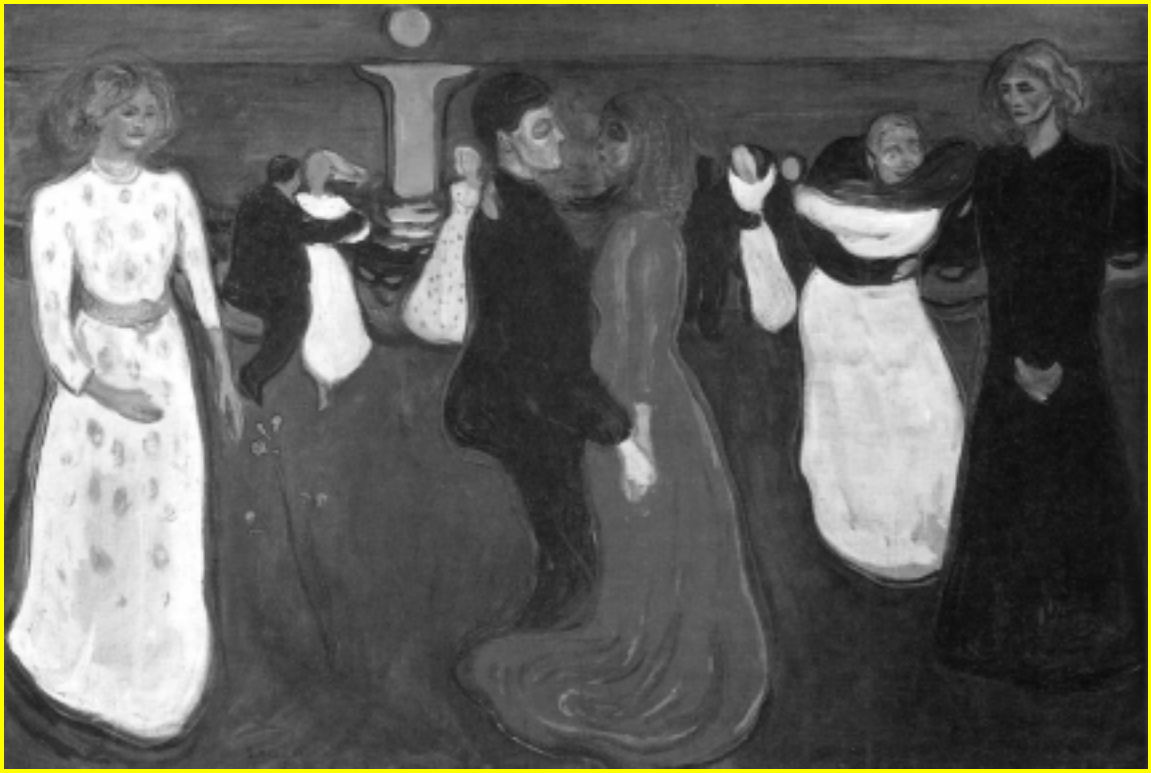
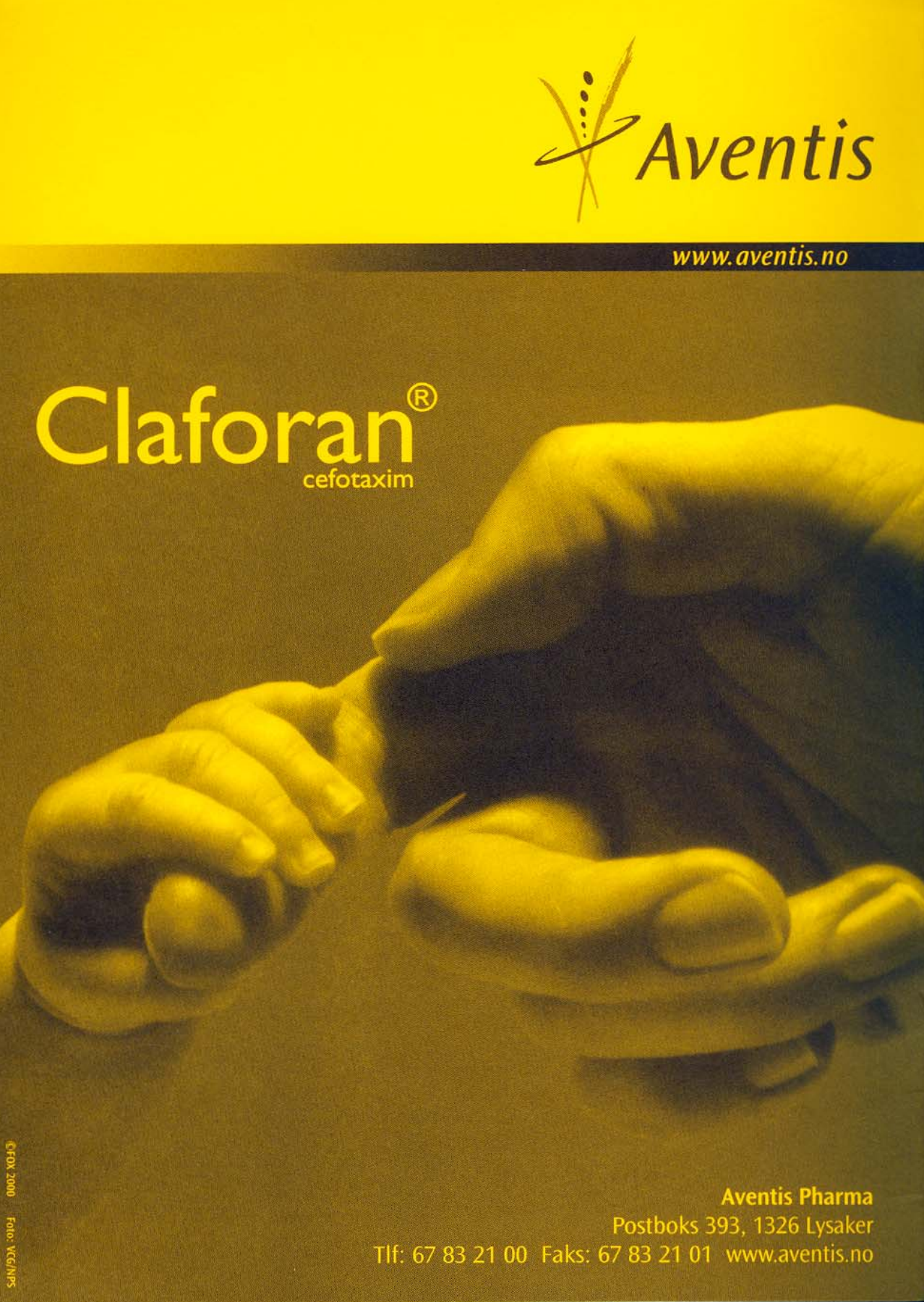
pest-POSTEN

Nr. 3, 2002 - 8. årgang



MEDLEMSBLAD FOR
NORSK FORENING FOR INFEKSJONSMEDISIN


Aventis
www.aventis.no
Claforan®
cefotaxim
Aventis Pharma
Postboks 393, 1326 Lysaker
Tlf: 67 83 21 00 Faks: 67 83 21 01 www.aventis.no
© FOX 2000 Foto: VCG/NPS

REDAKSJONEN :

- Ansvarlig redaktør :

Oddbjørn Brubakk
Infeksjonsmedisinsk avdeling,
Ullevål sykehus

- Medredaktør :

Stein Lund Tønnessen
Medisinsk avdeling,
Haukeland sykehus

- Redaksjonssekretær :

Jon Birger Haug
Medisinsk avdeling,
Sykehuset Østfold Fredrikstad

- Annonsesjef :

Eivind Ragnhildstveit
Mikrobiologisk avdeling,
Sykehuset Østfold Fredrikstad

- Regionsmedarbeidere :

Arild Mæland
Infeksjonsmedisinsk avdeling,
Ullevål sykehus

Stig Harthug
Avdeling for sykehushygiene
Haukeland sykehus

Bjørg Viggen
Medisinsk avdeling
Regionsykehuset i Trondheim

Lars Vorland
Mikrobiologisk avdeling
Regionsykehuset i Tromsø

INNHOLD :

Redaksjonelt	**s. 4**
Ferdaminne SSCA, Turku	**s. 7**
Sepsis in the ICU, London	**s. 9**
Inf.forum Nord-Norge	**s. 11**
Diktspalten	**s. 18**
Vårmøtet NFIM/NFMM	**s. 20**
E-postadresser	**s. 23**
Kongresser og møter	**s. 25**
Veiledning for forfattere og annonsører	**s. 27**

***"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: **jobhaug@broadpark.no**

ISSN: 080 - 2510

Forsiden: **«Livets dans» E Munch, 1900**

REDAKSJONELT

Varme - PEST, *post* - VARMEN

”The long, hot summer” er over for denne gang.

Kanskje var det den varmeste de fleste av oss kan huske, selv om denne medarbeider husker en sommer i slutten av 40-årene da man var på sykkeltur, lå i telt på sørsida av hardangerfjorden og tok ferga fra Brimnes til Ulvik - .

Men som sagt, det har vært en lang og varm sommer mer og mindre over hele landet. De fleste har gledet seg over det.

At det har vært varmeperioder tidligere kjenner vi naturligvis til, -og for all del at det har vært kaldere da isen dekket fedrelandet.

Men noen som mener seg å være meningsberettigede sier som kjent at det er en delvis menneskeskapt endring med ozon-hull og det hele, som bare vil bli verre og føre til ytterligere oppvarming. Andre hevder det dreier seg om naturlige svignginger.

Om varmere klima medfører endring i det infeksjon sykdomspanoramaet i vårt land gjenstår naturligvis å se.

Det kan imidlertid være grunn til å minne om at i 1856 ble Cand.medicinae Fr.Vogt av Indredepartementet sendt til Hvalerøene i Smaalenenes Amtscommune for å ta seg av pasienter som var blitt syke av Koldfeber-sygdom hvilket utlagt er Malaria vivax. I alt registrerte han 102 tilfeller av Koldfebersygdom.

I sin rapport skriver han at ” *Af Sulphas Chinicus har jeg anvendt omtrent 13 Uncer, som efter Medicinaltaxten, hvor Granprisen er 2 skill. uden nogen oppført Drachmepriis, til sammen koste 104 Spd. Og med Tillæg af 25 pCt. for Lægens Dispensation 130 Spd. efter Præmissene til Taxten (cfr. Morgenbladet for 31te Januar 1856) skulde Granprisen egentlig være 1 1/2 Skill, men da Halvskillingen ei benyttes i Medicinaltaxten, bliver Granprisen nu 2 Skill. 13 Uncer Chinin med Granpriis af 1 1/2 Skill. Vilde koste 78 Spd. Og med 25pCt. tillæg for Lægens Dispensation 97 Spd. 60 Skill. Den omtalte halve Skillings Forandring til en heel, kommer saaledes til at foröge Amtets Medicinaludgivter for den af mig udlverede Medicin med 32 Spd. 60 Skill. Og Forskjellen vilde rimeligviis have været end större, hvis der var tilföiet Priis paa Drachmen, hvorimod nu Alt bliver at beregne efter Prisen for den laveste Vægtenhed.”*

Det må også i sannhet ha vært en ”Long, hot summer”.

Andre forhold enn mygg og varme må naturligvis til for på nytt å føre til oppblussing av malaria i Norge. Men hvem vet; kanskje våre kollegaer i Smaalenene kan få oppgaver på Hvaler-øene en gang i ikke all for fjern framtid.

Ikke alle bryr seg om ozonhullet, verken av stater eller individer og turer fram som tidligere.

Som da den lille gutten som så mormor før bingotreffen sprayet seg i armhuler, i håret etc., og utbrøt: ”Men hva med ozonhullet mormor?”

”Nei, der bruker vi klut” svarte mormor uten en tanke på den globale oppvarmingen.

Dette nummer inneholder forøvrig et referat fra SSAC møtet i Turku, Finland, et litt forsinket referat fra Infeksjonsforum Nord-Norge og en liten billedcollage fra Vårmøtet i Tromsø.

Diktspalten er naturligvis med, denne gang med Heinrich Heine,- som så ofte redigert av Bjørn Myrvang og denne gang på så vel begge målføre.

Tilslutt en oppfordring fra redaksjonen til dere mange der ute - skal *pest*-POSTEN fortsatt ha liv laga må flere ta pennen fatt! Og endelig -hold ut !

Oddbjørn Brubakk—

VIDEX®
didanosin

Bristol-Myers Squibb

Pb. 464, 1323 Hovik • Telefon 67 11 17 00 • www.b-ms.no

ZERIT

Bristol-Myers Squibb

Pb. 364 1323 Hovik • Telefon 67 11 17 00 • www.b-ms.no

Ferdaminne fra SSCA i Turku

30.8 - 1.9.2002

Av Oddbjørn Brubakk og Olav Øktedalen

Årets SSCA-møte var lagt til Turku i Finland. Det var det 19. møtet i rekka , også det første møtet ble holdt i Turku.

Det har aldri vært så mange deltagere på SSAC møtene, og aldri har det vært sendt inn så mange abstracts. Naturlig nok dominerte finnene møtet både som deltagere og med vitenskapelige bidrag. Den norske kontingenten var tallmessig beskjeden. De fleste kom fra Universitetet i Tromsø, - i følge Ørjan Olsvik, - som for øvrig holdt en utmerket forelesning, var det bare 2 av de akademiske deltagerne fra Norge som ikke kom fra Tromsø. Hvem av oss tre som han ikke ville regne med, kom aldri fram, men vi forsøker å bøte på sårheten med et lite Ferdaminne.

Fakta om Turku.

Turku som på svensk heter Åbo, er Finlands eldste by. Den er lokalisert til Finlands sørvestre hjørne og ligger ved utløpet av elva Aura.

Det har vært bosetning her også i pre-historisk tid, men grunnleggelsen er satt til 1229 da paven omtalte byen i et skrift.

I samme århundre påbegynte man den imponerende katedralen som i dag framstår som et gedigent byggverk på en høyde nær elvebredden. Erkebiskopen i Finlands evangeliske lutherske kirke har fortsatt sete her.

Det andre imponerende byggverket fra middelalderen er slottet som gjennom århundrer har vært gjenstand for branner og kriger og var spesielt utsatt under andre verdenskrig da det ble bombet. Det er imidlertid gjenreist i sin fordums prakt og framstår i dag som et museum og med en stilig bankettsal hvor man dyrker den tiden i det 16. århundre hvor Hertugen av Finland, Johan og hans

polskfødte hustru Katarina Jagellonica holdt et fyrstelig hoff på slottet.

Fulgte man elvebredden fra katedralen kom man til Aboa Vetus & Ars Nova, et kombinert anlegg for samtidskunst og et middelaldermuseum.

På en sokkel nedenfor stod Paavo Nurmi, Finland og Turkus legendariske løperkonge med ni olympiske medaljer.

Fortsetter man videre finner man et imponerende kulturbygg som huser teateret.

Det svenske teateret lå ved torget i en stilren gammel bygning. Inntil torget fant man også den russisk ortodokse kirken.

Turku var Finland hovedstad inntil 1812 og fikk sitt første universitet i 1640.

I dag har Turku to universitet, en finsk og en svensk høyskole for økonomi og handel.

Byen har om lag 175 000 innbyggere hvorav vel 5% er svensktalende, nok til at to offisielle språk brukes.

Denne medarbeider fikk også en oppbyggelig stund i Sibelius-museet like ved katedralen. Ikke med musikk av Sibelius, men av den finskfødte komponisten Bernhard Cruell som inntil da var ukjent for undertegnede.

De norske innslagene var som sagt få, men kvalitetsmessig på høyden.

Ørjan Olsvik fra Tromsø ga en oversikt over *Future prospects for rapid detection of antimicrobial resistance.* Målsetningen var metoder som ga raskt svar, var sensitive, spesifikke, standardiserte og automatiserte. Han gikk gjennom ulike metoder og problemer i forbindelse med disse og forespeilte oss klinikere MIC og "break point" verdier i løpet av timer samt viktig informasjon om Mycobacterier på 1-2 dager.Det er også på gang raske genetiske målemetoder for antimikrobiell resistens. Disse målemetodene er ennå ikke tatt inn i rutinen, men kan være av interesse ikke minst i forbindelse med MRSA problematikk hvor man gjerne vil ha et raskt svar.

Bjørn Erik Kristiansen fra Skien snakket om sin erfaring med *Prevention of meningococcal disease* og den store studien Telemark med undersøkelse av kontakter til meningokokksyke og med hurtigtyping av mikrobene. Ca 3% av kontaktene var bærere av meningokokker og ble behandlet med Rifampicin.

" Invited young scientist" fra Norge var **Are Holm** fra Rikshospitalet som snakket om sine studier vedrørende *Impaired production of interleukin-10 T cells from patients with common variable immunodeficiency.* Han viste til at man hadde påvist forandringer i T cellenes produksjon av cAMP og at cAMP avhengig protein kinase A type I hemmer IL-10 sekresjonen fra T celler hos disse pasientene. Funnene tyder på en mulig immunologisk interaksjon mellom B celler og T celler ved CVID som kan gi terapeutiske aspekter.

En sesjon var viet infeksjoner hos immunkompromiterte pasienter hvor man gikk gjennom infeksjoner hos organ-transplanterte, pasienter med maligne blodsykdommer, pasienter med hypogammaglobulinemi og man diskuterte behandling og monitorering av immunkompromiterte pasienter med kompliserende CMV infeksjon.

De baltiske land var viet egen sesjon med gjennomgang av hepatitt, HIV og multiresistent tuberkulose.

Siste dag var viet alvorlige infeksjoner som meningokokksykdom, bakteriemi med gule stafylokokker og pneumokokk pneumoni.

Vi fikk høre om nye antibakterielle midler som er på gang (peptider), og vi fikk fra veterinær hold høre at dersom en slutter med tilsetningen av antibiotika i kosten til husdyr, reduseres hyppigheten av vancomycin resistente enterokokker (VRE) betydelig.Til slutt fikk vi en spektakulær gjennomgang av immunsystemet med leucocytter, endotel og addesjonsmolekyler i fokus, og man antydet nye mulige behandlingsprinsipper ved sepsis i forbindelse med dette.

Møtet var velarrangert og hyggelig med oversiktlig deltagermasse og med et førsteklasses sosialt program. Om to år skal møtet holdes i Norge—.

4th International Conference on Sepsis in the ICU

London 17-18 June, 2002

Av Mogens Jensenius

I midten av juni 2002 skjedde det store ting i Storbritannia. Dronningen feiret 50 år på tronen, Paul McCartney rundet 60, kong Harald ble tildelt hosebåndsordenen og England gikk til kvartfinale i fotball-VM etter å ha danket ut «some of the least decisive Danes since Hamlet» (The Times). Under disse litt støyende forhold møttes om lag 350 anestesiologer, intensivmedisinere og infeksjonsleger til en 2-dagers status-of-the-art konferense om sepsis i London. Møtet ble avholdt i byens hjerte på The Queen Elisabeth II Conference Centre, vegg-i-vegg med Westminster Abbey og Big Ben.

Bakgrunnen for konferensen var dyster nok. I USA er den årlige insidensen av alvorlig sepsis beregnet til å være 750.000 tilfeller, tilsvarende 3 per 1.000 innbyggere eller 2,3 per 100 sykehusinnleggelse. Insidensen av sepsis synes å være økende i den vestlige verden, noe som trolig skyldes en kombinasjon av en alt eldre befolkning, økt forekomst av resistente mikrober, økt bruk av invasive prosedyrer samt stadig fler immunsvekkede pasienter i sykehusene. I USA er alvorlig sepsis nå den ledende dødsårsaken i ikke-koronare intensivavdelinger og den 11. vanligste dødsårsaken totalt sett i befolkningen.

Jonathan Cohen (UK) gav en oversikt over problemene med vår nåværende sepsisklassifisering med SIRS, sepsis, severe sepsis og septic shock. Det er særlig SIRS-begrepet, innført i 1992, som høster kritikk. Riktignok er sensitiviteten høy, men spesifisiteten er lav og SIRS er lite brukervennlig, både i den kliniske hverdag og i vitenskapelige sammenheng. Ved en internasjonal konsensuskonferense i Washington DC, desember 2001, ble det foreslått en å innføre en helt ny sepsisklassifisering, tentativt kalt PIRO. I PIRO, som til det yttre minner om onkologenes TNM-system, gjøres det en kombinert vurdering basert på fire hovedfaktorer ved sepsis: **P**redisposing factors (f.eks. genetiske; tidligere sykdommer), **I**nfection (f.eks. agens; utbredelse), host **R**esponse (f.eks. CRP; cortisol; protein C; AT III; cytokiner) og **O**rgan dysfunction (f.eks. alvorlighetsgrad; antall involverte organ). PIRO er foreløpig kun i støpeskjeen, men det arbeides nå intenst med innsamling av epidemiologiske bakgrunnsdata og konstruksjon av forhåpentligvis brukervennlige system og algoritmer (Vincent JL. Sepsis definitions. Lancet Infect Dis 2002; 2:2)

Til tross for avansert intensivmedisin og potente antibiotika, er mortaliteten ved alvorlig sepsis og septisk sjokk fremdeles henholdsvis ca. 28% og 49%. Forsøk med ulike vert-mediator intervensjoner (f.eks. behandling med anti-endotoksin, anti-IL1, anti-TNF, NO synthase hemmere og antitrombin III) har dessverre ikke ført til signifikant økt overlevelse i større pasientmaterialer. **Edward Abraham** (USA) mente at dette delvis kunne skyldes at de fleste undersøkte mediatorer er aktive svært *tidlig* i sykdomsforløpet - før man i praksis rekker å intervenere - og at man heller burde rette

oppmerksomheten på mediatorer som aktiveres senere i den inflammatoriske prosess. I musesepsismodeller fører blokkering av to slike sent reagerende inflammatoriske cytokiner, nuclear factor kappa B (NF□B) og high mobility group-1 (HMG-1) protein, til signifikant økt overlevelse. Interessant nok er effekten god selv om antistoffer gis sent, 24-48 timer etter sykdomsdebut.

Konferensens høydepunkt var utvilsomt presentasjonen av fire ferske store studier som hver for seg indikerer nye strategier for forebygging eller behandling av alvorlig sepsis. Arrangørene hadde klart kunststykket å samle samtlige førsteforfattere, som på behørig vis ble grillet av et entusiastisk publikum.

Greet Van den Berghe (Belgia) presenterte data fra «Intensive insulin therapy in critically ill patients» (NEJM 2001; 345: 1359-67), en prospektiv, randomisert og kontrollert studie som inkluderte 1548 kirurgiske intensivpasienter tiltrengende respiratorbehandling. I behandlingsgruppen, hvor blodsukkeret ved hjelp av insulininfusjon ble holdt mellom 4,5 - 6,1 mmol/l, var mortaliteten 4.6%, mens den i kontrollgruppen, hvor insulin først ble gitt ved blodsukker >11,8 mmol/l, var 8.0% ($p<0.04$). For pasienter som trengte et opphold i intensivavdelingen på >5 dager var forskjellen mellom de to gruppene enda større, 10,6% vs. 20,2% ($p=0.005$). Interessant nok ble den største reduksjonen i mortalitet sett for død sekundært til multiorgansvikt med påvisbart septisk fokus. Intensiv blodsukkerregulering førte også til betydelig reduksjon i forekomsten av bakteriemi/sepsis (med 46%), dialyse- eller hemofiltrasjonstrengende nyresvikt (med 41%), transfusjonstrengende anemi (med 50%) og ICU-polynevropati (med 44%).

Kommentar: Siden studien inkluderte kun kirurgiske intensivpasienter (hovedsakelig med hjertekirurgiske diagnoser), kan resultatene ikke uten videre ektrapoleres til å gjelde andre pasientgrupper. Dessuten ble studien gjennomført ved kun et sentra, og var (av naturlige årsaker) ikke blindet.

Emanuel Rivers (USA) redegjorde for «Early goal-directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock» (NEJM 2001; 345: 1368-77). Studien var prospektiv og randomisert, og inkluderte 263 pasienter med enten alvorlig sepsis eller septisk sjokk. Selve intervensjon foregikk i en mottagelsesavdeling hvor pasientene ble stabilisert under 6-8 timer før overflytting til intensivavdeling. I behandlingsgruppen, hvor sentralvenøst trykk, sentralvenøst oksygenmetning, arterielt blodtrykk og timediurese ble nøye optimalisert med klare væsker, vasopressorer eller vasodilatorer, blodtransfusjon og inotropi, hadde man en sykehusmortalitet på 30,5%, mens dødeligheten i en kontrollgruppe som fikk standardbehandling var 46,5% ($p=0.009$). Tidlig målrettet behandling førte også til en rask reduksjon i bl.a. APACHE II score,

pH og base excess.

Kommentar: Resultatene strider mot hva som er rapportert i flere tidligere studier, hvor optimalisering eller supra-optimalisering av ulike fysiologiske parametere resulterte i uforandret eller t.o.m. økt dødelighet ved sepsis. Muligens skyldes forskjellen at Rivers gruppe intervenerte svært *tidlig* i sykdomsforløpet, noe som krever et årvåkent personale, betydelige resurser og stiller høye krav til logistikken.

Gordon Bernard (USA) presenterte «Efficacy and safety of recombinant human activated protein C for severe sepsis» (NEJM 2001; 344: 699-709), en randomisert, dobbel-blindet, placebo-kontrollert, multisenter fase 3-studie som inkluderte 1690 pasienter med alvorlig sepsis. 96 timers infusjon av aktivert protein C resulterte i en 28-dagers dødelighet på 24,7% vs. 30,8% i placebogruppen (p=0.005). Behandling med aktivert protein C førte også til signifikante fall i både plasma D-dimer og serum interleukin-6. Insidensen av blødning var noe høyere i behandlingsgruppen (3,5% vs. 2.0%), men denne forskjellen var ikke statistisk signifikant (p=0.06).

Kommentar: Dette er den første vert-mediator-intervensjonsstudien som har vist økt overlevelse i et større sepsismateriale. Funnet kan skyldes at aktivert protein C virker både antiinflammatorisk, antitrombotisk og profibrinolytisk. Studiens styrke ligger bl.a. i at den inkluderte både kirurgiske og medisinske pasienter, og at den inkluderte både pasienter med gram-positive, gram-negative og soppinfeksjoner. Aktivert protein C er dyrt, og dette vil trolig begrense bruken i mange intensivavdelinger. Hvorvidt lavere dosering og/eller kortere behandlingstid (f.eks. 48 timer), også er effektivt, gjenstår å se.

Djillali Annane (Frankrike) presenterte data fra «Effect of treatment with low doses of hydrocortisone and fludrocortisone on mortality in patients with septic shock (JAMA 2002; 288: 862-71), en placebokontrollert, randomisert og dobbeltblind studie som inkluderte 300 pasienter med akutt (<3 timer) oppstått septisk sjokk og behov for bl.a. respiratorbehandling og vasopressorer. Studien inkluderte både pasienter med medisinske og kirugiske hoveddiagnoser. Behandlingsgruppen fikk både hydrokortison 50 mg x 4 i.v. + fludrokortison 50 mirkogram x 1 i nasogastrisk tube i 7 dager. Før første dose bli gitt, fikk alle pasienter utført en kort (60 min) kortikotropin- (Synacten) test, som overraskende påviste relativ binyrebarksvikt hos hele 229 (66%) av pasientene. Ved analyse fant man at for pasienter med relativ binyrebarksvikt minsket mortaliteten fra 63% i placebogruppen til 53% i behandlingsgruppen i løpet av en 28-dagers oppfølgingsperiode (p=0.02), mens tilsvarende forskjell ikke ble funnet hos pasienter med normal binyrebarkfunksjon (p=0.96). I gruppen med relative binyrebarksvikt førte steroidsubstitusjon også til at vasopressorbehandlingen kunne avsluttes hos flere før dag 28, 57% vs. 40% (p=0.001).

Kommentar: Studien indikerer således at de fleste pasienter med akutt og vasopressor-avhengig septisk sjokk de facto har en relativ binyrebarksvikt og at disse kan profitere på lavdose steroidsubstitusjon. Fordi økt mortalitet ved steroidsubsitusjon til pasienter med *normal* binyrebarkfunksjon ikke kan utelukkes, er det viktig at substitusjonsbehandlingen ikke gis unødig lenge til slike pasienter (resultatet av Synacten-testen vil, avhengig av metodikk, kunne foreligge i løpet av få døgn).

Konklusjon: Etter mange år med frustasjoner og negative intervensjonsstudier, er det tilsynelatende nå flere lys i tunnelen. Møteleder **Bert Thijs** (Nederland) mente spøkefullt at hvis disse fire nye behandlingsprinsippene tas i bruk *samtidig*, vil vi i intensivavdelingene snart kunne oppleve at antall pasienter som utskrives i live er større enn antall pasienter som innlegges. Resultatene må selvsagt bekreftes i nye studier før vi i grunnen endrer våre rutiner for forebygging og behandling av alvorlig sepsis, men likevel - det må være lov å være forsiktig optimist.

SKRIV i
***pest*-POSTEN...**
du også!

Referat fra

Infeksjonsforum Nord-Norge

Av Karina Olsen

15-16. mars ble det avholdt Infeksjonsforum Nord-Norge på Comfort-Saga hotel i Tromsø. I sur vind og nedbør "krydde "vi oss inn på hotellet og fikk to lærerike dager.

Hovedtemaet for den første dagen var **Den kritisk syke pasient,** der emnene:"Invasive soppinfeksjoner, CMV-diagnostikk og klinikk samt postoperative infeksjoner etter abdominalkirurgi" ble tatt opp.

Først ute var dr.Arvid Bjørneklett fra Rikshospitalet som snakket om **invasive soppinfeksjoner(ISI).**

Han poengterte at vårt immunforsvar beskytter oss meget effektivt mot ISI og dette er overveiende et problem for den immunsupprimerte pas. Eksempler på det er pas som får høydose cytostatikabehandling, hos benmarg-og organtransplanterte og høygradig immunsuppresjon ved enkelte andre sykdomstilstander.

En annen viktig gruppe er de med et komplisert forløp etter omfattende kirurgi.Candida infeksjoner er hyppigst dernest aspergillus infeksjoner.Cryptokokkinfeksjoner har vært sjeldne i Norge også blant HIV-pos.

Diagnosen kan være vanskelig å stille både klinisk og mikrobiologisk. Prognosen er alvorlig til tross for en del nye medikamenter. Det oppleves derfor et stort påtrykk for å anvende profylakse eller starte behandling på en utsatt pasient uten noen klar diagnose.

Ved Rikshospitalet har man siden i 92 registrert forekomsten av dokumentert ISI. I perioden 92-98 hadde man ved Rikshospitalet gjennomsnittlig 14 tilfeller årlig, hvorav 20% var aspergillus infeksjoner.

Det var ikke registrert økende forekomst i perioden verken av candida- eller aspergillus infeksjoner.

Der var heller ingen økt forekomst av non-albicans arter blant candida isolatene.

I den samme perioden så man en markert økning i forbruk av systemiske soppmidler, spesielt fluconazol og liposomalt amfotericin B. Det synes klart for dr. Bjørneklett at midlene har for en stor del vært brukt preemtisk. Han avsluttet foredraget med å si at forekomsten av ISI hos de utsatte gruppene ved Rikshospitalet, stadig er betydelig lavere enn det som rapporteres fra tilsvarende sykehus i USA og Vest-Europa.

Dr.Ingvild Nordøy ved Rikshospitalet fortsatte med **CMV-infeksjoner, klinikk illustrert ved tre interessante kasuistikker.** Den første kasuistikken var en ung kvinne som sannsynligvis fikk en primær CMV infeksjon. Pasienten hadde et normalt immunforsvar. Hos denne pasienten tilkom det et fall i blodplatetallet til min.45. Foredragsholderen poengterte at det kunne ta lang tid før platetallet steg til normalverdier- hos denne pas ved dag 67.

FIRST CHOICE PI

FOR LONG-TERM SUCCESS

abbott norge as

kaletra®
lopinavir/ritonavir

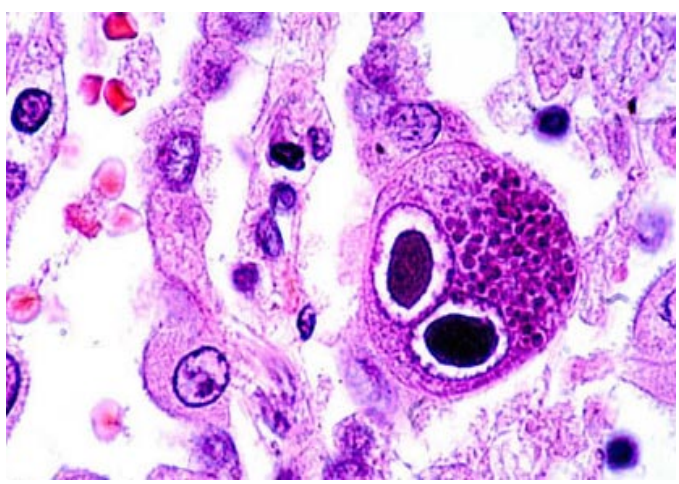
GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline
Postboks 4312 Nydalen, 0402 Oslo
Telefon: 22 58 20 00 Telfaks: 22 58 20 04
www.gsk.no

Den neste kasuistikken var en ung mann som etter en omfattende utredning endte opp med en sannsynlig primær CMV-infeksjon. Flere interessante differensialdiagnostiske overveielser ble presentert underveis.

Den siste kasuistikken var en mann på 65år som i 98 ble nyretransplantert pga en nefrosclerose grunnet hypertensjon. Han mottok nekronyre fra CMV neg donor til CMV pos recipient. Fra des 01 fikk han gangvansker,og etter få uker ble han sengeliggende, incontinent for urin, desorientert og fikk hukommelsessvikt. Etter en lang og omfattende utredning fant man forhøyet CMV pp65,CMV-DNA på 292000 kopier /ml samt en bilateral CMV-retinitt og betydelige funn på MR-cerebrum. Man konkluderte med en sannsynlig generalisert CMV-infeksjon med retinitt og ventriculoencephalitt. Dr.Bjørneklett var ikke sikker på at diagnosen var riktig - paienten hadde nærmest negativ spinalvæske! Det forløp en interessant diskusjon.

Ingvild Nordøy avsluttet med en fin gjennomgang av **CMV-sykdom. Hvem som får den,hvordan og hvorfor.** Avslutningsvis snakket hun om diagnostikk av CMV-infeksjon fint supplert av dr. Kirsten Gravningen fra mikrobiologisk avd UNN. Det sentrale under gjennomgangen er at hos immunsupprimerte pas kan CMV-IgG responsen være dårlig og IgM-responsen utebli. Ingvild Nordøy poengterte at påvisning av CMV-pp65 i leukocytter kan påvises før antistoffene kommer og før klinisk sykdom. Den er også korrelert til sykdomsutvikling og gir et mål på effekt av antiviral behandling. Kirsten Gravningen informerte om at CMV-DNA PCR i plasma regnes som likeverdig CMV-pp65 men er mer holdbar (2-3døgn mot bare 24timer). CMV-DNA PCR er derfor mer praktisk å bruke for oss i nord da begge prøvene analyseres på Rikshospitalet. Nyttig å vite!



Vi fortsatte med emnet: **Postoperative infeksjoner etter abdominal kirurgi.** Dr. Arthur Revhaug ved gastrokirurgisk avdeling UNN var først ute. Han loset oss igjennom et engasjerende foredrag illustrert med flere nærbilder av diverse operasjoner. Han beskrev problemet ved å diagnostisere en postoperativ infeksjon og la vekt på at den daglige kliniske oppfølgingen av pasienten er viktigere en ulike former for billeddiagnostikk som kan være vanskelig å tolke. Han gjennomgikk en rekke differensialdiagnoser. Han skisserte noen prinsipper vedr antibiotisk behandling og la vekt på å følge "Skandinavisk praksis", ikke bruke de siste "superdrugs" og ikke behandle for lenge.

Dr. Gunnar Skov Simonsen ved mikrobiologisk avdeling UNN fortsatte med **mikrobiologiske agens og behandling.** Han innledet foredraget med å si at postoperative infeksjoner etter abdominal kirurgi er en heterogen gruppe av infeksjonstilstander med varierende etiologi og mikrobiologi. Forløpet avhenger bl.a av lokalisasjon, generelle vertsfaktorer, mikrobe og resistensforhold. Han kom også inn på behandlingen av tilstandene og henviste til en studie gjort av Holzheim og Dralle (Eur J Med Res 2001; 6:277-291). 79 studier av antibiotika behandling ved intraabdominale infeksjoner ble her vurdert. Man fant ut at de best dokumenterte antibiotika regimene kom nokså likt ut. Valget vil avhenge av vilke patogener man vil forvente og resistensforholdene.

Han fortsatte med å gjennomgå resistensforholdene ved en del aktuelle mikrober og konkluderte

med at forholdene i Norge er meget gunstige. Derfor vil mange ulike antibiotika-regimer føre til målet.

Han avsluttet med at det initiale antibiotika-regimet burde være så konservativt som mulig for å hindre unødig seleksjon av resistente isolater. Ved manglende respons og hos kritisk syke pasienter burde bredspektret antibiotika-behandling ledsages av aktiv mikrobiologisk diagnostikk.

Dr. Arvid Bjørneklett kom med kommentarer. Han poengterte at studier tyder på at tilstrekkelig bredspektrede antibiotika **tidlig** ved postoperative infeksjoner etter abdominalkirurgi, kan være livreddende. Det første "shot" er viktig. Senere "lapping" på tidligere antibiotika-regimer fører ofte ikke fram. Man må imidlertid unngå unødvendig langvarig behandling. Helt ned i 3-5dagers behandling kan være nok. Dette gir mindre risiko for resistente mikrober og soppinfeksjoner.

Programmet fortsatte med årsmøte. Dr. Liisa Mortensen ble valgt inn i styret og Steinar Jæger avsluttet sin tjeneste - han hadde sittet siden Infeksjonsforum Nord-Norge startet for 10år siden. Takk for innsatsen Steinar og velkommen Liisa!

Dag Seeger Halvorsen smittevernlege ved UNN startet lørdagen med emnet **MRSA - nye retningslinjer.**

Smittevernrådet ba SIFF høsten 1999 om å opprette en arbeidsgruppe for å utarbeide nasjonale retningslinjer for sykehus og sykehjem. Dag Seeger Halvorsen oppsummerte hva som er de viktigste forskjellene i de nye retningslinjene i forhold til de gamle.

- Prøvetakningen av aktuelle pasienter eller personalet dreier seg om to prøvesett med 1-2 timers mellomrom.
- Nøkkeltallet er nå 6.
- Aktuelle pas og personalet som må MRSA-screenes, er de som enten har ligget på sykehus/helseinstitusjon utenfor Norden eller Nederland eller arbeidet på sådan sted de siste 6 mndr og ikke 3 mndr som tidligere.
- Kontrollopplegget på behandlede MRSA-pos strekker seg nå over 6 mndr.
- Smittefrihet gjelder nå i 6 mndr.
- Pasient mistenkt eller påvist MRSA-positiv skal ligge på enerom. Hansker frakk og munnbind samt god håndhygiene er viktigst.
- Bruk av rom med gradert undertrykksventilasjon benyttes der smittefaren anses som stor enten ved mistenkt eller påvist MRSA. Dessverre er det mange sykehus som ikke har rom med gradert undertrykksventilasjon.
- I sykehjem har man dilemmaet med behovet for å smitteisolere den MRSA-pos og beboerens livskvalitet, da dette er hjemmet for mange.

Det var mange interessante spørsmål og diskusjoner rundt dette temaet.

Dr. Shabab Imani, kommunelege 1 i Vardø og hygienesykepleier Anita Brekken ved Kirkenes Sykehus, forsatte med å beskrive et MRSA-utbrudd på Vardø sykehjem. Gjennomgangen var meget engasjerende og det ble gjort en beundringsverdig innsats av de impliserte for å begrense utbruddet noe de også lyktes med.

Dr. Liisa Mortensen ved mikrobiologisk avdeling ved Nordlandssykehuset HF snakket om **barselsfeber - en glemt infeksjon**.

Hun startet med å definere begrepet barselsfeber som en spesiell sårinfeksjon der GAS innvaderer sårflaten etter placenta. Barselsfeber var tidligere en vanlig årsak til mortalitet etter fødsel. Etter å ha presentert en interessant historikk rundt barselsfeber, la hun fram to kasuistikker.

Pasient nr. 1 var en ung kvinne på 25år, 2. gangsfødende som ble innlagt på Nordland sentralsykehus i uke 38. Hun hadde magesmerter, oppkast, diare og høy feber. Etter få timer ble situasjonen dramatisk idet det tilkom intrauterin fosterdød og mor døde. Man fant oppvekst av GAS både i blodkulturer, cervix, placenta og hinner.

Pas nr 2 var en ung kvinne på 20år, 1.gangs-

fødende. Hun ble innlagt en time før pas nr.1 døde. To dager etter fødsel fikk hun frostanfall, magesmerter og økende CRP. Man fant vekst av GAS fra cervix men ingen oppvekst i blodkulturer.GAS fra begge pas ble senere identifisert som stamme T10F-. Det ble tatt halsdyrkninger av personalet rundt disse to pas og en av dem hadde samme stamme. En sønn av pas nr.1 hadde imidlertid hatt en halsbetennelse like før mor ble syk.Ingen prøver ble tatt av denne gutten. Liisa Mortensen diskuterte mulige smitteveier og konkluderte med at **to tilfeller i samme avd=utbrudd.**

Hun avsluttet med å presentere to utbrudd i Danmark, hvordan smitteoppsporing ble utført og hvilke tiltak som ble iverksatt.

Dr. Vegard Skogen ved mikrobiologisk avd UNN avsluttet formiddagen med emnet **bioterrorisme.** Dette emnet brukte han også under sin disputas nylig. Han startet med å utdype begrepet bioterrrorisme. Han beskrev en ny trend i internasjonal terrorisme. Tidligere var målet å få mest mulig oppmerksomhet rundt en sak mens nå tillates mer bruk av kjernefysiske, biologiske- og kjemiske våpen med påfølgende tap av menneskeliv. Han fortsatte å beskrive hvilke ulike mikrobiologiske agens som har vært brukt. I foredraget la han vekt på antrax og beskrev de ulike sykdomsmanifestasjonene og behandlingen av den. Tilslutt utdypet han også sykdomsmanifesasjonene samt behandlingen av kopper og botulisme. Koppevirus og C. botulinum er også begge aktuelle agens til bruk ved bioterrorisme.

Miltbrann-frykt over hele verden

Lav beredskap i Norge

pest-POSTEN - for kolleger, - fra kolleger!

Styret 2002 i

Norsk forening for infeksjonsmedisin

Hovedrepresentanter:

Stein Lund Tønnessen, *formann*
Jan Erik Berdal
Bente Bergersen
Ivar-Jo Hagen
Jon Sundal

Varamedlemmer:

Jan Bacher Christensen
Harald Steinum

DIKTSPALTEN

Heinrich Heine (1797-1856)

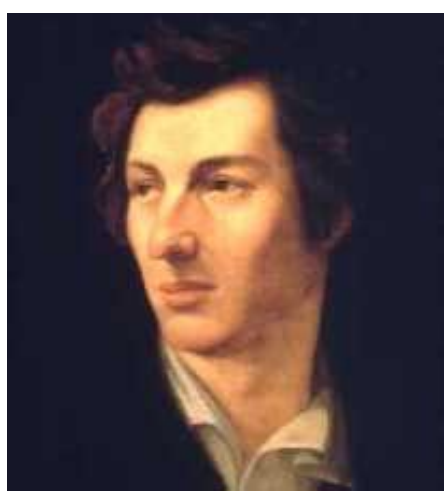
Denne gangen går vi langt tilbake i tid, og lar Tyskland, som ikke har vært representert i spalten tidligere, komme til orde gjennom Heinrich Heine. Heine var en av 1800-tallets store lyrikere. Med sin liberale holding var han kritisk til datidens snevre og konservative kultursyn, og hans politiske meninger og sympatier gjorde at hans dikt i en periode var forbudt i Tyskland. Seinere ble han også svartelistet under Hitlerregimet. Men egentlig var tvisynet kanskje mer karakteristisk for ham enn opprørsviljen, og det er ikke rart at han fikk en beundrer i Aasmund O. Vinje.

Heines gjennombrudd skjedde med bøkene «Reisebilder», men det er helst diktsamlingen «Buch der Lieder» mange forbinder med ham. Diktsamlingen utkom første gang i 1827, og i en større utgave i 1837. De siste 10 år av livet var Heine bundet til sykesenga, lammet og svaksynt, og i følge litteraturhistorien var diagnosen ryggmargstæring. Hva diagnosen er basert på, vites ikke.

Herman Wildenvey gjendiktet «Buch der Lieder» til norsk i 1929. Til historien hører det med at den norske versjonen utkom på Aschehoug forlag, noe Harald Grieg mislikte sterkt, da Gyldendal hadde vært Wildenveys forlag siden debuten 20 år tidligere. Seinere har Hartvig Kiran og andre også gjendiktet Heinedikt. Det minner oss om at både Wildenvey og Kiran var betydelige både som forfattere og som oversettere/ gjendiktere av utenlandske kollegers produkter..

Den omstridte Heine lar vi ligge, og velger et velkjent romantisk dikt både i Wildenveys språkdrakt og i Kirans nynorske gjendiktning. Smaken kan som kjent som baken, være delt.

BM



Loreley I
Jeg vet ikke hva det kan være –
at jeg så trist er blitt.
Et gammelt eventyr, er det,
som aldri mitt sinn blir kvitt.

Luften er kjølig – det dunkler,
i ro glir Rhinens strøm.
Fjellenes tinder funkler
i kveldsolsglans og drøm.

En fager jomfru sitter
der oppe, hvor ingen når.
Jeg ser hennes smykker glitter.
Hun kjemmer sitt gylne hår.

Hun bruker sin gullkam varlig
og kjemmer og synger til.
Og sangen er deilig og farlig,
og melodien er vill.

Den lille båtens skipper
gripes av lengselsvë,
han ser ikke skjær og klipper,
han bare kan henne se.

Jeg tro at bølgen vil slynge
til bunns både mann og pram.
Slik har ved bare å synge
Loreley dødet ham.

Loreley II
Eg veit ikkje kvifor det klagar
så sårt i hugen min.
Ei segn ifrå gamle dagar
kjem aldri ut or sinn.

Det mørknar, og sval er vinden,
og roleg fløymer Rhin.
Det glitrar og glør på tinden
der enno kveldsol skin.

Der sit i det bratte lendet
ei jomfru ven som ein vår.
Ho glimar av gull på hende
ho kjemmer sitt gylte hår.

Ho kjemmer med gylte kammar
og syng ein song dertil,
han kling frå den mørke hammar
forlokkande ven og vill.

Og mannen i båten skodar
mot høgda, og hjarta svell.
Han ser ikkje skjer og båar,
han ser berre himmel og fjell.

Eg ottast han rid over båra
med båten for siste gong
Og dette fordi han vart dåra
av Loreley som song.

FOTOGLIMT FRA NFIM / NFMM VÅRMØTET

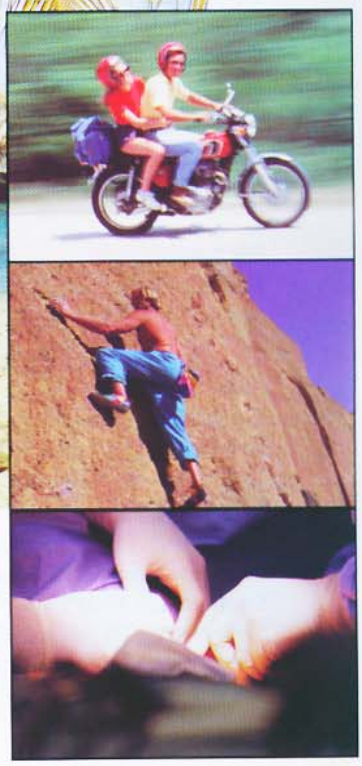
TROMSØ, 6. - 7. juni 2002

TEAM TROMSØ: *Bakre rekke (fra venstre):Dag Hvidsten,Dag S. Halvorsen,Tore J. Gutteberg, Gunnar Simonsen. Midtre rekke: Håkon Haaheim,Lars Vorland,Tore Lier,Pia Littauer,Vegard Skogen. Fremre rekke:Karina Olsen, Hanne H. Haukland,Henny Johansen,Kirsten Gravningen. Den som mangler er først og fremst Arnfinn Sundsfjord.*

Årets to Scheringpris-vinnere: Vegar Skogen (t.v.) og Miklos Degre.
Bildet til høyre viser Polarmiljøsenteret.

Verdens første hepatitt A + B vaksine

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



Twinrix™

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 innh.:* 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 inneh.:* 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 renset, inaktivert hepatitt A-virus og renset hepatitt B overflateantigen (HBsAg), separat adsorbert til aluminiumhydroksid og aluminiumfosfat. Hepatitt A-viruset er fremstilt ved dyrking i humane diploide cellekulterer. HBsAg er fremstilt av gjærceller vha. rekombinant DNA-teknikk. Beskyttelse mot hepatitt A og hepatitt B utvikles i løpet av 2-4 uker. Ved vaksinering 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 vaksinene 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 vaksinens 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. Symtomene 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 vaksinene 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 utebli hos immunsvekkede 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/Amming: Effekten på fosterets utvikling er ikke undersøkt, men som for alle inaktiverte 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 immunosuppresiv behandling ev. ikke oppnår et adekvat svar.

Dosering: Vaksinen skal ristes godt ut til en nesten gjennomsiktig, hvit suspensjon før bruk. Vaksinene er beregnet på intramuskulær injeksjon, fortrinnsvis i deltoideusområdet eller anteriolaterialt 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. Standardskjema for primærvaksinasjon 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 sluttføres med samme vaksine. Antistoffnivå etter primærimmunisering med kombinasjonsvaksinen ligger innenfor samme område som for de monovalente vaksinene. Generelle retningslinjer for boostervaksinasjon kan derfor gis på bakgrunn av erfaringer med de monovalente vaksinene. Retningslinjene er basert på at et minimum antistofftiter kveves for beskyttelseseffekt. Beskyttende titre (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 primærvaksinasjon. Antistofftitre mot hepatitt 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 blødningssykdommer kan vaksinen unntaksvis gis subkutant. Subkutant administrering kan gi suboptimalt immunsvar.

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

SB
SmithKline Beecham AS
Pharmaceuticals

Tlf.: 67 92 24 00 – Fax: 67 92 24 99

E-post adresser pr. 01.10.2002

Tore Abrahamsen	Barneavd., Rikshospitalet	Tore.Abrahamsen@rh.uio.no
Johan Bakken	The Duluth Clinic, Duluth, Minn	jbakken@smdc.org
Dag Berild	Med. avd., Aker sykehus	dag.berild@ioks.uio.no
Arne Brantsæter	Med. avd., Bærum sykehus	arne.brantsaeter@baerum-sykehus.no
Oddbjørn Brubakk	Infeksjonsmed. avd., Ullevål sh	oddbjorn.brubakk@ulleval.no
Johan N. Bruun	Infeksjonsmed. avd., Ullevål sh	j.n.bruun@ioks.uio.no
Åse Berg	Med.avd., Sentralsh i Rogaland	Bergaase@yahoo.no
Bente M. Bergersen	Infeksjonsmed. avd. Ullevål sh	b.m.bergersen@ioks.uio.no
Kåre Bergh	Avd. for mikrobiologi, RiT	kare.bergh@medisin.ntnu.no
Julia Chelsom	Med. avd., Haraldsplass	juch@haraldsplass.no
Jan Bacher Christensen	Med. avd., RiTø	MEDJBC@rito.no
Peter Csango	Mikrobiol. avd., Vest-Agder ssh	peter.csango@vas.no
Miklos Degre	Mikrobiologisk institutt, RH	degre@rh.uio.no
Oona Dunlop	Infeksjonsmed. avd., Ullevål sh	o.b.dunlop@ioks.uio.no
Eigill Eide	Med. avd. Ssh i Møre&Romsdal	eigill.eide@smr.no
Knut Fredriksen	Anestesiavd., RiTø	kfredri@online.no
Oddvar Frøholm	Avd.for bakt.,Fokehelseinstituttet	oddvar.froholm@folkehelsa.no
Svein G. Gundersen	Infeksjonsmed. avd., Ullevål sh	s.g.gundersen@ioks.uio.no
Tore Jarl Gutteberg	Mikrobiologisk avd., RiTø	MLABTG@rito.no
Ivar Jo Hagen	Med. avd., Lillehammer fylkesh.	ivar.jo.hagen@oppland-f.kommune.no
Alfred Halstensen	Inst. for indremedisin, UiB	alfred.halstensen@medb.uib.no
Stig Harthug	Avd. for sykehushyg. Haukeland	stig.harthug@haukeland.no
Jon Birger Haug	Med. avd., Sykehuset Østfold	jobhaug@broadpark.no
Gunnar Haukenes	Avd. for virologi, Haukeland sh	gunnar.haukenes@vir.uib.no
Bernt Heger	Infeksjonsmed. avd., Ullevål sh	bernt.heger@ulleval.no
Reidar Hjetland	Mikrobiologisk avd., ssh i S & Fj.	reidar.hjetland@helse-forde.no
Terje Hoel	Smitteverno.l. for Oslo, Ullevål sh	terje.hoel@ulleval.no
Are Martin Holm	Med. avd., Bærum sykehus	aremholm@online.no
Ottar Hope	Med.avd., Haraldsplass sh Bergen	otho@haraldsplass.no
Gunnar Hopen	Med. avd., Telemark ssh	gunnar.hopen@tss.telemax.no
Berit Hovig	Bakt. institutt, Rikshospitalet	berit.hovig@labmed.uio.no
Dag Hvidsten	Mikrobiologisk avd., RiTø	dag.hvidsten@rito.no
Bjørn Iversen	BAFI, Folkehelseinstituttet	bjorn.iversen@folkehelsa.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., DNR	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	lars.holstlarsen@c2i.net
Tore Lier	Mikrobiologisk avd., RiTø	tore.lier@rito.no
Egil Lingaas	Avd. for sykehushygiene, RH	egil.lingaas@rikshospitalet.no
Elisabeth v. d. Lippe	Infeksjonsmed. avd., Ullevål sh	elisabeth.vonderLippe@ulleval.no
Martinus Løvik	Folkehelseinstituttet, Oslo	martinus.lovik@folkehelsa.no
Arne Mehl	Med. avd., Innherred sykehus	arne.mehl@innherred-sykehus.no
Kjetil K. Melby	Mikrobiol. avd., Ullevål sykehus	k.k.melby@ulleval.no
Tore Midtvedt	CMB, Karolinska Institutet	tore.midtvedt@cmb.ki.se
Liisa Mortensen	Mikrobiol.avd., Nordland ssh	liisa.mortensen@nss.nl.no
Fredrik Müller	Sentrallab., Bærum sykehus	fredrik.muller@labmed.uio.no
Bjørn Myrvang	Infeksjonsmed. avd., Ullevål sh	bjorn.myrvang@ulleval.no
Arild Mæland	Infeksjonsmed. avd., Ullevål sh	arild.aaeland@ulleval.no (arb) arilmae@online.no (priv)
Svein A. Nordbø	Avd. for mikrobiologi, RiT	Svein.A.Nordbo@medisin.ntnu.no
Aira Nurminen-Bucher	Med. avd., Bærum sykehus	abucher@chello.no
Vidar Ormaasen	Infeksjonsmed. avd., Ullevål sh	vidar.ormaasen@ioks.uio.no
Frank Olav Pettersen	Med. avd. Haukeland sykehus	frank.olav.pettersen@helse-bergen.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, Folkehelseinst.	helvi.holm.samdal@folkehelsa.no
Synne Sandbu	Avd. for vaksine, Folkehelseinst.	synne.sandbu@folkehelsa.no
Rolf Arne Sandnes	Avd. for mikrobiol.,Oppland Ssh	rolf-arne.sandnes@oppland-f.kommune.no
Per Sandven	Avd.for bakt.,Folkehelseinstituttet	per.sandven@folkehelsa.no
Aksel Schreiner	Inst. for indremedisin, UiB	aksel.h.schreiner@hspost.no
Haakon Sjursen	Med. avd., Haukeland sykehus	haakon.sjursen@haukeland.no
Tone Skarpaas	Mikrobiol. avd., Vest-Ager ssh	tone.skarpaas@vas.no
Arnfinn Sundsfjord	Mikrobiologisk avd. RiTø	arnfinns@fagmed.uit.no
Bjørg Sørensen	Med. avd., Fsh. i Molde	itvisjon@online.no
Dag Torfoss	Det norske Radiumhospital	dag.torfoss@klinmed.uio.no
Yngvar Tveten	Telelab, Skien	yngvar.tveten@telelab.no
Stein Lund-Tønnesen	Med. avd., Haukeland sh	stlt@haukeland.no
Einar Vik	Mikrobiologisk avd., Fsh i Molde	einar.vik@fsm.mr-fylke.org
Ivar Ørstavik	Avd. for virologi, Folkehelseinst.	ivar.orstavik@folkehelsa.no
Einar Aandahl	Avd. for mikrobiol.Oppland Ssh	einar.aandahl@oppland-f.kommune.no

Endring av E-postadresse bes meldt direkte til redaksjonssekretæren: jobhaug@broadpark.no

Kongresser og møter

2002

23. - 26. oktober: **4th International Meeting on the Therapy of Infection.** Firenze, Italia.
Kontakt: Clinica Malattie Infettive, Universita degli Studi di Firenza, Ospedale di Careggi viale Morgagni, 85-50134 Firenze, Italia. Tlf: +390-554-279-478, faks: +390-554-279-480, E-post: infdismeetings@ao-careggi.toscana.it

24. - 27. oktober: **2002 IDSA Annual Meeting.** Chicago, USA.
Se Internett: http://www.idsociety.org/

17. - 21. november: **6th International Congress on Drug Therapy in HIV Infection.** Glasgow, Skottland.
Registrer deg på Internett: http://www.hiv6.com/pdf/jcc103696_registration_form.pdf.

4. - 7. desember: **MEDNET 2002, 7th World Congress on the Internet in Medicine.** Amsterdam, Nederland.
Kontakt: Dr J.W. van der Slikke. Ttlf: +31-204-443-344, faks: +31-299-413-281.. E-post: info@mednet2002.org

1. - 5. desember: **8th Western Pacific Congress on Chemotherapy & Infectious Diseases**. Perth, Australia.
Kontakt: C/-ICMS Pty Ltd, 84 Queensbridge Street, Southbank VIC 3006 Australia. Tlf. +61-396-820-244, Faks: +61-396-820-288. E-post: wpccid@icms.com.au

5. - 6. desember: **Nosocomial Infection Control.** Madison, Wisconsin, USA.
Kontakt: Cathy Means. Tlf: +608-263-6637, faks: +608-262-842.
E-post: cjmeans@facstaff.wisc.edu

2003

6. - 10. april: **11th International Symposium on Viral Hepatitis & Liver Diseases.** Sydney, Australia.
Kontakt: Symposium Organiser, tlf: +61-292-622-277, faks: +61-292-623-135.
E-post: enquiry@tourhosts.com.au

9.- 11. april: **21st Annual Meeting of the European Society for Paediatric Infectious Diseases.** Sicilia, Italia.
Kontakt: Kenes International, 17 Rue du Cendrier, PO Box 1726, CH-1211 Geneva 1, Switzerland. Tlf: +41-229-080-488, faks: +41-227-322-850. E-post: espid2003@kenes.com

10. - 13. mai: **13th European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases.** Glasgow, Skottland.
Kontakt: ECCMID Executive Office, c/o AKM Congress Service, P.O. Box CH-4005 Basel/Switzerland. Tlf: +41-616-867-711, faks: +41-616-867-788. E-post: info@akm.ch

ADVANCING HIV CARE

GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline
Postboks 4312 Nydalen, 0402 Oslo
Telefon: 22 58 20 00 Telefax: 22 58 20 03
www.gsk.no

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 Lægeforening". Tidskriftnavn forkortes som angitt i "Index Medicus".

Doktorgradsreferat kan være på 1 til 1/2 side enkel linjeavstand. Referatet skal inneholde:
1) Overskrift = doktorgradens tittel, 2) doktorandens navn, aktuelle adresse og institusjonen hvor arbeidet er utført, 3) universitetet hvor disputasen er holdt og navn påopponent(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 tidskrift 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 èn 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

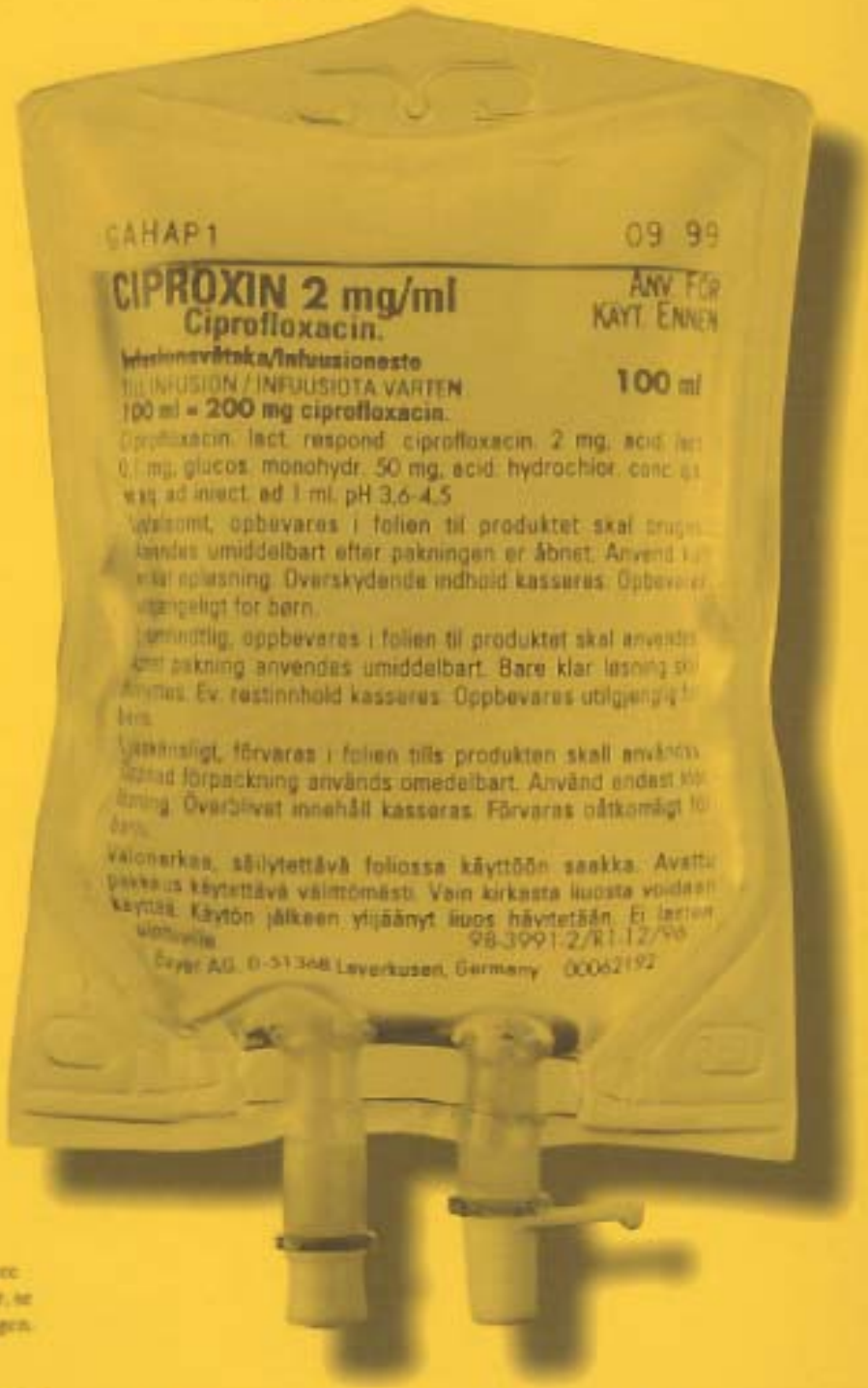
Vi er takknemlige for bidrag i form av annonser i "*pest-POSTEN*". Bladet blir trykket i et opplag på ca. 300 og distribuert gratis til alle medlemmer av Norsk Forening for Infeksjonsmedisin.

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 omslagside). 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.

Ciproxin®

Ciprofloxacin



For ytterligere opplysninger, se Felleskatalogen.

Bayer

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