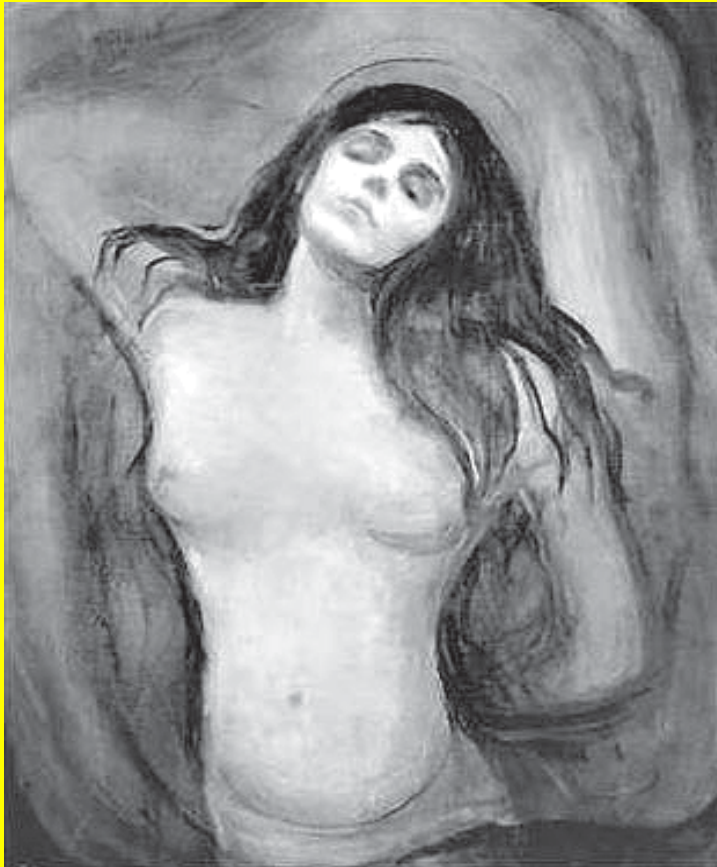


pest-POSTEN

Nr. 2&3, 2003 - 9. årgang



**MEDLEMSBLAD FOR
NORSK FORENING FOR INFEKSJONSMEDISIN**

REDAKSJONEN :**- Ansvarlig redaktør :****Oddbjørn Brubakk**

Infeksjonsmedisinsk avdeling,
Ullevål Universitetssykehus

- Medredaktør :**Jan Erik Berdal**

Medisinsk avdeling,
Akershus Universitetssykehus

- Redaksjonssekretær :**Jon Birger Haug**

Medisinsk avdeling,
Sykehuset Østfold Fredrikstad

- Annonsejef :**Eivind Ragnhildstveit**

Mikrobiologisk avdeling,
Sykehuset Østfold Fredrikstad

- Øvrige medarbeidere :**Faglig medarbeider -****Arild Mæland**

Infeksjonsmedisinsk avdeling,
Ullevål Universitetssykehus

Ansvarlig diktpalten -**Bjørn Myrvang**

Infeksjonsmedisinsk avdeling,
Ullevål Universitetssykehus

INNHold :

Redaksjonelt	s. 4
Inf.forum Øst-Norge	s. 7
pest-POSTEN gratulerer	s. 10
Høstens stipender	s. 11
Høstmøtet 2003	s. 13
Vårmøtet 2003 - bilder	s. 16
Inf.forum Nord-Norge	s. 17
Vårmøtet NFIM/NFMM	s. 24
Inf.forum Vest-Norge	s. 29
Minneord Martin Wood	s. 30
Styret i NFIM 2003/2004	s. 31
Diktpalten	s. 32
21th SSAC meeting 2004	s. 33
Ne Sutor Ultra Crepidam	s. 34
Kurs i parasittologi og tropesykdommer	s. 35
Minneord Carlo Urbani	s. 36
E-postadresser 1.10.03	s. 39
Kongresser og møter	s. 41
Veiledning for forfattere og annonsører	s. 43

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

Adresse: Oddbjørn Brubakk,
Infeksjonsmedisinsk avd.,
Ullevål Universitetssykehus
0407 Oslo

Telefon: 22111904**Telefax:** 22119181**E-mail:** jobhaug@broadpark.no

ISSN: 080 - 2510

**Forsiden: «Madonna»
E Munch, 1894/95**

REDAKSJONELT

sars-POSTEN, pest-SARS

Leideren spør misse, fra Alsted.



Det ble altså ikke den tidligere hersker i Bagdad som skulle sette infeksjonssykdommer i fokus de første måneder av dette året. Trass i iherdig leting fant man verken tegn til anthrax, koppevirus eller annet som kunne være biologiske masseødeleggende.

Men begynnelsen av året skulle altså preges av et hittil ukjent coronavirus med sannsynlig utgangspunkt i Guangdong provinsen i Kina. Hvorvidt viruset stammer fra en katteart er vel fortsatt uklart, men alt tyder på at viruset har hatt sitt reservoir hos dyr.

Det er fortsatt mye som er uklart omkring sykdommen. Smittemåten er ikke helt klarlagt og både her på berget og ellers diskuteres hvor strenge forholdsregler som må tas for å hindre smitteoverføring.

Det som er helt klart er at smitten spres raskt, at mange blir syke og at dødeligheten så langt har vært i underkant av 5%.

Påfallende mange helsearbeidere har blitt smittet og to av de første som døde var leger. Vi minnes en av de, Carlo Urbani i dette nummer.

Usikkerhet preger også håndteringen av pasientene. Det anbefales full isolasjon med fortrinnsvis undertrykksisolat, noe vi i Norge ikke har for mange av så langt. Kanskje kan den nye situasjonen og helseforetagens nye smitteplaner endre på dette?

Usikkerhet preger også behandlingen av pasientene. I 15.mai nummeret av NEJM anbefales standard antibakteriell behandling for pneumoni ervervet utenfor sykehus, i tillegg til nevraminidasehemmer og ribavirin parenteralt. Dessuten corticosteroider for de med alvorligst sykdomsbilde.

Selv om sykdommen ikke så langt er påvist i Norge, er vi tvunget til å være beredt så "liten" som verden etter hvert er blitt.

Det er alltid skremmende og oppskakende når det dukker opp nye agens som gir alvorlig sykdom og død og når det råder usikkerhet om smittemåte og ingen effektiv behandling foreløpig finnes.

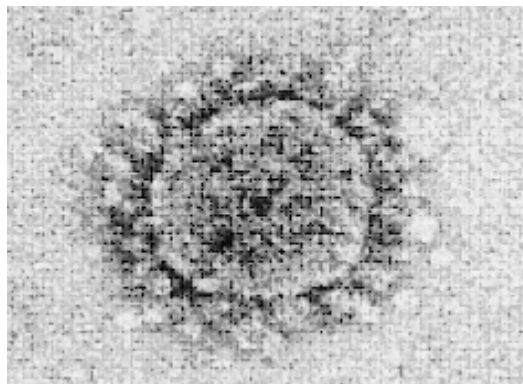
Min kollega og gode venn med kontor i samme gang, peker imidlertid på at i denne perioden på ca et halvt år hvor SARS har eksistert, har malaria tatt livet av 1,5 millioner mennesker. Årlig dør 3 millioner mennesker av en sykdom det finnes både behandling og delvis også effektiv profylakse mot. Det er en tankevekker, og "roten til alt ondt" er som vanlig at denne kloden består av en rik og en fattig verden.

Tankevekkende er også diktene til Erling Christie, en av modernistene i norsk lyrikk. Han forsvarer med glans en plass i våre spalter og vi oppfordrer leserne til å finne fram hans diktsamlinger.

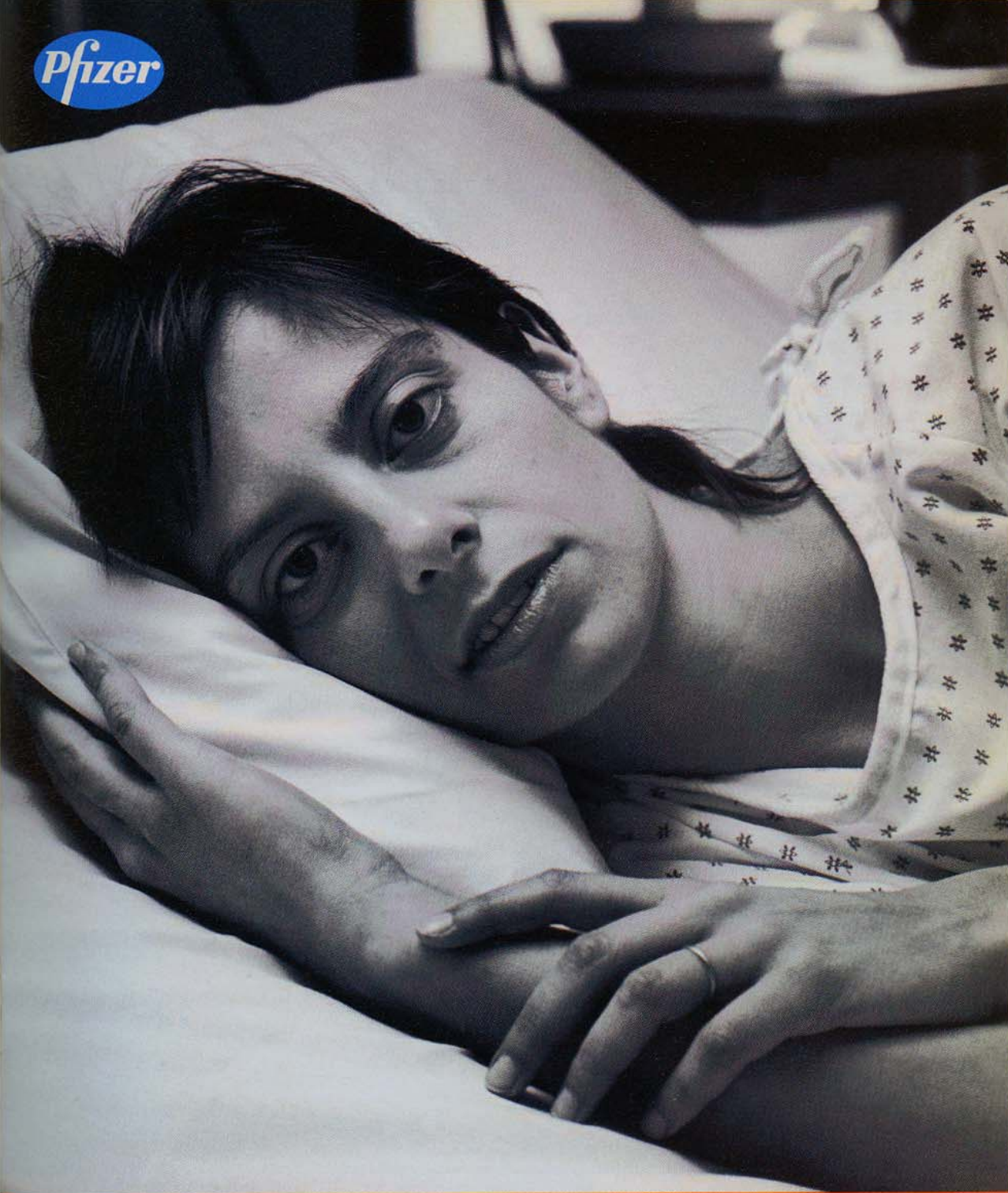
Vel overstått sommer, og fortsatt god høst til alle!

Hold ut..

Oddbjørn Brubakk



Pfizer



VFEND[®]
(voriconazole)

VIDEX^{EC}
didanosin enterokapsler



BMS  **Virology™**
 Bristol-Myers Squibb Company

Veritasveien 26, Pb. 464, 1323 Høvik
Telefon 67 55 53 50, Telefaks 67 55 53 52
www.b-ms.no

Referat fra

Infeksjonsforum Øst-Norge

*Oslo, den 20. mars 2003*Av Fredrik Müller

Infeksjonsforum Øst-Norge arrangerte den 20. mars møte om "Hva sykehushygieniske tiltak bygger på". For å sette møtets tema inn i en videre sammenheng var første sesjon viet risikovurdering, med tittel "Risikoen ved å leve".

Møtet ble kyndig ledet av Per Bjark og Even Reinertsen. Oppmøtet var godt med ca. 75 deltakere.

Gunnar Breivik fra Norges idrettshøgskole åpnet første sesjon ved å sette risikoen ved å leve inn i et idéhistorisk perspektiv. Han stilte spørsmål ved hvor mye trygghet folk egentlig ønsker og drøftet den enkeltes behov for å ta sjanser; "behovet for utfordring". Det er imidlertid viktig å skille mellom frivillig risiko og påtvunget risiko. "Å være sikkerhetsbevisst på farlige arenaer og dristig på de relativt trygge" var ett av Breiviks momenter. Han mente vi bør utvikle et samfunn med "relevant risiko", der vi tilstreber sikkerhet i tilknytning til

for eksempel biler og atomreaktorer, men mulighet for utfordring og risiko knyttet til sport og fritid.

Per Kristian Hilden fra Seksjon for medisinsk antropologi, Universitetet i Oslo holdt et engasjert og tankevekkende innlegg: "**Vett, skremsel og tillit i medisinen - smitte og annen helserisiko**". Han diskuterte "risikoepidemien" i medisinske tidsskrifter, der omtalen av temaet risiko har økt kraftig de senere år. Hilden gjennomgikk også kritisk de stadig sterkere krav til kvalitetssikring med utforming av veiledere og andre håndbøker i sykehusvesenet. Kanskje alle disse tiltakene går utover vår evne til selv å vurdere i hver enkelt situasjon?

Resten av møtet var viet sykehushygieniske problemstillinger som ble presentert dels som innlegg og dels som kasuistikker med spørsmål der salen fikk bidra med sine synspunkter. Kasuistikkene ble også kommentert av et sakkyndig panel bestående av Kjell Block Hellum, Lars Vorland, Stig Harthug og Egil Lingaas.

Den første kasuistikken omhandlet en



kvinne som var overført fra sykehus i Spania til norsk intensivavdeling der hun ble respiratorbehandlet på flersengsrom. Femte innleggelsesdag ble det i urin påvist en resistent *Klebsiella pneumoniae* som produserte betalaktamaser med utvidet spektrum (ESBL). Skulle hun isoleres? De fleste mente ja. På spørsmål om personalet skulle undersøkes ("screenes") mente de fleste nei.

Under overskriften "Romjul på medisinsk avdeling" ble et gastroenterittutbrudd drøftet. Viktige problemstillinger var hvordan et utbrudd defineres, bruk av kohortisolering og nytten av å informere lokalmiljøet rundt sykehuset, bl.a. ved samarbeid med media.

Etter disse sykehistoriene innledet **Stig Harthug** om "Tiltak for å forebygge og oppklare infeksjonsutbrudd". Tiltak basert på evidensbasert kunnskap er ønskelig, men det foreligger få kontrollerte kliniske sammenliknende studier. Mange tiltak bygger på bruk av ekspertpaneler og konsensusmøter. Kategorisering av anbefalinger fra CDC/HICPAC (Centers for Disease Control and Prevention/Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee) basert på grad av evidens ble gjennomgått. Harthug drøftet faktorer som er viktige for epidemi-utvikling. For epidemisk smitteoverføring gjelder:

R_0 (reproduksjonsraten) = A (atakkraten) x k (antall kontakter per tidsenhet) x D (sykdomsvarighet).

Ved reproduksjonsrate over 1 foreligger en epidemi, dersom $R_0 = 1$ foreligger en endemisk tilstand og ved $R_0 < 1$ vil sykdommen dø ut.

Harthug diskuterte deretter viktige momenter i tilknytning til MRSA. Hvor langvarig er smittebærertilstand? Bærertilstanden er kortvarig (uker) hos mange pasienter, men kan være langvarig hos individer med disponerende faktorer. Enkelte MRSA-stammer kan være intermitterende til stede over lang tid.

Hvor mange prøver skal tas ved MRSA-screening? Ett prøvesett fanger stort sett opp personer med MRSA. Hvor mye bedre er da to prøver (konferer gjeldende MRSA-retningslinjer)? Dersom en går ut fra at MRSA-bærerskap påvises i 0,5-2 per 1000 tester og at én neseprøve har en sensitivitet på 85% mens to prøver har en sensitivitet på 95%, vil man ved to prøver fange opp 0,5 til 2 ekstra tilfeller pr 10.000 prøver. Ved sykehus som tar 1000 MRSA-prøver per år vil det, avhengig av prevalens og sensitivitet, ta mellom 5 og 20 år å finne en ekstra MRSA-bærer ved bruk av to prøver (!).

Harthug konkluderte med at det finnes grunnleggende evidens for at sykehushygiene tiltak virker og er effektive. Videre at en i mangel av overbevisende studier nå oftere tar matematisk modellering i bruk. Endelig at regneeksempler viser at MRSA-retningslinjene på noen punkter kunne vært forenklet.

Deretter var det tid for nye kasuistikker. Fra Sykehuset i Vestfold –Tønsberg ble det referert en sykehistorie der en mann hadde fått påvist en multiresistent *Acinteobacter baumannii* etter en trafikkskade i Spania med påfølgende sykehusopphold. Isoleringstiltak og behandlingssopplegg ble beskrevet.



Hand Hygiene



En kasuistikk fra Sykehuset Innlandet HF, Gjøvik beskrev en tidligere frisk nordmann som under opphold på Filippinene utviklet en paranoid psykose og ble derfor overflyttet til psykiatrisk avdeling i Norge. På basis av slapphet, vekttap, noen ukers tørrhoste og påvisning av en fortetning i høyre overlapp ble tuberkulose mistenkt. Hvordan vurdere og sette inn tiltak før diagnosen er kjent? Luftsmitteisolasjon og bruk av P3-maske ble diskutert. Denne pasienten hadde ikke tuberkulose, men sykehistorien reiste en rekke viktige problemstillinger.

Til slutt innledet **Egil Lingaas** om ”**Håndhygiene og isolasjon – fiksjon, fakta eller holdninger**”. Som basis for god håndhygiene gikk Lingaas gjennom kunnskap knyttet til mikrobiell forurensning av hender, hvordan mikrober overlever og hvordan smittespredning skjer via hender. Håndhygiene kan utføres som håndvask (med såpe eller tensid, evt med tillegg av antimikrobielt stoff) eller som hånddesinfeksjon (med alkohol eller med andre antimikrobielle stoffer). Når det gjelder reduksjon av midlertidig bakterieflora synes alkoholbasert hånddesinfeksjon å være bedre enn antiseptisk vask som igjen er bedre enn vask med såpe og vann. Resistensutvikling overfor antiseptika kan være et problem. Det er dokumentert for bl.a. triklosan, men ikke for klorheksidin. Håndhygiene påvirker huden, bl a var det vist at bruk av ulike tensider kunne gi skader av hud som

tilhelte først etter 17 dager. Kontaktdermatitt forekommer hos 10-45% av helsepersonell og er korrelert til frekvens av hanskebruk og håndvask. Dermatitt ga økt frekvens av kolonisering med ulike bakterier.

Alkoholbasert hånddesinfeksjon gir raskere bakt-eriedrap enn andre antiseptika, er trolig mer skånsom for huden og gir ikke resistensutvikling.

Leger har i flere undersøkelser dårligere ”compliance” når det gjelder håndhygiene enn annet helsepersonell, men intervensjon i ulike former kan gi bedring (!).

For en rasjonell bruk av isolasjonsregimer kreves innsikt i hvordan smittestoffene spres. Luftbåren smitte skyldes enten dråpekjerner eller støvpartikler. Dråpekjerner stammer vanligvis fra luftveiene og er et resultat av aerosoldannelse der små dråper slynges ut og raskt fordampes. Spredningspotensialet er avhengig av dråpekjernenes størrelse. Det er særlig partikler med diameter under 5 µm som når alveolene. De viktigste agens som smitter via dråpekjerner er mykobakterier, varicella-zostervirus, morbillivirus, influensavirus, *Bacillus anthracis* (og variolavirus). På bakgrunn av denne gjennomgangen drøftet Lingaas nytten av ulike typer åndrettsvern som beskyttelse mot tuberkulose

Støvpartikler, hovedsakelig fra hud, kan spre stafylokokker og streptokokker. Avslutningsvis ble betydningen av luftbåren smitte med gule stafylokokker via slike støvpartikler diskutert.



Her kunne nettopp

DU

fått spalteplass...

Meningsytring?

Interessant møtereferat?

Kulturstoff?

Fagforeningsstoff?

Kontakt redaksjonen

med bidrag,

her er døren høy

og porten ganske vid.

DEADLINE

for neste

nummer av *pest-POSTEN*

er 1. desember 2003.

Mvh.

Redaktør

Oddbjørn Brubakk

oddbjorn.brubakk@ulleval.no

Redaksjonsekretær

Jon Birger Haug

jobhaug@broadpark.no

pest - POSTEN

- gratulerer **Aksel Schreiner**, som har fått Kongens fortjenstmedalje i gull, og takker ham samtidig for hans mangeårige innsats for norsk infeksjonsmedisin

- gratulerer **Susanne Gjeruldsen** som 6. juni forsvarte sitt dr. gradsarbeid "Comprehensive outcomes in drug addicts. A study following the course of hepatitis and other conditions over 25 years"

- gratulerer **Mogens Jensenius** som 30. august forvarte sitt dr. gradsarbeid "African tick bite fever in travellers"

- gratulerer **flere kolleger** som fyller 60 år i 2003, hvilket minner oss om at en rekke overlegestillinger og flere professorater snart kommer til å bli ledige

- gratulerer **Oddbjørn Brubakk** og **Mogens Jensenius** som er tildelt årets Scheringpriser.



PÅ TIDE Å SØKE HØSTENS STIPENDIER!

Norsk forening for infeksjons medisin (NFIM) deler hvert år ut tre stipendier, delvis i samarbeid med representanter for legemiddelindustrien.

1. NFIMs fond for forskning og utvikling inntil 20 000 kr.
2. Bayer- Domagk stipend inntil 30 000 kr.
3. Abbots reisestipend for infeksjonsleger og mikrobiologer inntil 30 000 kr.

Alle søknadene vurderes av Stipendkomiteen som består av tre medlemmer med en funksjonstid på to år og som utnevnes av general-forsamlingen hvert år. Utdeling av NFIM og Bayer-Domagk stipend skjer i forbindelse med Høstmøtet 7. – 8. november 2003.

Det er ikke spesielle søknadsskjema, men ulike statutter for hvert stipend. Utdrag av statuttene er gjengitt i den videre teksten.

I følge formannen i Stipendkomiteen Johan N. Bruun kan man i år sende søknad for alle tre stipendene på en e-mail til:

j.n.bruun@ioks.uio.no innen 20. oktober 2003.

Komiteen vil gjøre en samlet vurdering.

NFIMs stipend for forskning og utvikling

Kapital: Stipendfondet er etablert etter vedtak på årsmøtet i 1987 med en grunnkapital på kr. 75.000,- avsatt av foreningen. Fondets grunnkapital kan, ved vedtak på årsmøtet, økes gjennom avsetninger fra eventuelle driftsoverskudd i foreningen, eller ved spesielle bidrag.

Formål: Foreningen utdeler etter søknad stipend til medlemmer til kartlegging, forebygging, diagnostikk eller behandling av infeksjonssykdommer. Stipendiet kan benyttes til:

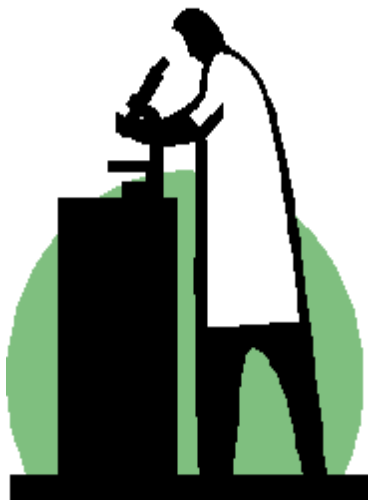
1. Forskningsprosjekter innen infeksjonsmedisin.
2. Innføring, utvikling eller forbedring av diagnostikk og/eller behandling av infeksjonssykdommer i Norge.

Søkere: Alle foreningens medlemmer kan søke stipend. Som medlem regnes i denne forbindelse leger som har betalt medlemsavgift for søknadsåret, samt foregående år.

Søknaden: Det er ikke eget søknadsskjema. Søknaden skal inneholde en beskrivelse av formål, metoder/fremgangsmåte, fremdriftsplan inkludert planlagt tidspunkt for prosjektavslutningen, spesifisert budsjett og opplysninger om eventuell økonomisk støtte fra andre.

Stipendkomite: ..Stipendkomiteen bedømmer søknader til foreningens stipend(er), inkludert eventuelle eksternt finansierte stipender eller priser i samsvar med giverens forutsetninger.

Stipendets størrelse: Stipendkomiteen avgjør til enhver tid antall stipender og deres størrelse innen den ramme årsmøtet har fastsatt. Årsmøtet 2000 bestemte at stipendet for 2001 skal være på inntil kr. 20 000.



Rapportering: Når prosjektet er avsluttet, skal det avgis en rapport, muntlig eller skriftlig, ved ett av foreningens møter eller i et nasjonalt eller internasjonalt fagtidsskrift.

Bayer Domagk stipend

Stipendet blir utdelt på Høstmøtet.

Til orientering siteres deler av statuttene:

«Stipendiet utdeles i forbindelse med NFIMs høstmøte.... Søknad må inneholde et kortfattet CV der aktiviteten de siste 3 år og annen aktivitet som er relevant for formålet med stipendiet vektlegges. Det må også oppgis hvilket fagmiljø søkeren er tilknyttet. Formålet med stipendiet (studieopphold, forskningsformål eller lignende) må beskrives (maksimalt 3 sider). Det gis ikke støtte til isolert deltakelse i kongresser»

Abbots reisestipend for infeksjonsleger og mikrobiologer

Følgende retningslinjer gjelder:

· Stipendet er begrenset oppad til kr. 30,000.- og utbetales etter bilag /reiseregning.



· Alle medlemmene av foreningene (NFIM og NFMM) kan søke.

· Stipendet kan ikke deles av flere.

· Stipendet vil bli utdelt hvert år, første gang høsten 1996.

· Stipendet skal benyttes utenfor Norge. Oppholdet skal vare minst 14 dager, og bringe ny viten/erfaring.

· Stipendet skal brukes til kompetanseheving av infeksjonsmedisinere, mikrobiologer eller leger i utdannelse, og videreføre dette til nytte for det infeksjonsmedisinske / mikrobiologiske miljø.

· Komitéen som skal gjennomgå søknadene og finne en kandidat, vil bestå av tre infeksjonsmedisinere / mikrobiologer og en sekretær for ABBOTT som vil fungere som sekretær.



Norsk indremedisinsk forenings

Høstmøte

Oslo, 6. - 8. november 2003

Radisson SAS Scandinavia hotel



Fra lederen av

Norsk indremedisinsk forening:

De siste årene er indremedisinen blitt gradvis mer spesialisert. Grenspesialitene har vokst, mens den generelle indremedisinen er svekket. Fortsatt er imidlertid en stor andel av pasientene som legges inn i indremedisinske avdelinger ”generelle” pasienter som ofte vekker liten interesse hos den spesialiserte indremedisiner. Det dreier seg for eksempel om pasienter med funksjonssvikt foranlediget av malnutrisjon og mindre infeksjoner. Den store gruppen av slagpasienter er en annen gruppe som i liten grad har fanget interesse i spesialfagene. Akuttmedisinske problemstillinger kan også falle mellom de ulike fagområdene.

Det er derfor viktig at den generelle indremedisinen er basis for alle indremedisinske fag. Så langt har de indremedisinske fag i Norge i liten grad hatt en felles møtearena. Høstmøtet i Norsk indremedisinsk forening kan være en slik møteplass. Styret i foreningen vil i kommende år ta initiativ til å utvide møtet til å bli en god møteplass for alle landets indremedisinere.

I år har Høstukekomiteén lagt opp til et spennende program med vitenskapelige presentasjoner og prisutdelinger. Grenspesialitetene stiller med godt program og gode foredragsholdere. Det ligger derfor vel til rette for at vi allerede i 2003 kan få en vellykket møteplass.

Jeg håper at avdelingsledere dette året vil prioritere møtet. Spesielt ønsker vi mange nye og unge medarbeidere velkommen.

Per Morten Sandset

Torsdag 6. november:

**Norsk indremedisinsk forenings
forskningspriser 2003**

Møterom: Norges Suiten

Tid: kl. 1300-1600

Norsk indremedisinsk forenings forskningspriser vil bli utdelt.

Prisbeløp: Inntil 50.000 NOK

De som ønsker å konkurrere om prisene bes sende oversikt over sitt arbeide i abstracts form, maks 300 ord foruten tittel på arbeidet, navn på medarbeidere og hvor arbeidet er utgått fra.

Vi anmoder spesielt grupper utenfor universitetsmiljøene å delta. Vi ønsker alle typer forskningsprosjekter, fra basale til kliniske, innen indremedisinske emner.

Arbeidene vil bli vurdert av en vitenskapelig komite nedsatt av Norsk indremedisinsk forening.

Abstract sendes som Word-vedlegg til: p.m.sandset@ioks.uio.no innen **15. oktober**.

Fredag 7. november:

«Grenforeningenes dag»

Detaljert program:

**1. Norsk gastroenterologisk
forening, Norges Suiten 1+2**

08.30 – 08.55 Overvekt- konsekvenser og intervensjonsmåter.

Overlege Vegard Nilsen, Sørlandets SH, Kristianssand.

08.55 – 09.20 Colonoskopi screening.
Ass. lege Michael Bretthauer, Rikshospitalet.

09.20 – 09.30 Benstrekk, utstillingsbesøk

09.30 – 09.55 Gastro-øsofageal reflux. Nye behandlingsmetoder.
Overlege Jan Gunnar Hatlebakk, Haukeland universitetssykehus.

09.55 – 10.25 Immunmodulerende behandling ved inflammatorisk tarmsykdom.
Professor Morten Vatn, Rikshospitalet.

**2. Norsk geriatrisk forening,
Norges Suiten 3+4**

08.30 – 08.55 Blodtrykksbehandling hos gamle.
Overlege Jan Bjørnson, Diakonhjemmet.

08.55 – 09.20 Urininkontinens etter hjerneslag- prognostisk betydning.
Forskningsstipendiat Renate Pettersen.

09.20 – 09.30 Benstrekk, utstillingsbesøk

09.30 – 09.55 Depresjon etter hjerneslag.
Ass. lege Bente Thommessen, Akershus universitetssykehus.

09.55 – 10.25 Haldol ved akutt forvirring. En systematisk Cochrane oversikt og metaanalyse.
Ass. lege Torgeir Bruun-Wyller, Aker universitetssykehus.

**3. Norsk selskap for hematologi,
Norges Suiten 1+2**

10.45 – 11.20 Diffus intravaskulær koagulasjon – nye behandlingsstrategier.
Professor Per Morten Sandset, Ullevål universitetssykehus.

11.20 – 11.55 Behandling av autoimmun hemolytisk anemi.
Avdelingsoverlege Bernt Ly, Aker universitetssykehus.

11.55 – 12.40 Lunch, utstillingsbesøk

12.40 – 13.20 Nytt behandlingsprogram for hemokromatose.
Overlege Håvar Knutsen, Akershus universitetssykehus.

**4. Norsk forening for lungemedisin
Norges Suiten 3+4**

10.45 – 11.25 Akutt lunge-embolisme.
Professor Ole Henning Skjønsberg, Ullevål universitetssykehus.

11.25 – 11.55 Moderne KOLS-behandling.

11.55 – 12.40 Lunch, utstillingsbesøk

12.40 – 13.20 Tuberkulose i Norge.
Seksjonsoverlege Ingvild Nesthus Ly, Ullevål universitetssykehus.

**5. Norsk forening for infeksjons-
medisin, i samarbeid med
"Kompetansesenter for import- og
tropesykdommer".
Norges Suiten 1+2**

13.45 – 14.15 Humant metapneumovirus.
Andreas Rathke, St. Olavs hospital.

14.15 – 14.45 Behandling av invasiv soppsykdom.
Professor Haakon Sjørnsen, Haukeland Universitetssykehus.

14.45 – 15.00 Benstrekk, utstillingsbesøk

15.00 – 15.30 Dengue-virus, klinikk og diagnostikk.
Konst. overlege Gro Njølstad, Haukeland universitetssykehus.

15.30 – 16.00 Utbrudd av mycobacterium tuberculosis i Bergen i 2003.
Overlege Sally Nordtvedt, Haukeland universitetssykehus.

**6. Norsk cardiologisk selskap
Norges Suiten 3+ 4**

13.45 – 14.15 Etablering av landsomfattende

register for hjerte- kar sykdom. Status, praktiske aspekter og brukspotensiale.
Overlege Stig Slørdal, St.Olavs hospital/ NTNU.

14.15 – 14.45 Bruk av intra-aorta ballongpumpe.
Overlege Harald Brunvand, Aust Agder sentralsykehus.

14.45 – 15.00 Benstrekk, utstillingsbesøk

15.00 – 15.30 Bør alle norske sykehus ha en hjertesviktpoliklinikk?
Seksjonsoverlege Torstein Hole,
Sentralsykehuset i Ålesund.

7. Høstmøte, Norsk endokrinologisk forening, Scandinavia Salen

14.30 – 15.10 Type 2 diabetes. Behandling med glitazoner: Erfaringer og fremtidsperspektiver.

15.10 – 15.20 Benstrekk, utstillingsbesøk

15.20 – 16.00 HRT. Finnes det lengre noen indikasjon for post – menopausal østrogen substitusjon?

Fagmøte, Norsk endokrinologisk forening, Scandinavia Salen

10.00 – 10.45 Forsinket pubertet.

10.45 – 11.30 Turners syndrom. Behandling gjennom pubertet og inn i voksenverden.
Seksjonsoverlege Kolbeinn Gudmunsson, Rikshospitalet.

11.30 – 12.15 Adrenogenitalt syndrom. Behandling gjennom pubertet og inn i voksenverden.

12.15 – 13.00 Lunch og utstillingsbesøk

13.00 – 13.30 Apetitt- og fett-regulerende hormoner.
Avdelingsoverlege Kåre Birkeland, Aker universitetssykehus.

13.30 – 14.15 Fosterliv og helse senere i livet.
Professor Tore Henriksen, Rikshospitalet.

Lørdag 9. november, 2003:

Årsmøte og nytt fra grenspesialitetene

Møteleder: Morten Mowé

Møterom: Scandinavia Salen0

09.00– 09.30 Kardiologi:

Ekkokardiografi – teknikken som revolusjonerte kardiologien.
Professor Halfdan Ihlen, Rikshospitalet.

09.30– 10.00 Geriatri:

Dagens og fremtidens diagnostikk og behandling av Alzheimers sykdom.
Professor Knut Engedal, Ullevål universitetssykehus.

10.00 – 10.10 Pause, utstillingsbesøk

10.10 – 10.55 Årsmøte, Norsk indremedisinsk forening

10.55 – 11.05 Pause, utstillingsbesøk

11.05 – 11.35 Gastroenterologi:

Levertransplantasjon i Norge.
Overlege Kristian Bjørø, Rikshospitalet.





11.35 – 12.05 Lungemedisin:

Non-invasiv ventilasjonsstøtte ved akutt respirasjonssvikt – en ny standard i behandlingen.

Overlege Ove Fondenes, Haukeland universitetssykehus.

12.05 – 12.55 Lunch, utstillingsbesøk

12.55 – 13.25 Hematologi: (??)

13.25 – 13.55 Nyremedisin:

Er det forskjell på AT-1 reseptor blokkere?
Bjarne M. Iversen, Haukeland universitetssykehus.

13.55 – 14.15 Pause, utstillingsbesøk

14.15 – 14.45 Infeksjonsmedisin:

SARS.

Overlege Arne Brandsæter, Bærum sykehus.

14.45 – 15.15 Endokrinologi:

Behandling av osteoporose med parathyroideahormon (PTH).
Seksjonsoverlege Jan Falch, Aker universitetssykehus.

15.15 Avslutning

**** _____ ****

Vår møtet NFIM / NFMM 2003
refereres på sidene 24-27 i dette nummer.

Noen ekstra bilder ble det i ettertid plass til fra dette arrangementet:

Øverst: Arrangementskomiteen (Even Reinertsen, Einar Aandahl, Ivar Jo Hagen)

Nederst: Oddbjørn Brubakk mottar Schering-prisen (senior) av Scherings representant



Referat fra

Infeksjonsforum Nord-Norge

14.-15.mars 2003

Av Liisa Mortensen og Karina Olsen

Infeksjonsforum Nord-Norge ble avholdt 14.-15.mars i Tromsø. Som alltid har vi hatt svært god hjelp av Glaxo Smith Kline ved Ole Jacob Tveitdal og Anne-Cathrine Giercksky i arrangementen av møtet. Vi takker for det.

Kjell Pedersen ved medisinsk avdeling Harstad sykehus var møteleder.

Arvid Nilsen, Hudavdelingen ved Haukeland Universitetssykehus åpnet møtet med temaet *"Tidsaktuelle aspekter ved noen seksuelt overførte sykdommer"*. Han startet med å omtale genital herpes simplex virus infeksjon.

Smittemåte:

HSV-1 smitter både non-seksuelt og seksuelt. HSV-2 smitter nesten utelukkende seksuelt.

Epidemiologi:

Kun ca 20% av HSV-2 seropositive individer vet om tidligere genital sykdom.

HSV-2 seroprevalens har i 80- og 90-årene økt de fleste steder i verden.

HSV-2 infeksjonen aktiveres hyppigst rundt 30-års alderen.

Det er en statistisk sikker sammenheng mellom HSV-2 og HIV.

Endring i forekomst av primær eller 1.episode av genital HSV-1.

Man ser en økende forekomst i de yngre aldersgrupper <30 år. Det samme gjelder økning i antall recidiverende genital HSV-1 episoder. Arvid Nilsen kommer med følgende mulige forklaringer: Relativ

økning av oralsex praksis? Reduksjon av aldersspesifikk forekomst av HSV-1 antistoffer (*Vyse AJ et al. Sex Transm Infect 2000; 76(3): 183-7*) eller andre forklaringer.

Recidiv faren er ulik for genital HSV-1 og – 2, henholdsvis 25-50% og 90%. Ved labial HSV-1 og – 2 er recidivfaren henholdsvis 50% og 4%.

Arvid Nilsen fortsatte med gonore-situasjonen i Norge. Gjennom 90-tallet har vi hatt ca 2% av det antall gonore tilfeller vi hadde på 70-tallet, og antall tilfeller ligger nå stabilt. Den dominerende gruppen smittede er heteroseksuelle menn.

Vi fikk fremlagt tall fra Haukeland Universitetssykehus (HUS) SOS pol. fra jan-97 til sept-02. I denne perioden hadde de 94 dyrkningsverifiserte tilfeller av gonore. Den viktigste gruppen smittede var heteroseksuelle menn. 39 av dem var smittet i Norge og 22 i Sørøst-Asia.

I perioden 1988-94 har det vært en jevn økning i antall penicillinase-produserende *N. gonorrhoea* (PPNG) isolater i Norge. I -94 var 30% av stammene PPNG og tallet har senere vært stabilt.

Man ser også at ca 15% av isolatene fra personer

smittet i Norge er intermediaær følsomme eller resistente for ciprofloxacin/ofloxacin. Det anbefalte regimet med ciprofloxacin vil da ikke være kurativt. For personer smittet i Sørøst-Asia vil ca 60% av isolatene være intermediaær følsomme eller resistente for disse midlene.

Arvid Nilsen gjennomgikk også ulike aspekter ved en ”miniepidemi med gonore” i Bergen i tidsrommet febr-02 til juni-02. Man hadde diagnostisert en goninfeksjon med lik og vanskelig resistensmønster hos 10 menn og 2 kvinner. Alle menn etter seksuell kontakt med en prostituert kvinne i Bergen. Et sekundærtifelle: Kvinne smittet av fast partner. Gestammene var svært resistente. Vi fikk en fin gjennomgang av en vellykket smitteoppsporing.

Arvid Nilsen fortsatte med ulike aspekter ved syfilis. Han tok opp den urovekkende situasjonen i Russland med en sterk økning i antall nye tilfeller

av syfilis utover 90-tallet. I Norge i 2001 hadde vi 64 nye tilfeller av syfilis. Tallene er stabilt lave. Siden slutten av 90-tallet har homoseksuell smitteutbredelse vært den hyppigste smitemåte i Norge.

Vi fikk tilslutt en fin gjennomgang av håndtering av ”uventet positiv syfilisserologi”. Det er ofte asylsøkere fra Afrika, Østen. Ofte lave titere, kanskje falsk pos reaksjon pga non-pallidum treponemal sykdom tidligere (Sentral-Afrika).

Det er viktig å spørre om: Har pasienten hatt syfilis tidligere? Genitalsår tidligere? Behandlet for STD med injeksjonsbehandling tidligere? Andre seksuallkontakter? Har vedkommende fått barn før/etter event. symptomer/behandling. Er det aktuelt med serologi av partner/ev barn?

Vi fikk også en gjennomgang av tolkning av syfilisserologi i relasjon til behandling.

Pia Littauer ved mikrobiologisk avdeling UNN fortsatte med temaet **”Epidemiologi og resistensforhold for Streptococcus pneumoniae”**.

Pneumokokker kan gi ulike sykdomsmanifestasjoner som meningitt, sepsis, pneumoni, otitis media, sinusitt m.fl. Personer som er spesielt utsatte er: Barn <2 år, voksne >65, personer med nedsatt immunforsvar og splenektomerte. Pia Littauer gjennomgikk hvordan resistensutviklingen for pneumokokkene har forløpet etter at penicillin ble introdusert i 1940. I 1967 fikk vi det første tilfellet av Penicillin resistente Streptokokkus pneumoniae (PRSP) og man påviste også makrolid resistente pneumokokker. I 1977 fikk man de første multiresistente pneumokokker i Sør-Amerika. Høyest resistensrate ser man i land som har en lite restriktiv antibiotika politikk.

I USA har man funnet at pneumokokker følsomme for penicillin også er følsomme for makrolider, mens 50% av PRSP også er resistente for makrolider.

COMMONWEALTH OF PENNSYLVANIA
DEPARTMENT OF HEALTH

Just A Minute!

DO YOU KNOW THAT

SYPHILIS AND **GONORRHEA**
(Blood disease — Pox) (Clap — gleet — running)

Can Kill You
Can Rob You
Can Cripple You and your (Future) Wife
Husband
Children

You get Syphilis and Gonorrhoea from
Men who are always "on the make." Women who are "easy to get."

Don't Let Them Give Their Disease to YOU

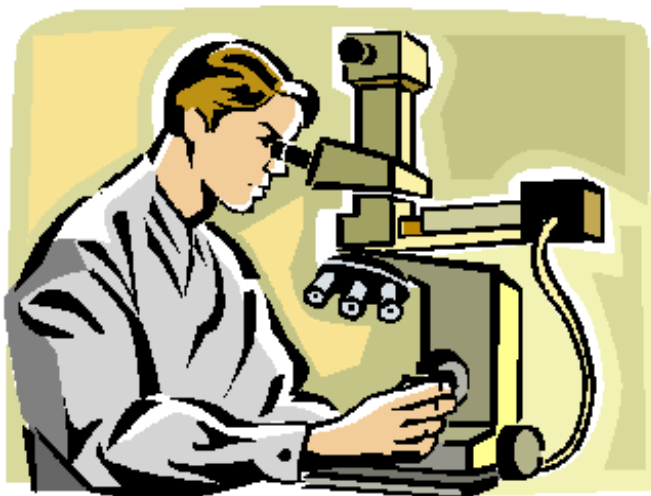
BUT:
If you ever have had "sores" or creamy discharge
OR
IF YOU DID "TAKE A CHANCE"
GO TO A GOOD DOCTOR OR CLINIC NOW!

FOR FURTHER INFORMATION
Consult Your
STATE OR LOCAL DEPARTMENT OF HEALTH

HYD-1448-10031-0-43

Det er etablert ulike overvåkningsprogrammer for antibiotika resistente mikrober. PMEN (Pneumococcal Molecular Epidemiology Network) er et overvåkningsprogram etablert i 1997 med formål og overvåke antibiotika resistente pneumokokker globalt samt klassifisere nye kloner og standardisere nomenklatur. Man kan på denne måten overvåke hvordan resistente stammer spres globalt. Et eksempel på dette er den verdensberømte klonen "Spain 23F-1-19F. Denne stammen er resistent for alle antibiotika anvendt ved behandling av luftveisinfeksjoner.

I Norge har vi fortsatt svært få tilfeller av penicillin-resistente pneumokokker med MIC verdi for penicillin >2 mikrog/ml. I 2001 var det meldt 872 tilfeller av invasiv pneumokokkinfeksjon. Kun 3 tilfeller skyldes PRSP (MSIS 2002).



Pia Littauer fortsatte med at spredning av PRSP drives frem av noen få suksessfulle kloner. Viktig motvekt er rasjonell bruk av antibiotika, overvåkning og vaksine.

Alle er mulige bærere av pneumokokker i nesa men især barn. Det er gjort flere studier på Island for å følge spredning i pediatriske avdelinger og barnehager. Insidens av PRSP på Island økte fra 0% i 88 til 19,8% i 93. Hos barn <3 år var incidensen hele 71,4%. Man fant at klonen 6B utgjorde 93 % av PRSP isolatene. Klonen var sannsynligvis

importert fra Spania. Spredningspotensialet ble stort da den kom inn i barnehager. Et høyt forbruk av Trim-sulfa på Island var også et viktig bidrag.

Avslutningsvis fikk vi en gjennomgang av utbredelsen av makrolidresistente pneumokokk-stammer i to norske materialer. I en studie var det samlet inn 494 stammer i perioden 1993-94 & 1997. Man fant 8 (0,6%) makrolidresistente stammer. I neste studie var det samlet inn data fra NORM året 2001. Det var i alt 1168 pneumokokkstammer fra luftveis- og blodkultur-isolater. Man fant 35(2,9%) makrolidresistente stammer.

Hanne Nøkleby ved Nasjonalt Folkehelseinstitutt fortsatte med temaet **"Pneumokokkvaksiner: gammel vaccine for de eldre og ny vaccine for de små"**.

Hun åpnet med spørsmålet: Hvorfor pneumokokkvaksine? Hun skisserte noen viktige grunner. Økende forekomst av pneumokokksykdom, resistensutvikling blant pneumokokker, og størst risiko for infeksjon de første leveår og ved høy alder.

Det er nå to pneumokokkvaksiner: En polysakkaridvaksine med bredt spektrum og begrensninger i effekt, samt en polysakkarid-konjugatvaksine med smalt spektrum men god effekt på de typene som inngår i vaksinen.

Pneumokokk polysakkaridvaksinen består av polysakkarid fra de 23 pneumokokktypene som hyppigst er årsaken til invasive infeksjoner. Den har **ikke** effekt hos barn <2 år. I Pneumokokk konjugat-vaksinen konjugeres pneumokokk polysakkarid til proteiner (CRM₁₉₇, tetanus- eller difteritoksoid, event. andre). Markedsført vaksine inneholder 7 serotyper (4,6B,9V,14,18C,19F,23F). Konjugeringen fører til økt effekt hos småbarn (<2 år) og "hukommelse". Vaksinen dekker 80-90% av invasive pneumokokkinfeksjoner hos små barn i USA og 60-85% hos små barn i Europa. Den dekker bare 50% av infeksjonene i aldersgruppen 5-10 år.

Vi fikk en gjennomgang av indikasjoner for

pneumokokkvaksinasjon. Er det behov for revaksinasjon? Hos personer uten milt anbefales antistoffmåling etter 3-5 år og ut fra titeret vurderes vaksinasjonsbehovet (Ca.30%). For personer med andre indikasjoner er det foreløpig ingen generell anbefaling om revaksinasjon.

Effekt av pneumokokk konjugat vaksine mot pneumoni (USA): 11% beskyttelse mot klinisk pneumoni, 33% beskyttelse mot røntgenologisk verifisert pneumoni og 73% beskyttelse mot mer alvorlige former.

Effekt mot otitt: Studier i Finland viste at vaksinen ga 6% beskyttelse mot otitt, 34% beskyttelse mot pneumokokk-otitt og 57% beskyttelse mot otitt forårsaket av serotypene i vaksinen.

Det er også påvist økning av andre pneumokokk-serotyper på slimhinnene, men ikke påvist økning av andre serotyper ved invasive infeksjoner etter at vaksinen er tatt i bruk.(Finland og Alaska).

Bare USA har tatt vaksinen i bruk i generelt vaksinasjonsprogram. Tyskland anbefaler vaksinen til barn < 2 år på samme indikasjoner som polysakkarid vaksine hos eldre barn og voksne. Finske anbefalinger er omtrent som i Tyskland.

Norske anbefalinger for pneumokokk konjugat-vaksine:

Barn < 2år uten miltfunksjon eller som er HIV positive (blå resept).

Barn < 2år med alvorlig hjerte-eller lungesykdom, som har gjennomgått invasiv infeksjon, med spinalvæskelekkasje m.m. (må betale selv).

Indikasjoner under diskusjon:

- Barn under skolealder med tilsvarende indikasjoner.
- Barn med recidiverende otitter.
- Voksne uten miltfunksjon som responderer dårlig på polysakkaridvaksinen.

Trond Flægstad ved barneavdelingen UNN fortsatte med temaet ”**Pneumokokkmeningitt**”.

Han startet med å legge fram en studie om bakteriell

meningitt ved UNN i perioden 1980-93. Studien er publisert i Acta Pædiatr 1995;84,73-5. Studien tar for seg barn fra 1mndr-15år i alt 92 pasienter med bakteriell meningitt. 45 hadde meningitt med H.influenzae, 38 hadde meningokokk meningitt, 7 hadde pneumokokk meningitt og 2 hadde andre mikrobefunn. Av de 92 barn i studien døde 4 og 14 fikk neurologiske sekveler.

Uavhengige risikofaktorer for død eller sekvele var: Symptomer > 48 timer før oppstart av behandling, krampes før innleggelsen, perifer vasokonstriksjon, leukocytter i spinalvæsken < 1000 x 10⁶/L, temp< 38 grader ved innleggelsen.

Er det nødvendig å gjøre CT cerebrum før spinalpunksjon ved meningitt? Trond Flægstad henviste til en studie i *NEJM 2001;345,1727-33*. Der er økt risiko for masseeffekt ved alder>60, immunsupprimert, CNS sykdom fra før, krampes siste uke, nedsatt bevissthet og neurologiske utfall. Hvis ingen av disse faktorer er til stede, kan pas. trolig spinalpunkteres uten CT først.

Empirisk antibiotika-valg ved meningitt hos barn > 2 mndr ved UNN er cefotaxim og penicillin G. Ved mistanke om penicillin-allergi gis cefotaxim alene. Ved mistanke om allergi mot både penicillin og cefotaxim gis kloramfenicol. Behandlingen justeres etter påvist mikrobe og resistensmønster.

Spørsmålet rundt glukokortikoider ved bakteriell meningitt ble tatt opp. Utfra tidligere studier har man kommet til at det er virksomt ved H.influenza meningitt men det har vært usikkerhet rundt effekten ved pneumokokk- eller meningokokk meningitt. Glukokortikoider brukes ellers ved høyt hjernetrykk og ved tuberkuløs meningitt.

Trond Flægstad viser til en studie i *NEJM 2002;347,1549-56*. 301 voksne pas med bakteriell meningitt ble randomisert til dexametason + antibiotika eller placebo + antibiotika (Dexametason 4mg x 4 i 4 dager). Man konkluderer med at tidlig dexametason behandling bedrer forløpet mhp sekvele og død hos voksne. Funnet var signifikant ved pneumokokkmeningitt. En svakhet med studien var at det var et lite antall pasienter med annen etiologi. Trond Flægstad stiller ut fra dette

spørsmål om glukokortikoider bør brukes generelt hos voksne og barn med bakteriell meningitt.

Avslutningsvis ble det nevnt vaksinasjon som forebyggende tiltak. Et godt eksempel på det er Hib vaksinen. Andre vaksiner som kan få betydning er pneumokokkvaksine og meningokokkvaksine?

Khaled Ruhani ved infeksjonsmedisinsk avdeling UNN fortsatte med å legge fram flere interessante kasuistikker på pasienter med pneumokokk-sykdom.

Vi avsluttet kvelden med et særdeles godt måltid på Emmas Drømmekjøkken.



Som første foredragsholder dag 2 holdt **Hanne Nøkleby** fra Nasjonalt Folkehelseinstitutt et innlegg med tittelen: **”BCG-vaksine - utgått på dato?”** I følge henne burde den gamle BCG vaksinen vært mest kontroversiell her i landet, men det er lite diskusjon i fagmiljøene. Hun snakket om at vaksineeffekten varierer betydelig i resultater fra kliniske studier: fra 80%

beskyttelse til ingen beskyttelse. Tilsynelatende har vaksinen desto dårligere effekt jo nærmere ekvator. I en stor indisk studie var det ingen (negativ!) effekt og i USA omtales vaksinen negativt.

Alle er enige om at vaksine gitt til små barn er effektiv til å forebygge de typiske småbarns formene av tuberkulose (miliær tuberkulose, tuberkuløs meningitt). De fleste bruker vaksinen i denne sammenheng.

Uenigheten gjelder effekt mot lungetuberkulose og ved bruk til større barn/voksne. I vår del av

verden har den god effekt. I kun få land er det vanlig å vaksinere ungdommer (Norge, Storbritannia). Randomiserte undersøkelser i Storbritannia viser 80% beskyttelse. Ikke randomiserte undersøkelser fra Norge har gitt lignende resultater, bl.a. sykepleierelever på 1920-tallet da tuberkulosesmitte var en stor trussel for dem.

BCG-vaksine virker dårlig i land der infeksjoner med atypiske mykobakterier forekommer hyppig. Det forekommer kryssreaksjoner mellom BCG, atypiske mykobakterier og *M.tuberculosis*. I dyreforsøk er det vist at dyr sensibilisert med andre mykobakterier blir immune mot BCG – effekten blokkeres.

BCG-vaksinen er en god spedbarnsvaksine som bør beholdes i de deler av verden der smittepresset er stort, men det trengs en ny booster-vaksine, som ikke blokkeres av andre mykobakterier til bruk hos store barn/ungdommer.

Momenter som taler for for å fortsette med BCG-vaksine (d.v.s.vaksinering i ungdomsskolen): Beskyttelsen ser ut til å vare i ca. 10 år, d.v.s. gjennom en periode hvor mange unge reiser mye også til steder med stor smitterisiko. Hvis vaksinen tas ut av vaksinasjonsprogrammet måtte den gå inn som reisevaksine – effekt forventes 8 uker etter vaksinering + 1 måned til såret gror. Dette vil neppe fungere.

Alvorlige reaksjoner er uhyre sjeldne. 30-40 vaksinerreaksjoner meldes årlig, stort sett dreier det seg om litt store og langvarige lokalreaksjoner. Her i landet er det meldt en osteitt i løpet av de siste 10 år.

Forekomsten av tuberkulose generelt og multiresistent tuberkulose øker. Spedbarn med foreldre som kommer fra land med økt forekomst av tuberkulose skal få tilbud om BCG.

Det som taler mot å fortsette med BCG-vaksine er at ressursene kunne frigjøres til annet, men BCG koster lite (ca.800 000 /år) slik at det er lite å spare hvis man ikke samtidig slutter med rutinemessig tuberkulintesting som ikke er aktuelt. Hvis en person først har respondert på BCG-vaksine (arr),

ser det ikke ut til å være noe å oppnå med revaksinasjon.

Konklusjonen blir at BCG ikke er helt utgått på dato, selv om en bedre vaksine er ønskelig.

Olaf Aleksandersen fra medisinsk avdeling, Nordlandssykehuset redegjorde for den nye *"Forskrift om tuberkulosekontroll"*, som er den eneste sykdomsspesifikke forskriften som har hjemmel i lov. Grunner til egen forskrift er økning i insidens og resistens i våre nærrområder og globalt, økning av risikogrupper (stoffmisbrukere, HIV positive), at tuberkulose krever langvarig behandling og at økende andel av pasienter med tuberkulose er født utenfor Norge noe som stiller spesielle krav til kommunikasjon mellom pasient og helsetjeneste. Dertil kommer smittefrykten for tuberkulose.

Hva er nytt i forhold til veilederen av 1996? Intensivering av den obligatoriske undersøkelsen av asylsøkere, flyktninger og utlendinger fra land med høy forekomst av tuberkulose. Folkehelseinstituttet har oversikt over hvilke land det til enhver tid er.

Nyankomne asylsøkere skal undersøkes innen 14 dager. Tuberkulose undersøkelse av sjøfolk, lærere, personer knyttet til barneomsorg og militært personell er opphevet. Rekrutter undersøkes fortsatt. Kontroll av personer som har oppholdt

seg i mer enn 3 måneder i land med høy forekomst av tuberkulose og som skal arbeide i helse- og sosialsektoren, i lærerstillinger eller i andre stillinger knyttet til barneomsorg. Obligatorisk undersøkelse av andre personer ved mistanke om tuberkulose.

DOT (direct observed treatment) innføres som prinsipp for tuberkulosebehandling.

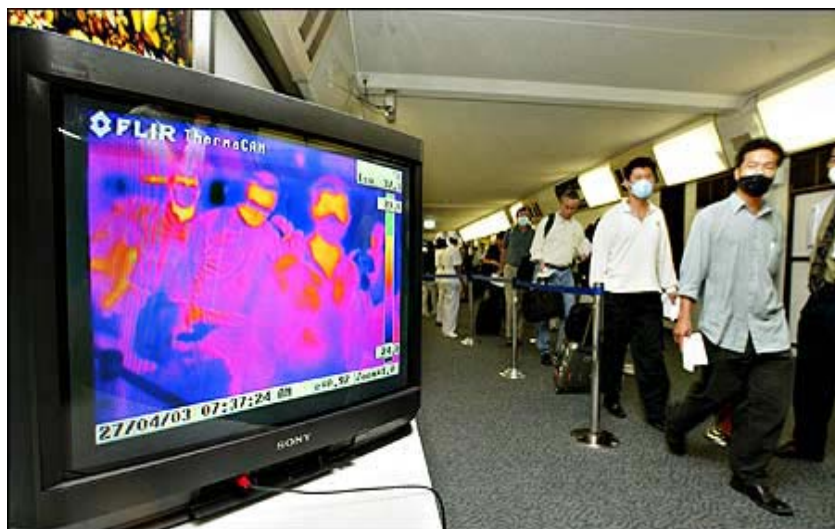
Alle kommuner og regionale helseforetak skal ha et tuberkulose kontrollprogram som skal være en del av deres smittevernplan. Økt forebyggende behandling anbefales. BCG vaksinerings av skolebarn i 12-14 års alder anbefales fortsatt men er frivillig. Nye tilfeller av tuberkulose meldes til kommunelege, Nasjonalt Folkehelseintitutt og tuberkulosekoordinator.

Det innføres skjema som skal fylles ut ved smitteoppsporing og behandling (ved 3 og 9 måneder). Tuberkulosekoordinator opprettes som bindeledd mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Tuberkulosekoordinators oppgaver er å sørge for at tuberkulose kontrollen fungerer i alle ledd, at meldinger sendes som pålagt, å overvåke forekomst av tuberkulose regionen, å innkalle til møte med pasient, spesialist og kommunehelsetjeneste ved nytt tilfelle av tuberkulose og å koordinere behandling. Videre skal hun/han koordinere forebyggende behandling og gi informasjon til befolkningen samt undervisning til helsepersonell.

Han gjennomgikk til slutt indikasjonene for forebyggende behandling og behandlingsregimer.

Dag Halvorsen fra smittevernseksjonen UNN snakket om *"Pasientbruen til utlandet - en trussel for folkehelsen?"* Stortinget bevilget 14. november 2000 en



milliard kr. til behandling av ventelistepasienter i utlandet. RTV hadde ansvar for fremdrift og pasientkontakt.

Enkelte helseinstitusjoner stilte krav om dokumentasjon av det utenlandske sykehuset, det var stort faglig/politisk engasjement, underskriftskampanjer, media var aktive, spørsmål i spørretimen på Stortinget ble stilt, mye rot i ventelister ble avdekket og enkelte fylkeskommuner boikottet hele opplegget. Noen pasienter ga glamorøse reiseskildringer fra det utenlandske sykehuset.

Det var bekymring for risikofaktorer: høy forekomst av multiresistente bakterier, epidemiske bakteriestammer”, opphold i intensivavdelinger, respiratorbehandling, bruk av bredspektrede antibiotika, lange sykehusopphold. Det var bekymring for at pasientene kom til å ta med seg resistente bakterier, særlig MRSA, VRE og gram-negative stavbakterier med betydelig resistensproblematikk. Det er tidligere importert multiresistente bakterier til norske sykehus, MRSA til Ullevål og Harstad og Acinetobacter baumannii til Haukeland.

Pasienter er sendt til Sverige, Danmark og Nord-Tyskland. Det var stor bekymring hvordan det ville gå disse pasienter og om de kom til å belegge norske sykehussenger, men de fleste pasienter ble sendt rett til hjemmet.

Utvelgelse av sykehus er meget viktig. I forbindelse med krav til dokumentasjon søkte RTV råd fra en gruppe bestående av ortoped, urolog og Stig Harthug:

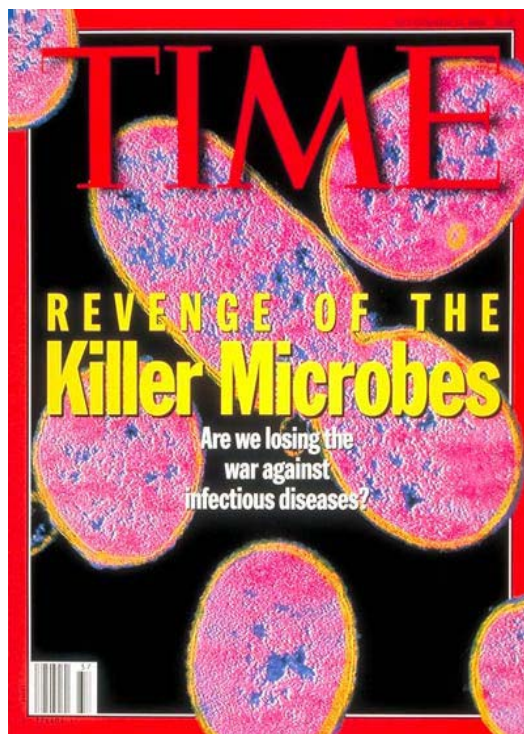
Alle sykehus skulle ha systembeskrivelse for infeksjonskontrollprogram, forebygging av kirurgiske sårinfeksjoner, systematisk infeksjons- og mikrobiologisk overvåking. Videre skulle sykehusene kunne dokumentere diverse infeksjonsepidemiologiske forhold. Ikke et eneste sykehus i Norge kommer opp til kravene som ble stilt. RTV inngår kontrakt med hver pasient. Pasienten må gå med på infeksjonstesting som en mikrobiologisk pakke Screening før utreise og etter hjemkomst. All mikrobiologisk diagnostikk er utført på St. Olavs hospital og AHUS.

Resultat på mikrobiologisk testing viste at en pas. hadde MRSA før utreise. Svar var gitt til rekvirent og RTV, men ikke gått videre. Da sykehuset i Tyskland etter hvert fikk telefonsvar fra Norge var de allerede klar over dette og hadde tatt hånd om MRSA.

Konklusjon:

Stor debatt før pasientbruen ble opprettet, men vi må innse at også andre land har god medisin. Det gode resultat er en følge av det intensive forarbeid som ble gjort. Pasientbruen slik den fungerer i dag er ingen trussel for folkehelsen, men kunne vært det ved ukritisk utvelgelse av sykehus.

*** ***



Vårmøte NFIM / NFM

Lillehammer, 12. - 13. juni 2003

Av Jon Birger Haug

«Vårens vakreste eventyr» samlet i år i nesten 70 deltaker på Lillehammer, og møtet var mesterlig regissert av en komite på to: Ivar-Jo Hagen og Even Reinertsen sørget for at så vel det faglige som det sosiale innholdet ble svært vellykket. Lillehammer Hotel og god møteledelse dannet på en utmerket måte rammen rundt et faglig interessant og variert program.



Lillehammer Hotel

I kjølvannet av SARS-epidemien var det «i-siste-liten» programmert inn to innlegg fra Folkehelseinstituttet. **Helvi Holm Samdahl** åpnet med å beskrive de mikrobiologiske aspekter ved SARS. Virus er vanskelig å dyrke i cellekulturer. Fra før finnes to kjente serogrupper med humane coronavirus, og SARS tilhører en «ny» gruppe IV men som sikkert oppstått for lenge siden. Teorien er at viruset er overført fra dyr («snikekatt») til menneske. Man vet mye om SARS-viruset, men relativt mange spørsmål gjenstår rundt smitteåtte, hvor viruset stammer fra, patogenisitet (ulikt klin. for-

løp) og ikke minst behandling. Det er langt frem til en eventuell vaksine foreligger.

Arne Broch Brantsæther er nyansatt medarbeider ved Div. for smittevern, FHI. En av hans mange gode kvaliteter er at han snakker flytende mandarin, og han var utsendt av FHI som WHO-representant til Kina i mai. Han besøkte en rekke provinser og fikk se hvordan myndighetene hadde innført svært strenge tiltak for å bekjempe SARS (fra april måned...). Imponerende var den offervilje og innsats som helsearbeidere la for dagen, likeens en utrolig rask bygging av dedikerte SARS-sykehus, hvor isoleringstiltakene (både for ansatte og pasienter) var massive. En interessant beretning fra en helt annen virkelighet enn vår. Mer står å lese i MSIS-rapport nr. 25, 2003.

Brantsæther gikk også gjennom hovedtrekk av det vi vet om smittevri, symptomer, forløp, markører for alvorlig infeksjon (alder!), og behandling (symptomatisk).

Neste sesjon var viet Cronic Fatigue Syndrome og nevrolog **Harald Nyland**, Haukeland, er utvilsomt den i Norge som har mest erfaring på dette områ-

det. Vanskelig å resymere et langt og innholdrikt foredrag, men CSF ble treffende beskrevet som uttrykk for «hjerneenergi-mangel». CFS er en eksklusjonsdiagnose, og ikke psykiatri. Fatigue Severity Scale er nyttig redskap. HjerneSPECT kan vise forandringer der MR er normal. Det er EEG-forandringer hos 30% av CFS pasienter etter mononukleose. Adferdsterapeutisk tilnærming mente Nyland er feil, og beskrev psykosomatikken som «den sorte gryte»... For en stor del er CSF trolig en infeksjonskomplikasjon (postpolio-syndrom ble fremhevet som klassisk eksempel på CFS). Halvparten oppstår «postviralt», ellers er det en hetrogen og dels ukjent samling av utløsende faktorer. Stigmatisering og mangel på trygderettigheter tross diagnose er noe disse pasientene sliter med.

Etter lunsj fulgte et minisymposium om Hepatitt C ledet av **Bjørn Myrvang**, med et panel bestående av K Bjørø, A Mæland, SA Nordbø og E Reinertsen.

Smitte i Norge i dag er hovedsakelig ved i.v. stoffmisbruk, vertikal smitte kun 5 (8) %. Ko-infeksjon med HIV gir større smitterisiko. En rekke spørsmål ble stilt panelet som i blant kunne gi entydige svar: Elektiv, men ikke ikke ø.hj. sectio er effektivt for å forebygge smitte til barnet, HCV-positive mødre kan amme. Smitterisiko ved ett aksidensielt sprøytstikk er 2-3%. Smittefare fra dialysepasienter til helsearbeidere? Nei. - Alle som tester pos. for HCV-antistoff bør få utført PCR for å påvise infeksjon. Kvantitering av virus har i dag kun en praktisk konsekvens for genotype 1 (behandlingsmål ≥ 2 log reduksjon etter 3 mnd. behandling).

Falskt pos. resultater og grenseverdier er problematiske i forhold til blodgivernekt. Screeningtester har stort sett svært høy sensitivitet og spesifisitet.

Når skal pasienter med akutt HCV gis behandling? Dette vet man ikke. Svenske anbefalinger er å behandle alle som er asymptomatisk, eller har symptomer og fortsatt er PCR-positive etter 4 mnd. Mæland anbefalte derimot en avventende holdning med tanke på et stadig bedre behandlingstilbud for disse pasientene. Årlig risiko for å utvikle levercirrhose er i Norge ca. 0,17 - 1,5% og median

tid til cirrhoseutvikling er 25-30 år.

Hva med pasienter uten «sustained response» etter behandling? Studier er underveis hvor man langtidsbehandler med lavdose Interferon. Det er for øvrig ikke noen påvist forskjell i effekt av de to typer peg-Interferon som finnes på markedet.

Mye temperatur var det rundt spørsmålet om hvor i Norge HCV PCR og genotyping bør gjennomføres. Panelet syntes stort sett å kunne enes om Oslo-Bergen-Trondheim-Tromsø.

Torsdagen ble rundet av med Pertussis. **Turid Mannsåker**, Ullevål universitetssykehus og **Pål Jenum**, Bærum sykehus, beskrev hhv. diagnostikk og epidemiologi ved tilstanden. Det ble påpekt at dyrkning har høy spesifisitet men lav sensitivitet, særlig fra 4 uker etter sykdomsdebut. En sammenlignende u.s fra Ullevål viste at hun halvparten av PCR+ også var dyrknings+. Dyrkningsprøve fra *nese* er det eneste som duger, mens for PCR er nese og hals like bra. PCR er kostbart og lite kommersialisert. Serologi er best når det tas par-prøver av pertussis-IgG som bør ha mer enn to-fold økning. Serologi utfyller dyrkning ved å være nær 100% sensitiv etter 4 ukers sykdom. - Pertussisvaksinen har full effekt ved ett-års alder, siden øker sannsynligheten for smitte for hvert år. Fra 9-10 års alder er man like utsatt for å bli syk som uvaksinerte.

Dette ble godt illustrert ved neste innlegg; en personlig beretning av barnelege **Olav Renholen**, Lillemor sykehus. Han hadde nylig vært syk med noe siom viste seg å være kikhoste. Smittekilden viste seg i ettertid uten tvil å være en 84 år gammel tante. Diagnosen ble først klar langt ute i et plagsomt sykdomsforløp, - som han beskrev med stort vidt.

Så var det Årsmøte for de respektive foreningene. NFIM sitt møte var glissent besøkt, og det som ble fattet av vedtak var stort sett nytt styre, hvor valgkomiteens innstilling ble tatt til følge (se side 31 for ny sammensetning). Noen kritiske røster mente at foreningen har gjort lite av seg i den siste tiden, og enkelte forslag til fremtidige arbeidsoppgaver og arbeidsmåte ble diskutert.

Scheringprisvinnere 2003: Brubakk & Jensenius



Årsmøtemiddagen fant sted på Kulturhuset Banken, en kort nedoverbakke fra hotellet og strålende festlokaler. Til utmerket mat og drikke ledet toastmaster Ivar-Jo Hagen oss gjennom kvelden. Høydepunktet var utdeling av Scheringprisene for senior (Oddbjørn Brubakk, Ullevål universitetssykehus) og junior (Mogens Jensenius, Aker universitetssykehus). Presentasjon av disse to (sistenevnte *in absentia*) ble gjort med humor og finesse. Brubakk for sin samlede vitenskapelige produksjon og sin markante innsats for norsk infeksjonsmedisin - Jensenius først og fremst for sine arbeider om African tick-bite fever, som han også snart skulle forsvare for doktorgraden. Kulturelt innslag var ved en fantasisk musiker som trakterte haringfele, - og hvis navn denne referent dessverre ikke merket seg.. Men han er kollega ved Lillehammer sykehus!

Oddbjørn Brubakk hadde valgt seg myalgisk encefalitt som tema for sitt Scheringpris-foredrag. Vi fikk en annen vinkling på temaet i forhold til dagen før, og Brubakk gikk bl.a. gjennom en epidemiologisk undersøkelse av pasienter med ME fra Ullevål sykehus som oppfylte både de såkalte Holmes- og Fukuda-kriteriene. 26 pasienter (9 menn) med alder gj.snitt 37.8 år og varighet 22.3 mnd (6 - 120 mnd). Han understreket at det viktigste kriteriet er en patologisk utmattelse etter anstrengelser. Det ble også foretatt dypdykk i livsforløpet til komponisten Gioacchino Rossini som brått hadde opphørt med en rikholdig produksjon, og

hvor man mente å se ME som en årsak. Selvsagt var denne delen ledsaget av vakker høreprøver på verket « Petite Messe Solenelle».

Jan Erik Berdal, Ahus, holdt et innlegg om ventilator-assosiert pneumoni (VAP) som het «Lungefortetninger og alvorlig syk pasient». Pneumoniraten øker med 6-21 x ved intubasjon. Fibronectin har en betydning i den forbindelse. VAP insidensen øker 1-3% per døgn med intubering, og VAP tilskrivbar letalitet er ca. 28%. Han tok for seg de diagnostiske vanskeligheter som finnes, og fremhevet at studier viser at

“protective brush” er mest spesifikk mens BAL er mest sensitiv. Det er gjort 15 større studier på dette feltet siden 1988, og forholdsvis ukontroversielle kriterier for vurdering av mikrobiologiske prøver foreligger. Kliniske kriterier er selvsagt vanskelige, og en “gullstandard” av type positiv histologi fra lungebiopsi blir neppe rutine ved norske intensivavdelinger. Han beskrev også en studie på VAP som er på gang ved Ahus.

En rekke frie foredrag fulgte deretter (fra nord, sør og øst), alle holdt bra kvalitet og omhandlet meningokokkB -vaksine til New Zealand (Aaberge, FHI), tidlig avsløring av Dent-o-Sept (Walberg, Asker&Bærum sh), humant metapneumovirus (Nordøy, St. Olavs Hospital), neonatal dissem. HSV-2 infeksjon (Bruu, SiV Tønsberg) og et blodkulturmateriale fra Aker sykehus (Berild).

Det vanskeligste (?) til slutt. Syfilis - kamelon-sykdommen - påtreffes oftere enn før og **Arne Martin Halsos** ved Olafia-klinikken UUS ledet oss gjennom epidemiologi og klinikk, og tok for seg de diagnostiske tester, som trolig flere enn denne referent må slå opp i tykke bøker om, når det blir aktuelt... Et rikholdig foredrag hvor i allefall undertegnede lærte mye, men som er vanskelig å referere “highlights” fra - vel fordi de kom så tett? ?

Avslutningsvis: et møte som våre gode kolleger fra Sykehuset Innlandet kan være stolte av. Takk og takk!

FIRST-CHOICE PI



FOR LONG-TERM SUCCESS

 **abbott** norge as

kaletra[®]
(lopinavir/ritonavir)



ZYVOXID™

linezolid



**ZYVOXID
600mg**



Pfizer

www.pfizer.no

Referat fra

Infeksjonsforum Vest-Norge

Av Steinar Skrede

Infeksjonsforum Vest-Norge møttes på Clarion Hotel Admiral i Bergen 28. februar 2003. Den røde tråden i programmet var zoonoser og næringsmiddelbårene infeksjoner.

Hilde Kruse, veterinær ved Norsk zoonosesenter, Veterinærinstituttet i Oslo, innledet med en oppdatering av *zoonosesituasjonen i Norge*. Norsk zoonosesenter samler, analyser og presenterer epidemiologiske data, utfører produkt-overvåkning, utarbeider zoonoserapporten årlig og koordinerer NORM-VET, optimaliserer datatilgangen og overvåker antibiotikarestistens forholdene i Norge. Zoonoser er økende i hyppighet. Dette skyldes flere faktorer: sentraliseringen av matproduksjon, nye matvaner i befolkningen, endrete demografiske forhold og kvaliteten på håndteringen av matvarer varierer. Nye reisevaner og klimaforandringer kan også påvirke utbredelsesområder av zoonoser. Kruse belyste smittemåter, patogenese, epidemiologiske utviklingstrekk og handlingsplaner for en rekke næringsmiddelbårene sykdommer.

Karin Nygård, Avdeling for infeksjonsovervåkning ved Nasjonalt folkehelseinstitutt, gikk så systematisk gjennom *oppklaring og rapportering av utbrudd av næringsmiddelbårne infeksjoner*. Analytisk epidemiologi, utbruddskaraktisering og hypotesedannelse var sentrale element.

Etter en teoretisk gjennomgang av utbruddsoppklaring, presenterte **Øystein Søbstad**, Infeksjonsforebyggende kontor i Bergen, den konkrete oppklaringen av utbrudd forårsaket av *Salmonella Typhimurium* i 2000 (-2002) i Hordaland. Sentralt i hypotesedannelsen var det store antall barn som ble smittet på et geografisk lite område i Bergen og nære omegn. Detaljerte spørreskjema ble levert familier med syke. Fellesnevneren var

tett kontakt med pinnsvin. At pinnsvin var smitekilden, ble siden sannsynliggjort ved mikrobiologisk diagnostikk.

Gro Njølstad, lege ved Virologisk seksjon, Avdeling for mikrobiologi og immunologi ved Haukeland sykehus, presenterte *virale gastroenteritter* i en forelesning der hun systematisk tok for seg patogenetiske og epidemiologiske forhold, samt presentasjon av aktuelle diagnostiske metoder. Haukeland sykehus har nylig tatt i bruk PCR diagnostikk ved Norovirusinfeksjoner.

Heinrich Kloke, Seksjon for nyresykdommer ved Medisinsk avdeling, Haukeland sykehus, fortsatte med et innlegg om *hemoytisk uremisk syndrom (HUS)*. Trombotisk mikroangiopati, arteriolefortykkelse, tap av kapillærendotel og koagulopati kan utløses av en rekke faktorer, blant dem endotoxin/Shigatoxin (Stx), immunkomplekser og medikamenter. Insidensen hos barn som utvikler HUS er lav (2/10⁵/år), omtrent halvparten vil være dialysetrengende, 3/4 transfusjonstrengende, 1/4 utvikler nevrologiske symptomer og mortaliteten er ikke veldig høy (3-5%). HUS blant voksne pasienter er i sterkere grad assosiert med Stx og mortaliteten er svært høy, omtrent 90%. Patogenesen hos barn domineres mer av glomerulær skade enn hos voksne, der vaskulære skader dominerer. Behandlingsmodaliteter som plasmaferease og kirurgiske tiltak ble diskutert.

Møtet ble rundet av med kasuistikker og en oversikt over infeksjoner etter dyrebitt. **Olav Natås**, Sentralsykehuset i Rogaland, presenterte funnet

av en non-epidemisk non-O-1/non-O-139 Vibrio cholera stamme i øresekret fra en 11 år gammel pike i Stavanger med sekretorisk otitt.

Steinar Skrede, Haukeland sykehus, presenterte så funnet av Salmonella enteritidis i aspirat fra skulderleddet hos en 62 år gammel mann som hadde vært i Spania. Pas. utviklet først en purulent artritt, senere fikk han flegmone i overarmen og lobær pneumoni. Pas. hadde ikke hatt avføringsendring. På tross av dette lot Salmonella enteritidis seg isolere fra feces flere dager ut i behandlingsforløpet. Funnet av Shigella flexneri i avføring og overraskende også i blodkultur hos en 60 år gammel, tidligere frisk, immunkompetent nordmann som hadde pådratt seg bacillær dysenteri i Brasil ble også presentert.

Lars Holst-Larsen, Fylkessykehuset i Haugesund, foreleste så over temaet *dyrebitt*. Ulike syndromer forårsaket av ulike dyrearter ble beskrevet. Deretter ble sårstell, tetanusprofylakse, postekspisjonell rabiesprofylakse (med endrete retningslinjer i Norge ved flaggermusbitt) og rasjonell (smalpektret) bruk av antibiotika diskutert.



Minneord

Mange av pest-POSTENS lesere har hatt gleden av å ha møtt eller lyttet til **Martin Wood** som døde 17. desember 2002 - 57 år gammel.

Gjennom mange år var han en av de ledende personer i britisk infeksjonsmedisin, både som tidsskriftsredaktør, kliniker, forsker og forfatter av mange publikasjoner. Han hadde vide infeksjonsmedisinske interesser, men infeksjoner i nervesystemet var hans viktigste interessefelt, og sammen med Milne Anderson skrev han i 1988 en fyldig og utmerket lærebok over dette emnet. Dessverre fikk han aldri tid til å oppdatere boka.



Han var en av initiativtakerne til «International Herpes Management Forum», og han spilte i mange år en dominerende rolle i dette forum, som foredragsholder, som møteleder, og i utarbeidelsen av retningslinjer for behandling av herpesinfeksjoner.

Alle lyttet når Martin Wood talte, fordi hans ord alltid var forankret i klare tanker og solid forskning. I en lang periode var han særlig opptatt av hvordan vi kunne gi pasienter med av herpes zoster bedre behandling, og det var også dette tema han ga en glimrende oversikt over da han i mai 1996 var invitert foredragsholder ved møtet som «Norwegian Herpes Management Forum» hadde på Holmenkollen hotell i mai 1996.

Bjørn Myrvang

Et spennende år i Bangladesh ?

Jeg er interessert i å komme i kontakt med en ung lege med interesse for infeksjonsmedisin og/eller mikrobiologi, som kan være interessert i ett års opphold ved ulike institusjoner i Bangladesh. Det dreier seg om et utvekslingsprogram hvor også NORAD og Seksjon for internasjonal helse, Universitetet i Oslo er involvert.

Bjørn Myrvang

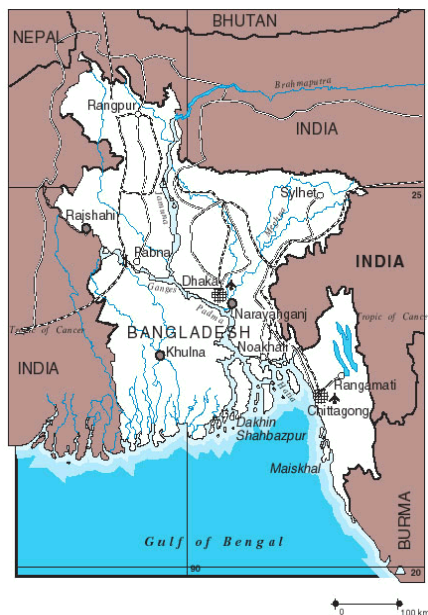
Kompetansesenter for import- og tropesykdommer

Infeksjonsmedisinsk avdeling,
Ullevål universitetssykehus

Faks: 23 01 60 20

Tlf: 22 11 90 97

E-post: bjorn.myrvang@ullevaal.no



pest-POSTEN
- for kolleger,
- fra kolleger!

Styret 2003/2004 i

Norsk forening for infeksjonsmedisin

Hovedrepresentanter:

Jan Erik Berdal,
formann

Bente Bergersen,
sekretær/kasserer

Ivar-Jo Hagen
Harald Steinum
Jon Sundal

Varamedlemmer:

Jan Bacher Christensen
Steinar Skrede

DIKTSPALTEN

Erling Christie var født i 1928 og hadde et navn som essayist og kritiker da han i 1954 debuterte som lyriker. På den tid foregikk en stor debatt om modernismen i lyrikken. Hovedkritiker var Arnulf Øverland, "det store troll i Grotten som ingenting forstod—" i følge JE Vold. André Bjerke fulgte opp og brukte Erling Christies debut samling som et avskrekkende eksempel.

Denne medarbeider er svak for hans satiriske dikt fra samlingen "Minus" og med undertittel "Personae". Men det finnes mye annet vakkert i hans dikt,- og nå snart femti år etter hans debut er det heller ikke vanskelig å akseptere formen.

BM

JULIREGN

Nu vandrer juliregnet gjennom natten
Og stilner ordene, den siste uro
I vårt hjertes landskap
Sammen hviler vi
i dette blomstermørke
hånden din i min, din ånde
mot mitt kinn på puten
lyttende til trærnes sus
røst som hvisker
sommerdrømmer når vi går
mot søvnens skoger
Alt er godt
Vi hviler i hverandre
Din ensomhet i min
Og min i din, forsonet
Mens juliregnet, tungt av stillhet
Vandrer gjennom natten.



AVANSERTURISME

Mett på mer enn femti slott
Nitti museer og hundre ruiner
(noen ganske få celebre)
Efter i fire måneder å ha trykket
Europas døde i hånden
Løfter hun trett så trett
Men enda entusiastisk sin dry Martini
Ved vindusbordet på Ritz, Savoy
-eller var det Carlton?
Og kamerablikket glimter matt,
Mot Themsens, Po
-eller var det Seinen?
Back in the States these days..
Men la oss snakke om Europa
(like råttent i Hamburg, Paris og Roma)
Hva jeg ville si:
Charmerende - absolutt. Jeg sier
Europa er meget malerisk
I sitt forfall.

LITTERATMEDESKORTE

Litteraten

så trett så trett

avskyr vulgariteten:

I dette land

Hvor folk i det store og hele

Er idioter...

(jeg taler om folk)

I dette land...

Hans venn (av eliten)

Er stort sett enig

At egentlig er ikke noe

Umaken verdt.

FORSKEREN

Dosenten

(med noe som ligner begeistring)

Du husker trolig min analyse

I Humanistisk Tenkning

(årgang seksti, hefte fem)

hvor jeg beviste...

Et øyeblikk står jorden

pietetsfullt stille.

«21th SSAC meeting» i Oslo 2004

Etter at de to siste SSAC møtene har vært holdt i henholdsvis Trondheim og Bergen er det denne gang Oslo som skal arrangere møtet.

En komitè sammensatt av medlemmer fra flere institusjoner i Oslo og omegn er etablert og allerede i full gang med planleggingen.

Møtet skal arrangeres fra 3. til 5. september og møtested blir Hotell Bristol. Tidspunktet er valgt med håp om å kunne vise fram Oslo i sensommerprakt og vi vet at Bristol vil gi en intim og prektig ramme omkring møtet.

På møtet sist høst i Turku hadde finnene mobilisert kraftig med imponerende mange deltagere og mange videnskaplige innslag.

Vi håper at SSAC møtet i Oslo kan bli en mønstring av norsk videnskaplig aktivitet innen fagfeltet. Først og fremst er det den en flott anledning for unge forskere å legge fram sine resultatet på engelsk for en vennligsinnet, men likevel kritisk forsamling med høy faglig kompetanse.

Merk av datoen for møtet og begynn å tenke på hva som kan presenteres på møtet. Det meste innen fagfeltet infeksjonssykdommer, mikrobiologi og antimikrobiell behandling kan være tema for innlegg.

Vi ses i Oslo i september 2004!

For komitèen: OB

Ne sutor ultra crepidam

Bokhøsten 2002 var mangslungen, og en av bøkene vi åpnet med den største interesse var "Epidemier - en natur og kulturhistorie" forfattet av antropolog og psykolog Jan Brøgger sr (1). Hva kunne Brøgger avsløre av nye historiske godbiter? I forordet leste vi takksigelser til bl.a. Kåre Willoch og en lang rekke medisinske kapasiteter i inn - og utland.

Vi valgte å starte med tuberkulose, og ble kanskje litt overrasket over at Brøgger betegner sykdommen "den hvite pest". Vi leser med interessert godvilje videre, men sperrer snart øynene opp når avsnittet "Tuberkulose og romantikk" innledes med følgende: ***"Tre store britiske diktere: Lord Byron (1788-1824), Percy Bysshe Shelley (1782-1822) og John Keats (1795-1821) ble alle ofre for den snikende pesten"***.

Jaså ble de det? Selvsagt kjenner vi til at John Keats døde av tuberkulose i Roma etter sannsynligvis å ha bli smittet av broren Tom, som døde da brødrene bodde sammen på Hampsted i London (2). Men Shelley og Byron, de to andre av de "tre unge døde", ble de ofre for Brøggers snikende hvite pest?

Ingen av dem døde i alle fall av tuberkulose. Riktignok døde Byron antakelig av en infeksjonssykdom, og både pneumoni, giktfeber og malaria har vært nevnt (3,4), men det er også hevdet at legemishandling med årelating og blodigler bidro til døden (4). Nordahl Grieg nevner i sin bok om de "tre unge døde" at Shelley kan ha hatt tuberkulose i (5), mens André Maurois skriver intet i sin biografi om hans lungesykdom (6). Og livet tok slutt da Shelley ble offer for storm og uvær under seiltur med "Ariel" på vestkysten av Italia (6).

Ja – ja. Litt unøyaktigheter må man kanskje godta når en psykolog/ antropolog gjester vårt fag. Fortsatt med godviljen i behold, slår vi opp på den andre viktige mykobakteriesykdommen, lepra. Der forteller forfatteren om sitt første møte med en leprapasient hvor han ærlig avslører hvor umodent og merkelig en norsk antropolog/psykolog kan oppføre seg når han kommer utenfor den trygge norske andedam. Og så avslutter han avsnittet med belærende å opplyse at lepra er en av de minst smittsomme sykdommer vi har. Tja. Noen former for lepra er lite smittsomme, fordi pasientene knapt har noen basiller å dele med andre. Men ubehandlede lepromatøse pasienter sprer om seg med milliarder av basiller, og det fører til at de fleste som arbeider med leprapasienter eller bor sammen med ubehandlede pasienter, blir smittet (7). Heldigvis er det svært få av dem som smittes, som utvikler sykdom, og i så måte er forholdene som ved tuberkulose.



Byron



Shelley



Keats

Men ingen av sykdommene kan av den grunn sies å være lite smittsomme! Avslutningsvis forteller Brøgger at lepra fortsatt er en utbredt folkesykdom, *særlig i Afrika*. Faktum er imidlertid at den store majoritet (90%) av dagens leprapasienter finnes i India og andre asiatiske land, samt i Brasil (8).

Det ryktes at det er trangt om spalteplassen i Pestposten, og vi avstår derfor i denne omgang fra videre gjennomgang av Brøggers bidrag til medisinsens historie. Men vi har gløttet i andre kapitler og vil vurdere å fortsette vår anmeldelse i kommende nummer. Vi fristes imidlertid allerede i dette stadium av lesningen til å minnes og sitere den greske maleren Apelles som brukte uttrykket "ne sutor ultra crepidam" (skomaker bli ved din lest), da en skomaker hadde sterke meninger om hvordan Apelles malte en fot.

Vennlig hilsen

Tre halvgamle levende

Oddbjørn Brubakk

Bent von der Lippe

Bjørn Myrvang

Litteratur:

1. Jan Brøgger sr. Epidemier. En natur- og kulturhistorie. N.W.Damm & Søn, Oslo 2002.
2. Robert Gittings. John Keats. Penguin Books, London 2000.
3. André Maurois. Lord Byron. Gyldendal Norsk forlag, Oslo 1930.
4. Lord Byron. Childe Harolds pilgrimsferd. Gjendiktning ved Geir Uthaug. Bokvennen. Oslo 1999.
5. Nordahl Grieg. De unge døde. Gyldendal Norsk forlag. Oslo 1932.
6. André Maurois. Ariel eller Shelleys liv. H. Aschehoug & Co. Oslo 1924
7. Tore Godal & Kesete Negassi. Subclinical infection in leprosy. Brit Med J 1973; iii : 557-9.
8. World Health Organization. Leprosy: global situation. Weekly Epidemiological Rec 2000; 75: 226-231.

Skal du bli spesialist i infeksjonssykdommer ?

Kurs i tropesykdommer og kurs i parasittologi er blant de obligatoriske kurs som kommende spesialister må gjennom. Hvilke kurs som godkjennes her til lands, er det opptil spesialitetskomiteén å avgjøre. Ved Ullevål universitetssykehus har vi hvert år i 30 år arrangert kurs i de aktuelle emnene. Fordi det har vært en del forespørsler om når kursene arrangeres, vil jeg opplyse om at lista for de kommende år er som følger:

16. - 20.2 - 2004 : Tropesykdommer

2005 (vinter): Parasittologisk diagnostikk

2006 (vinter): Tropesykdommer

Ved Haukeland universitetssykehus ble det i september 2003 arrangert kurs i "Internasjonal infeksjonsmedisin", som på mange måter vil tilsvare Oslo-kurset i tropesykdommer. I 2004 er det planen at det i Bergen vil bli arrangert kurs i parasittologi. Slik vil det antakelig hvert år, Oslo og Bergen sett under ett, bli holdt kurs både i tropesykdommer/internasjonal infeksjonsmedisin og i parasittologi.

Bjørn Myrvang





Minneord

Carlo Urbani 1956 -2003

Vi har lest om kolleger som i eldre tider døde av infeksjoner de forsøkte å få økte kunnskaper om eller ville bekjempe. Nå har vi erfart at det også kan skje i vår tid. Carlo Urbani døde av SARS 29. mars i år – 46 år gammel. Han ble smittet under arbeid med SARS-pasienter i Hanoi, hvor han var stasjonert som WHO-ansatt. Men han ble syk og døde i Bangkok, hvortil han dro for å delta på et medisinsk møte.

Carlo Urbani var i hele sitt yrkesaktive liv sterkt opptatt av medisinske problemer i u-land. Selv om han hadde et bredt interesseområde, ble utrydding og kontroll av helmintoser i mange år hans viktigste arbeidsområde. Han ledet omfattende schistosomiasis-prosjekter i Mauritania og sto i spissen for kampen mot hakeormproblemer på Maldivene. Seinere ble han engasjert av ”Leger uten grenser” og WHO og arbeidet i en lang periode med utrydding av schistosomiasis i Mekong-deltaet i Kambodia, samtidig som han også gjorde en viktig innsats i kartlegging, forebygging og behandling av matbårne trematodeinfeksjoner.

Carlo Urbani var sterkt engasjert i ”Leger uten grenser”, og la gjennom mange år ned en stor innsats for organisasjonen, både internasjonalt og i heimlandet Italia. Og da organisasjonen høsten 1999 ble tildelt Nobels fredspris, var han på plass i Oslo som en av organisasjonens representanter.

Mange rosende adjektiver er brukt i minneord som er spredd verden over etter Carlo Urbanis død. Hans arbeidskraft og hans engasjement for å løse medisinske problemer i u-land er blitt sterkt understreket, men også hans generøsitet, hans mot og hans altruisme er blitt påpekt av venner og kolleger. Da hans kone utrykte angst for at han kunne bli smittet da han arbeidet blant SARS-pasienter, skal han ha uttalt følgende: ”If I cannot work in such situations, what am I here for; answering e-mails, going to cocktails and pushing papers?” Vi skal respektere og forstå hans holdning, for verden (og også Norge) har mange nok byråkrater, som tror de kan sitte på kontorer å løse helseproblemer. Men dessverre, i krigen mot mikroorganismer kan det også hende at ”det er de beste som dør”.

Bjørn Myrvang

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 renset, inaktivert hepatitt A-virus og renset 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 langtidbeskyttelse 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 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 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 utbli 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/Amming: 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 deltoidemuskelområdet 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 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 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 beskyttelseffekt. 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 primærvaksinasjon. Antistofftiter mot hepatitt A kan testes regelmessig hos individer som er spesielt utsatt for smittefare og passende booster doser gis når titrene ligger under minstenivåer. Til pasienter med trombocytopeni eller blødningssykdommer 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

E-post adresser pr. 01.10.2003

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 Broch Brantsæter	Div. for smittevern, FHI	arne.broch.brantsaeter@fhi.no
Oddbjørn Brubakk	Infeksjonsmed. avd., Ullevål sh	oddbjorn.brubakk@ulleva.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@ulleva.no
Kåre Bergh	Avd. for mikrobiologi, RiT	kare.bergh@medisin.ntnu.no
Tor Einar Calisch	Barneintensiv avd., Ullevål sh.	toreinar.calisch@ulleva.no
Julia Chelsom	Med. avd., Haraldsplass	juch@haraldsplass.no
Andreas Christensen	Mikrobiol. avd., St.Olavs hospital	andreas.christensen@stolav.no
Jan Bacher Christensen	Med. avd., Univ.sh. i Nord-Norge	jan.bacher.christensen@unn.no
Peter Csango	Mikrobiol. avd., Sørlandssh.	peter.csango@sshf.no
Miklos Degre	Mikrobiologisk institutt, RH	degre@rh.uio.no
Oona Dunlop	Infeksjonsmed. avd., Ullevål sh	oona.dunlop@ulleva.no
Eigill Eide	Med. avd. Ssh i Møre&Romsdal	eigill.eide@smr.no
Knut Fredriksen	Anestesiavd., Univ.sh. i Nord-Norge	knut.fredriksen@unn.no
Oddvar Frøholm	Avd.for bakteriologi, FHI	oddvar.froholm@fhi.no
Svein G. Gundersen	Med.avd., Sørlandssh.	svein.gunnar.gundersen@sshf.no
Tore Jarl Gutteberg	Mikrobiol.avd., Univ.sh. i Nord-Norge	tore.jarl.gutteberg@unn.no
Ivar Jo Hagen	Med. avd., Sh Innlandet Lillehammer	ivar.jo.hagen@sykehuset-innlandet.no
Alfred Halstensen	Inst. for indremedisin, UiB	alfred.halstensen@medb.uib.no
Stig Harthug	Avd. for sykehushyg. Haukeland	stig.harthug@helse-bergen.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@ulleva.no
Reidar Hjetland	Mikrobiologisk avd., ssh i S & Fj.	reidar.hjetland@helse-forde.no
Terje Hoel	Smitteverno.l. for Oslo, Ullevål sh	terje.hoel@ulleva.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 ssh	gunnar.hopen@tss.telemax.no
Berit Hovig	Bakt. institutt, Rikshospitalet	berit.hovig@labmed.uio.no
Dag Hvidsten	Mikrobiologisk avd., UNN	dag.hvidsten@unn.no
Bjørn Iversen	BAFI, Folkehelseinstituttet	bjorn.iversen@fhi.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@ulleva.no
Claus Klingenberg	Barneavd., Univ.sh. i Nord-Norge	claus.klingenberg@unn.no
Ulf E. Kongsgaard	Anestesi/intensivavd., DNR	u.e.kongsgaard@klinmed.uio.no
Bjørn Erik Kristiansen	Telelab, Skien	bjorneri@online.no

Aud O. Krook	MARIO-senteret, Oslo	aud.krook@rme.oslo.kommune.no
Dag Kvale	Med. avd. A, Rikshospitalet	dag.kvale@klinmed.uio.no
Nina Langeland	Med. avd., Haukeland sykehus	nina.langeland@haukeland.no
Lars Holst Larsen	Med. avd., Fylkesh. 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@fhi.no
Turid Mannsåker	Mikrobiologisk avd., Ullevål sh	turid.mannsaker@ulleval.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., Nordlandssh	liisa.mortensen@nordlandssykehuset.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.aeland@ulleval.no (arb)
Svein A. Nordbo	Avd. for mikrobiologi, RiT	Svein.A.Nordbo@medisin.ntnu.no
Ingvild Nordøy	Inst. for mikrobiologi., Rikshosp.	ingvild.nordoy@rikshospitalet.no
Aira Nurminen-Bucher	Med. avd., Bærum sykehus	abucher@chello.no
Are Næss	Inst. for indremedisin, UiB	are.nass@med.uib.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
Even Reinertsen	Medisinsk avd., Sh Innlandet Gjøvik	even.reinertsen@sykehuset-innlandet.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
Bård Røsek	Kir. avdeling, Sh Innlandet-Hamar	mvfbr@online.no
Helvi Holm Samdal	Avd. for virologi, Folkehelseinst.	helvi.holm.samdahl@fhi.no
Synne Sandbu	Avd. for vaksine, Folkehelseinst.	synne.sandbu@fhi.no
Rolf Arne Sandnes	Avd. for mikrobiol., Sh Innlandet	rolf-arne.sandnes@sihf.no
Per Sandven	Avd. for bakt., Folkehelseinstituttet	per.sandven@fhi.no
Aksel Schreiner	Inst. for indremedisin, UiB	aksel.h.schreiner@hspost.no
Haakon Sjørnsen	Med. avd., Haukeland sykehus	haakon.sjorsen@helse-bergen.no
Tone Skarpaas	Mikrobiol. avd., Vest-Ager ssh	tone.skarpaas@vas.no
Steinar Skrede	Med. avd., Haukeland sykehus	steinar.skrede@helse-bergen.no
Martin Steinbakk	Mikrobiologisk avd., Ahus ush	martin.steinbakk@ahus.no
Arnfinn Sundsfjord	Mikrobiologisk avd. RiTø	arnfinns@fagmed.uit.no
Björg Sørensen	Med. avd., Fsh. i Molde	bjorg.sorensen@fsm.mr-fylke.org
Dag Torfoss	Det norske Radiumhospital	dag.torfoss@klinmed.uio.no
Yngvar Tveten	Telelab, Skien	yngvar.tveten@telelab.no
Stein Lund-Tønnesen	Medisinsk avd., Haukeland sh	stein.lund.tonnesen@helse-bergen.no
Einar Vik	Mikrobiologisk avd., Fsh i Molde	einar.vik@fsm.mr-fylke.org
Rolf Walstad	Medisinsk avd., St. Olavs hospital	rolf.walstad@ntnu.no
Ivar Ørstavik	Avd. for virologi, Folkehelseinst.	ivar.orstavik@fhi.no
Einar Aandahl	Avd. for mikrobiol., Sh Innlandet	einar.aandahl@sykehuset-innlandet.no

Kongresser og møter

2003

24. - 26. oktober: **20th Annual Meeting of the Scandinavian Society for Antimicrobial Chemotherapy.** Odense, Danmark. - Kontakt: KongresBureau Fyn, Sivmosevænget 4, DK 5260 Odense, Danmark. Tlf: +45-6612-7530, faks: +45-6612-7538, E-mail: kongresbureaufyn@fyntour.dk

9. - 12. november: **4th International Antiviral Symposium and Workshop.** Antalya, Tyrkia. - Kontakt: Mithat BOZDAYI. Tlf: +90-3-124-475-760, faks: 90-3-124-469-899 E-Mail: bilgi@dias.com.tr

9. - 12. november: **4th Congress of the International Federation of Infection Control.** St. Julians, Malta. - Kontakt: Infection Control Unit. Tlf: +35-621-235-447, faks: + 35-621-235-447, E-Mail: infection.control@gov.mt

28. - 30. november: **European Conference on Antimicrobial Resistance.** Roma, Italia. - Kontakt: ESCMID Executive Office, Clarastrasse 57, PO Box 6, CH-4005 Basel, Sveits. Tlf: +41-616-867-799, faks: 41-616-867-798, E-Mail: info@escmid.org

2004

23. - 24. januar: **Hepatitis B&C - Two Days Conference.** Aten, Grekenland. - Kontakt: Tonia Epifani. Tlf: +30-2-106-984-291, faks: 30-2-106-984-294, E-Mail: tnt@tnt-executive.gr

27. - 29. februar: **11th Annual Meeting of the International Herpes Management Forum (IHMF).** Amsterdam, Nederland. - Kontakt: Carrie Buckler. Tlf: + 44-1-903-288-102, faks: + 44-1-903-520-077, E-Mail: cbuckler@hbase.com

1. - 4. mai: **14th European Congress of Clinical Microbiology & Infectious Diseases.** Praha, Tsjekkia. - Kontakt: ESCMID-Executive Office, PO Box 6, CH-4005 Basel, Sveits. Tlf: +41-616-867-799, faks: + 41-616-867-798, E-Mail: escmid-eo@escmid.org

9. - 11. mai: **The 4th Scandinavian Forum for Travel Medicine.** Stockholm, Sverige. - Kontakt: Stockholm Convention Bureau, PO Box 6911, SE 102 39 Stockholm, Sverige. Tlf: +46-8-5465-1500, faks: +46-8-5465-1599, E-mail: stocon@stocon.se

14. - 18. juni: **7th International Congress on Drug Therapy in HIV Infection.** Glasgow, Skottland. - Kontakt: The Gardiner-Caldwell Group Ltd, part of The Thomson Corporation, Peakside House, Alder Court, Tytherington Business Park, Tytherington, Cheshire SK10 2XG, UK. Tlf: +44-0-1-625-511-953, faks: +44-0-1-625-511-924, E-Mail: hiv6@gardiner-caldwell.com

3. - 5. september: **21th Annual Meeting of the Scandinavian Society for Antimicrobial Chemotherapy.** Oslo, Norge. (- Se side 33 i dette nummer av *pest-POSTEN*.)

30. oktober - 2. november: **44th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy.** Washington, USA. - Kontakt: American Society for Microbiology, 1752 N Street, NW Washington, DC, 20036-2904 USA. Tlf: +1-202-737-3600, E-mail: ICAAC@asmusa.org

2005

2. - 5. april: **15th European Congress of Clinical Microbiology & Infectious Diseases.** København, Danmark. - Kontakt: ESCMID-Executive Office, PO Box 6, CH-4005 Basel, Sveits. Adr/tlf: se 1.4.04.

VALTREX™

VALACICLOVIR



GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline

Postboks 4312 Nydalen, 0402 Oslo

Telefon: 22 58 20 00 Telfaks: 22 58 20 04

www.gsk.no

VEILEDNING FOR FORFATTERE

Artikler og andre bidrag til «*pest-POSTEN*» skal sendes til ansvarlig redaktør eller redaksjonssekretæren. Manuskriptene ønskes levert i tekstbehandlings-format (Word 6.0 versjon eller høyere), eller skrevet i DOS (ASCII) format. Bruk så lite redigeringskoder og spesialtegn som mulig. Helst ønskes bidrag levert per E-post eller på diskett. 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 kan være i farge eller sort-hvitt. Tilsendt grafikk bør være i format .tiff eller .jpeg. Papirkopier kan sendes for scanning av redaksjonen, og bør da være skarpe og med god kontrast. 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 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.

Ciproxin®

Ciprofloxacin



CAHAP 1

09 99

CIPROXIN 2 mg/ml
Ciprofloxacin.

ANV. FÖR
KÄYT. ENNEN

Användningsvättka/Infusionsvätska
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. eq. wq. ad inject. ad 1 ml, pH 3,6-4,5

Ljålösomt, oppbevares i folien til produktet skal åpnes. Benndes umiddelbart etter pakningen er åpnet. Anvend kun klar oppløsning. Overskydende indhold kasseres. Oppbevares utgangelig for børn.


Ljålösomt, oppbevares i folien til produktet skal anvendes. Etter pakning anvendes umiddelbart. Bare klar løsning skal anvendes. Ev. restinnhold kasseres. Oppbevares utgangelig for børn.

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

Valonerkes, säilytettävä foliossa käyttöön saakka. Avattu pakkaus käytettävä välittömästi. Vain kirkaasta liuosta voidaan käyttää. Käytön jälkeen ylijäänyt liuos hävitetään. Ei lasten ulkopuolelle.

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.