 06 86 00. Telefax 67 06 86 77.