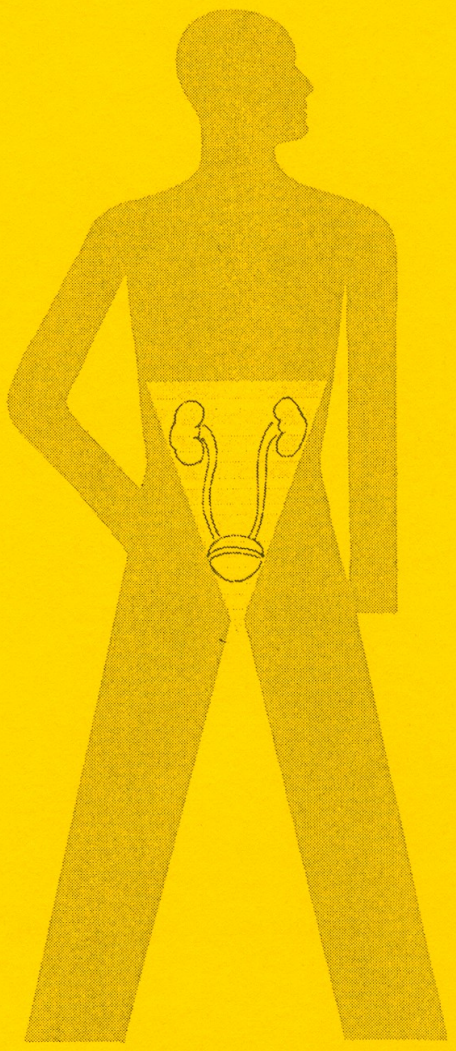
pest-POSTEN

Nr. 1, 1997 - 3. årgang

MEDLEMSBLAD FOR
NORSK FORENING FOR INFEKSJONSMEDISIN

Tarivid®

OFLOXACIN



KJEMOTERAPEUTIKUM

Et peroralt fluorokinolon-preparat for enkel og effektiv behandling av residiverende eller kompliserte infeksjoner i urinveiene og genitalia.

Tabletter à 200 mg

For ytterligere informasjon, se Felleskatalogen.

Norske Hoechst A/S
Postboks 177 Økern
0509 Oslo 5
Tlf. (02) 72 78 00

Hoechst

REDAKSJONEN:

- ***Ansvarlig redaktør:***
Oddbjørn Brubakk
Medisinsk avdeling,
Østfold Sentralsykehus

- ***Medredaktør:***
Haakon Sjursen
Medisinsk avdeling B,
Haukeland Sykehus

- ***Redaksjonssekretær:***
Jon Birger Haug
Medisinsk avdeling,
Østfold Sentralsykehus

- ***Annonsesjef:***
Eivind Ragnhildstveit
Mikrobiologisk avdeling,
Østfold Sentralsykehus

- ***Regionsmedarbeidere:***
Arild Mæland
Medisinsk avdeling,
Ullevål Sykehus

Stig Harthug
Avd. for sykehushygiene,
Haukeland Sykehus

Bjørg Viggen
Medisinsk avdeling,
Regionsykehuset i Trondheim

Lars Vorland
Mikrobiologisk avdeling,
Regionsykehuset i Tromsø

I N N H O L D :

Redaksjonelt	**s. 4**
4th Conf. on Retroviruses and Opportunistic Infections	**s. 5**
SSACs 13th Annual Meeting	**s. 6**
10. FIPI symposium, Gausdal	**s. 8**
Legenes hus åpnet!	**s. 12**
Vårmøtet - forhåndsomtale	**s. 13**
E-postadresser	**s. 14**
Diktspalten	**s. 18**
Om SSAC	**s. 20**
***pest-POSTEN* gratulerer**	**s. 22**
Erratum - Lov for NFIM	**s.22/23**
M*A*S*H	**s. 24**
Kongresser og møter	**s. 25**
Veiledning for forfattere og annonsører	**s. 26**

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

Adresse: **Oddbjørn Brubakk, med. avd., Østfold Sentralsykehus, 1701 Sarpsborg.**

Telefon: **69156500** - ***Telefax:*** **69156982**

E-mail: **birhaug@login.eunet.no**

***Bankkonto*: 1000. 14. 63271**

ISSN: 0808 - 2510

Forsiden:
Fra "PESTA" av Th. Kittelsen

redaksjonelt

post-PESTEN, post-POSTEN

"Det tredje året tok ende, dei hugsa ikkje kva som hende" skriver Jakob Sande i "To bønder".

pest-POSTEN er nå inne i sin tredje årgang.

Det ligger i sakens natur at bladet må være en "etter-POST" med referater fra nylige og tidligere møter. Denne gang et informativt referat av Johan N. Bruun fra et møte i Gøteborg i regi av Scandinavian Society for Antimicrobial Chemotherapy (SSAC).

Arild Mæland svikter aldri. Nytt om HIV/AIDS deler han med oss etter å ha vært på konferanse i Washington sammen med Time's *Man of the Year,* David Ho. Han har óg gjort en en kortere reise, til åpning av Legenes Hus,- og har derfra noe å fortelle. Takk Arild.

Sverre Refstad har vært på FIPI-kurs og har gitt oss et fyldig referat.

Naturligvis burde det ha vært opprettet en *pest-POST*-pris, men med vår ikke-kommersielle innstilling ville en slik pris måtte bestå av et signert eksemplar av *pest-POSTEN*, -noe som kanskje ikke ville være attraktivt for så mange.

Redaksjonen har fått tilbud fra et kommersielt firma som produserer medlemsblader i flere farger, med bilder etc. Ettersom denne redaksjonens ideal stadig er The Lancet, har vi ikke funnet noen grunn til å endre opplegget foreløpig.

Og så lenge vår kjære redaksjonsekretær orker arbeidet med redigeringen på sin PC, går det greitt.

Dikteren denne gang er også litt post. Robert Burns ble feiret i fjor etter som det var 200 år siden hans død. Men post-POSTEN feirer i år. "*pest-POSTEN alltid etter*".

Så neste gang kanskje Ivar Aasen. Hva vet vi ?

Oddbjørn Brubakk

Styret i

Norsk forening for infeksjonsmedisin

Hovedrepresentanter:

Haakon Sjursen, *formann*
Arild Mæland, *nestformann*
Jon Birger Haug, *kasserer/sekretær*
Bjørg Viggen, *styremedlem*
(Stig Harthug er gått ut av styret)

Varamann/kvinne:

Julia Chelsom
Rolf Reiersen

... er det snart tid for et lite brev til en hardt arbeidende redaksjon, med

- ***nytt fra nettopp ditt nærmiljø***
- ***gode ferdaminner***
- ***en solid meningsytring?***

4th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections

Washington 22.-26.1.97

Av Arild Mæland

Selv om det i år ikke var så store nyheter som på fjorårets konferanse, er dette avgjort fortsatt den beste konferansen for klinikere som steller med HIV-pasienter.

Konferansen åpnet med Time Magazine's Man of The Year, David Ho, og fortsatte så med tre og en halv dags tettpakket og relevant program. Nytt av året er at store deler av konferansen er tilgjengelig på Internett via diverse adresser. Hos www.retroconference.org kan du høre enkelte foredrag og se lysbildene, mest informasjon finner du kanskje på http://www.healthcg.com, det greieste referatet, dog 27 sider, har http://www.iapac.org .

Proteasehemmere

Det var skuffende lite oppfølging med de allerede registrerte midlene, slik at det fortsatt er uklart hvor lenge den gode effekt som tidligere er meddelt i et halvt til ett års studier egentlig holder seg. Ifølge Kempf et al. er det den initiale effekt på HIV-RNA bedømt ved «nadir»-verdien som best korrelerer med langvarig effekt, ikke startnivået eller fallet i HIV-RNA. Dette støtter jo ideen om at man for å unngå resistensutvikling og derav tilbakefall, må få replikasjonen ned på et minimum.

Neste proteasehemmer som sannsynligvis blir godkjent av FDA er nelfinavir, «Viracept», som i Europa vil bli markedsført av Roche. Nelfinavir synes å ha god effekt sammen med zidovudin og lamivudin (3TC). Den kan også gies med d4T eller saquinavir, hvis konsentrasjon økes. Nelfinavir synes å gi lite kryssresistens til de tre andre proteasehemmerne, vanligste bivirkning er diaré.

Kan man stole på den CD4-økning man får med proteasehemmere ? Jacobson et al. er ikke så sikker på det. De observerte 5 pasienter som fikk CMV-retinitt til tross for CD4 over 200 ! Når de så systematisk på dette, fant de at fra mars 96 (da proteasehemmerne kom) til august 96 hadde 14 av 49 pasienter med CMV-retinitt CD4-tall over 50, i motsetning til perioden juli 95 til februar 96 da kun en av 27 slike pasienter hadde CD4 over 50. Virker ikke de «nye» lymfocyttene mot CMV ?

I protokoll 039 presentert av Martin Hirsch fant man at indinavir alene ga nesten like bra CD4-økning som indinavir kombinert med AZT og

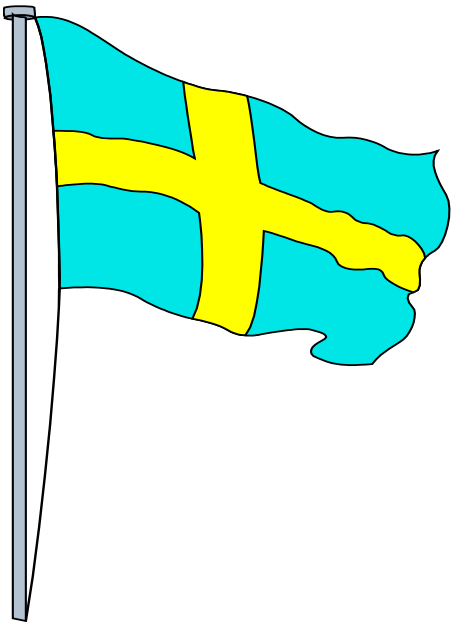
- fortsetter på side 17.

Referat fra SSAC 13th Annual Meeting - 1996

Av Johan N. Bruun

Årets møte i SSAC ble arrangert på Scandic Crown Hotel i Gøteborg fra 14. til 16, november. Det samlet vel 200 deltagere, men hadde en skuffende liten norsk deltagelse på 12 delegater og 2 postere.

Møtet ble innledet med et symposium om **flåttbårne infeksjoner**. ***Göran Stiernstedt*** ledet symposiet og poengterte at risikoen for borreliose anslagsvis var 1/150 flåttbitt, mens risikoen for alvorlige sekvele var så liten som 1 på 40 000 flåttbitt. Hovedproblemet ved flåttbåren borreliose er diagnostikken, og ***Klaus Hansen*** fra Danmark omtalte nye ELISA-teknikker som hadde noe økt sensitivitet ved f.eks. neuroborreliose. Det ble videre understreket at forskjellen i kliniske manifestasjoner mellom f.eks. USA og Skandinavia skyldes forskjellige stammer idet *Borrelia garinii* ha hovedansvaret for neuroborreliose mens *Borrelia afzelii* hovedsakelig gir cutane manifestasjoner og Lyme arthritt skyldes *B. burgdorferi* sensu stricto.



TBE forekommer endemisk hovedsakelig i Stockholms skjærgård og rundt Mälaren men er heller ikke uvanlig i Finland. ***Mats Haglund*** ga en oversikt over kostnads-nytte berekning ved vaksinasjon. Vaksinasjon gir nær 90% beskyttelse men det er nødvendig med revaksinasjon hvert 3. år. Kostnads-nytte beregningene viste da at det ikke var lønnsomt å vaksinere annet enn de personer som bodde mer eller mindre permanent i de endemiske områder. ***Marta Granström*** fra Stockholm ga en oversikt over flåttoverført Babesia og Ehrlichia infeksjon. Disse mikrober infiserer først og fremst henholdsvis monocytter og granulocytter, og erythrocytter. Infeksjon skjer ofte samtidig med infeksjon med borrelia, og det er påvist tegn til dobbelt-infeksjon hos opptil 12% av pasientene med borreliose i danske og svenske materialer. Infeksjon med begge disse mikrobearter gir ved normalt infeksjonsforsvar antakelig bare lette influensaliknende symptomer mens splenektomerte, AIDS-pasienter og pasienter på corticosteroider kan få fatale infeksjoer.

Niels Frimodt-Møller fra Danmark ledet symposiet om **farmakodynamikk ved antibiotika**. Han ga en oversikt over viktige farmakodynamiske parametre og understreket at mens det viktigste for betalaktam-antibiotika er hvor stor del av doseintervallet konsentrasjonen ligger over MIC, så er effekten av aminoglykosider og fluorokinoloner hovedsakelig avhengig av topp-konsentrasjonen. Noen dyre-eksperimentelle data kan tyde på at også for glykopeptidene (vankomycin, teikoplanin) vil toppkonsentrasjonen være viktigst, men andre undersøkelsesresultater var vanskelige å tolke slik at det er ikke mulig å trekke noen endelig konklusjon om hva som betyr mest for denne gruppen av antibiotika.

Da konsentrasjonen på infeksjonsfokus ofte vil være lavere enn i blod vil det ved behandling med betalaktam-antibiotika kunne være misvisende å gå ut fra tid over MIC i blod. I mange tilfelle kan antagelig tid over f.eks. 3 x

MIC være mer relevant, og egentlig burde man kanskje ha en grensekonsentrasjon for hver type infeksjon. Ved behandling med aminoglykosider ble det enda engang understreket at en dose daglig synes minst like effektiv som 3 ganger daglig dosering og med mindre bivirkninger. Det ble imidlertid fortsatt tatt reservasjoner når det gjelder behandling av endokarditt og ved behandling av pasienter med neutropeni. En viktig motforestilling mot engangsdosering av aminoglykosider er også at i den grad det gir lengre intervaller med subterapeutiske konsentrasjoner så er det i eksperimentelle undersøkelser vist at faren for resistensutvikling øker.

Symposiet ble avsluttet med en oversikt over kombinasjonsbehandling hvor det blant annet ble understreket at nytten først og fremst er vist ved synergistiske kombinasjoner mens betydningen av kombinasjonsbehandling ellers fortsatt må anses som kontroversiell. Man bør ved kombinasjonsbehandling antakelig fortsatt tilstrebe at betalaktamkonsentrasjonen hele tiden ligger over MIC mens aminoglykosidene i kombinasjonen ut fra effektsynspunkt kan gis sjeldnere.

I et symposium om **antiviral behandling** ble moderne HIV-terapi, behandling av hepatitt B og C, samt ulike midler mot herpes virus gjennomgått. De siste resultater fra en svensk undersøkelse som viser nesten dobling av frekvensen av "sustained response" ved kombinasjonsbehandling av hepatitt C med interferon og ribavirin ble lagt fram.

Et av de mest interessante symposier var et symposium om **behandling av luftveis-infeksjoner utenfor sykehus.** Symposiet var lagt opp med innlegg fra alle de nordiske land supplert med systematisk diskusjon av sentrale spørsmål og en interaktiv sesjon med engasjement av tilhørerne ved "mentometermålinger" både vedrørende diagnostikk, behandling og fremtidig strategi for å unngå resistensproblemer.

Symposiet ble innledet av ***Elisabeth von der Lippe*** som ga en oversikt basert på norske anbefalinger sendt ut av SLK i 1994. Det anbefales her om mulig å utsette antibiotikabehandlingen ved mistenkt otitt og sinusitt i 3 dager, basere behandlingen av streptokokktonsillitt på dokumentasjon fra halsprøver og å bruke penicilliner som førstevalgspreparater i de flest tilfeller av nedre luftveisinfeksjoner. Svakheten med dette opplegget er at norske allmenpraktikere ved telefonforespørsel i liten grad kjente til og/eller fulgte anbefalingene. Mer oppmuntrende når det gjelder muligheten til å endre på forbruket var at det fra finsk hold ble det referert at man etter å ha påvist økende frekvens av erytromycin resistente streptokokker gikk ut med en advarsel mot bruk av erytromycin, hvilket reduserte forbruket med 42% og ga en reduksjon i forekomsten av resistente stammer fra 20% i 1993 til 13% i 1995.

I Sverige har man i hvert fylke laget egne terapianbefalinger basert på opplysninger fra en nasjonal gruppe. Stort sett anbefales primærbehandling med penicillin og eventuelt gjenbesøk for revurdering av pasientene. Danskene har satset på et audit-prosjekt som grunnlag for forsøk på forbedring av rutinene. Majoriteten av tilhørerne mente at mangelfull kunnskap hos legene og et overforbruk av antibiotika for vanlig forkjølelse var hovedproblemet. Opplæring av legene ble ansett som viktigst for implementering av en fornuftig antibiotikabruk. Fra svensk hold er det også anbefalt en tvungen registrering av indikasjonen for forskrivning av antibiotika for alle pasienter, og bedre opplæring av pasientene i antibiotikaspørsmål ble også ansett å være av betydning.

De fleste var enige om at GAS infeksjoner burde behandles og at man hos de antigen negative kan vente på dyrkningsresultat før behandling startes. Vel halvparten mente at orale cefalosporiner var mer effektive som primærbehandling enn penicillin, mens ***Otto Cars*** poengterte at mye av dokumentasjonen her stammet fra behandling av residiver og derfor ikke kunne brukes som grunnlag for å gå over til cefalosporiner som primærbehandling.

Resistensproblemenes sammenheng med forbruket ble understreket, og det er i den forbindelse interessant at antibiotikaforbruket i Island og Finland er betydelig større enn i de andre landene, og at man i Sverige har registrert et spesielt høyt forbruk i Syd-Sverige hvor f. eks. problemet med penicillinresistente pneumokokker har vært størst. Betydningen av et høyt forbruk av trimetoprim-sulfa når det gjelder seleksjon av resistente stammer generelt

- fortsetter på side 15

" TA TRAN MENS DET ER SUNT "

FIPI-symposium Gausdal - 10 år

Av Sverre Refstad

For tiende gang har ildsjelene innen infeksjonsmedisin, mikrobiologi og intensivmedisin laget et faglig velkomponert program i en vinterlig setting i Gausdal. Egil Lingaas som ønsket velkommen, kunne opplyse at til sammen 400 forskjellige leger hadde deltatt på symposiet i løpet av disse årene før møteleder Svein Osnes overtok roret.

Pneumoni.

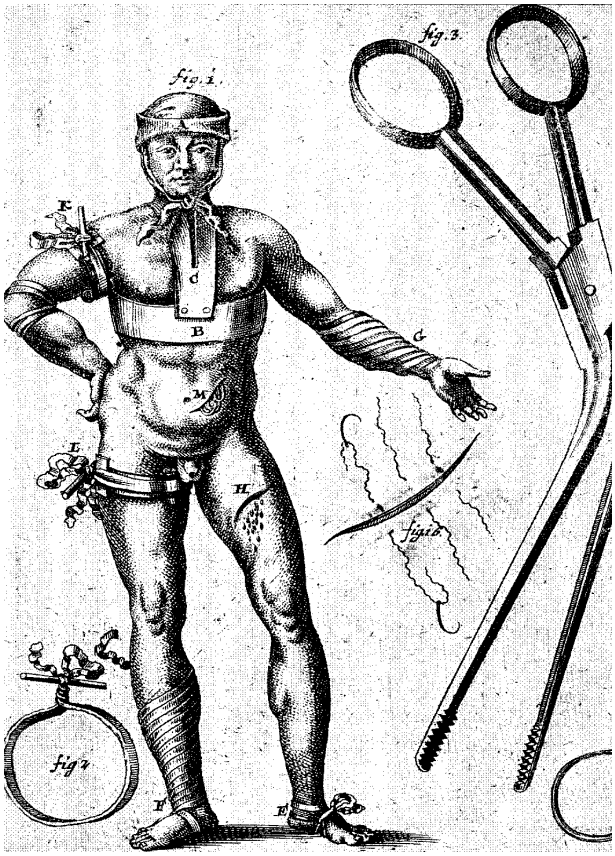
Første kvelden var viet klinikk med fokus på infeksjoner i luftveiene. ***Niels Smith-Erichsen*** refererte sitt materiale fra SiA der til sammen 236 pasienter i tidsommet 1988-1993 trengte respiratorbehandling på grunn av infeksjon. Materialet gir god innsikt i insidens, prognose og kostnad. Ved bruk av kostnad per forventet leveår settes fokus på ressursforvaltnings-problematikken. Det bør stilles spørsmål om alle pasienter med KOLS som utvikler pneumoni skal respiratorbehandles. En støtte i så måte kan bruk av NY klassifisering være. Det hviler her et spesielt ansvar på behandlende lege som sitter med nødvendig kunnskap om pasientens funksjonsnivå. Det er lettere å la være å igangsette intensivbehandling enn det er å avslutte. ***Martin Steinbakk***, også fra SiA, tok for seg resistensbestemmelse av bakterier. Beste forutsetningen for et godt resultat er adekvat prøvetaking. Identifikasjon av mikrobe ved pneumoni sikres best ved bronchoscopi med vaskeprøve (BAL) eller ved beskyttet børste teknikk (PBS). Konvensjonelle laboratorietekniker er rimelige, men tidkrevende i den forstand at resultatet først foreligger 16-18 timer etter primær oppvekst av mikroben. Nyere teknikker kan gi svar innen to timer, men begrenser seg på grunn av kostnader. Genteknologiske metoder er reservert langsomtvoksende mikrober eller kartlegging av stammer med spesiell resistens. Et godt argument for å holde på penicillin som førstevalg ved pneumoni, er pneumokokkenes evne til å utvikling av resistens. For å utvikle resistens overfor penicillin trengs endring i tre gener, ovenfor cefalosporiner er endring i kun et genpar nødvendig.

Ulf Kongsgaard gjennomgikk litteraturen for å belyse respiratorbehandlingens rolle som årsakefaktor i pneumoniutviklingen. Det synes å være enighet om at jo mer alvorlig den underliggende sykdom er, jo større er sjansen for å utvikle pneumoni under pågående respiratorbehandling. Jo lenger en pasient ligger på respirator, jo større er sjansen for å utvikle en pneumoni. Følgen av en nosokomial pneumoni

er øket liggetid og øket mortalitet. Utfordringen ligger også i å enes om tilfredsstillende kriterier for å kunne stille diagnosen pneumoni. I tillegg til positiv røntgen kreves et av følgende kriterier: 1) positiv pleura-/ blodkultur med samme mikrobe som i trachealaspirat, 2) positiv histopatologi, 3) ny feber og leukocytose og purulent trachealaspirat. Etter disse kriterier har

Kollef vist at 15,5% utvikler pneumoni ved respiratorbehandling.

Diagnostikk og behandling av ventilatorassosiert pneumoni ble belyst av ***Hans Flaatten***. Etter tre døgn på respirator har de fleste pasientene en polymikrobiell kontaminering spesielt i de basale lungeavsnitt. Biokjemiske kriterier på bakteriell infeksjon som CRP og spesielt prokalcitonin er av stor nytte for å vurdere den kliniske betydningen av tilkomne røntgenologiske funn. Valg av antibiotika vil være avhengig av pasientens kliniske tilstand samt årsaken til pasientens behov for intensivbehandling. Nylig gjennomgått abdominalkirurgi samt aspirasjon vil øke hyppigheten av anaerobe infeksjoner.



Traumatologi-, diabetes-og nyresviktpasienter vil ofte infiseres med stafyolokokker. Svekkede langtidspasienter har tendens til å infiseres med Gram-negative mikrober av typen pseudomonas. Ved Haukeland Sykehus blir mindre alvorlig pneumonier behandlet med penicillin, alvorlige med supplement av netilmycin. Ved mistanke om stafylokokker er kloxacillin førstevalg og ved nyresvikt anvendes et tredje-generasjons cefalosporin i stedet for aminoglycosider. Intratracheal applikasjon av antibiotika ble også diskutert. Beste behandling er som alltid god profylakse. Bruk av CPAP kan forhindre intubering, H2 blokker bør unngås og jejunal ernæring bør prioriteres.

Mediatorer.

Neste formiddag var viet uorden i mediatorenes likevekt. ***Ulf Kongsgaard*** ledet med stø hånd foredrag av ***van Deventer*** og våre hjemlige krefter ***Ellen Schlichting*** og ***Ulf Myre*** i fravær av Ansgar Aasen.

Endotoxinets rolle som primær aktivator i den inflammatoriske respons er ikke lenger å betrakte som en fiende som skal nøytraliseres for enhver pris. Det er når den hårfine balansen mellom overstimulering og inhibering går i retning av overstimulering at skade kan skje. I større mengder og i mangel av inhibitorer vil endotoxin føre til alvorlig organsvikt eller "horror autotoxicus". For stor blokade av endotoksineffekt eller dominans av motregulatoriske mekanismer (IL-4, IL-lO, IL-13) vil gi bakteriene friere spillerom. Spennende blir det når et stoff både har evne til a temme endotoksin samtidig som det selv er bakteriecid (BPI). Recombinant BPI er på full fart inn. Måtte det vise seg levedyktig på sikt.

Redusert biologisk aktivitet av endotoxin etter interaksjon med ulike lipoproteiner, hovedsakelig HDL, er vist i flere studier. *In vitro* forsøk med tilførsel av HDL til akuttfase blod fra intensivpasienter er vist å kunne eliminere endotoxinets evne til å produsere TNF. Står vi foran en tranrevolusjon?

Endothelin, den mest potente vasokonstriktor, ser ut til å ha en rekke fordelaktige effekter ved septiske tilstander. Som ved flere mediatorer som blir frisatt ved sepsis, kan effekten skyte over målet å bidra til veveskade og multiorgansvikt. Som motvekt fungerer NO. Det er flere grunner til at infusjon av lavdose nitroglycerin inngår som et ledd i behandling av sepsispasienter. Mer om dette senere.

Sepsis.

Ettermiddagens møteleder, ***Niels Smith-Eriksen***, var tydelig på hjemlige trakter da han ledet oss gjennom temaene: intraabdominal sepsis, diagnose av sepsis hos intensivpasienter, behandlingsstrategier ved septisk sjokk og tarmen som motor for utvikling av flerorgansvikt. Opprettholdelse av et optimalt

sirkulerende blodvolum ved hjelp av kristalloider og kolloider samt understøttende vasopressorbehandling med dopamin og om nødvendig noradrenalin er behandlingsstandard. Diskusjonen vil fortsette omkring hvilket kolloid som er best egnet, men dextran og stivelsesløsninger skiller seg positivt ut fremfor gelatinen. Dersom en ved målrettet behandlingsstrategi kan forhindre utviklingen av en fryktet komplikasjon ved sepsis, nemlig akutt nyresvikt, vil pasienter kunne reddes og ressurser spares.

Møteleder hadde forsamlingens oppmerksomhet da han fortalte om "Renal Rescue Protocoll" fra Charing Cross Hospital i London. Den består av tre hovedelementer:

1. Normovolemi. Væskestøt med kolloider og samtidig infusjon av nitroglycerin 2mg/time. Volumstatus evalueres med kliniske så vel som invasive metoder.
2. Pasient relatert normotensjon. Så snart adekvat volumstatus er oppnådd startes eventuelt noradrenalin infusjon til pasienten gjenoppretter sitt normale blodtrykk.
3. Reduksjon av oksygenforbruk i den tykke delen av det oppadstigende ben av Henles sløyfe. Man gir bolusdose furosemid (10mg) og deretter en infusjon av 1-4mg/time.

I en retrospektiv undersøkelse klarte 32 av 49 pasienter med behandlingskrevende nyresvikt seg uten hemofiltrasjon/dialyse. En venter med spenning på resultatene av en prospektiv undersøkelse.

Olaug Villanger kunne berette om leverens påvirkning av endotoksin og analogien med lunge. Kupfercellene med sin strategiske plassering som filter for gastrointestinaltraktus, produserer TNF og leukotriener. Aktiverte hvite blodlegemer kleber seg til hepatocyttene og frisetter oksygenradikaler og lysosomale enzymer. Resultatet blir cholestase og nedsatt leverfunksjon som manifesteres ved ikterus og hypalbuminemi.

Mikrobiologi

Finaledagen ledet av ***Egil Lingaas***, var viet problematiske mikrober og følgene av ukritisk antibiotikabruk. Ifølge ***Arvid Bjørneklett*** vil diagnosen pseudomembranøs kolitt hos intensivpasienter med feber, stigende CRP og lett distendert abdomen, kun stilles ved positiv endoskopi. Sykdom som skyldes *Clostridium difficile* er et symptom på uheldig antibiotikabruk som ikke kan løses med hygieniske tiltak alene.

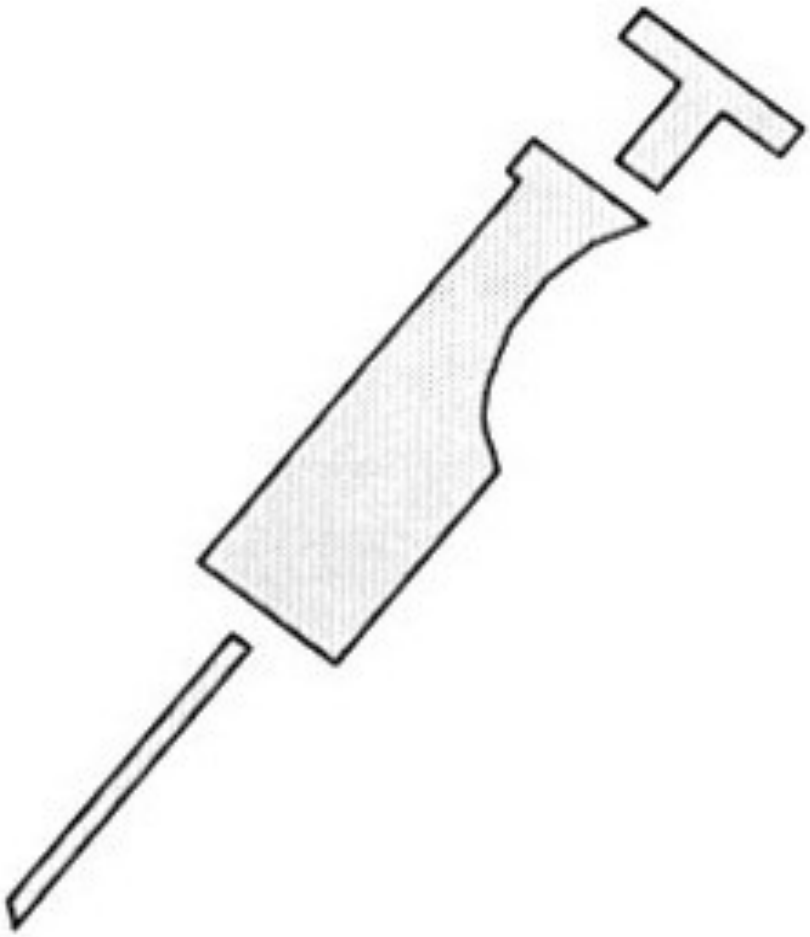
Øket bruk av antibiotika har allerede ført til multiresistente mikrober som spres i det globale miljø ifølge ***Tore Midtvedt***. Skyldig i så måte er ikke bare brukere innen humanmedisin, men den økologiske balanse forrykkes i større grad av antibiotikabruk ved dyre og fiskeoppdrett. Det genetiske materialet som inneholder koden for resistens, spres på tvers av dyrerekken. Restriktiv bruk av antibiotika med smalest mulig spektrum som raskt brytes ned er den eneste vei skal en unngå "mikrobenes vrede".

Multiresistente enterokokker og stafylokokker er allerede en trussel i våre intensivavdelingen Isolasjon av personell og pasienter som kommer fra områder med resistente mikrober er påkrevet for å begrense spredning i vårt hjemlige miljø. Behandling av nekrotiserende fasciitt ble behendig omtalt av trioen ***Hellum***, ***Rosseland*** og ***Smith-Eriksen*** fra SiA. ***Myrvang*** og ***Lingaas*** rundet det hele av med foredrag om soppinfeksjoner og problembakterier i intensivavdelingen

Deltagerne kunne helhjertet slutte seg til en honnør til møtets sponsor ved den utrettelige ***Ingebrigt Jacobsen***. Flere benyttet også anledningen til å takke for at de hadde fått anledning til å ha snø under sine ski.

******

ZENECA



En samarbeidspartner
også på antibiotika

Legenes hus åpnet !

pest-POSTENs utsendte var selvfølgelig med da legenes nye hus ble offisielt innviet på Kongens fødselsdag. Strategisk beliggende i den ene enden av Akersgata, med regjering og myndigheter i den andre enden, og med Storting og avishusene derimellom, har vår nye høyborg såvel Akershus festning som Norges Bank i ryggen. Og fundamentet er solid, bedyret entrepenør Gunnar M. Backe og arkitekt Torstein Ramberg. Og president Aarseth kunne fortelle oss at just på dette sted var en gang det første anatomiske institutt ved Universitet i Oslo.

Blant de mange hilsener og gaver merket vi oss at A.C.Næss fra fylkesforeningene overrakte et stort hvitt lerret med et påmalt spørsmåltegn. Anne Alvik kom med en Husfred fra Helsetilsynet (kanskje hun også burde gi en til SIFF ?), Halvdan Skard fra KS lurte på hva man ga til den som hadde alt. Infeksjonsmedisinere som leser vitsene i Playboy vet jo at det er penicillin, men Skard nøyde seg med et kart over landets kommuner og ordførere. Minister Hernæs (I don't get ulcers, i give them!) sto for den offisielle åpning og overrakte et kobberstikk av en tulipan, fordi den er for stor og prangende til at den kan oversees, og fordi den gir sitt beste uansett hvilke forhold den bys, men også fordi den står bedre og lengre med god gjødsling, jordsmonn og plassering.

Som alminnelig sykehuslege i tyve år synes denne reporter det var noe underlig at knapt et kjent ansikt var å se blant de godt hundre inviterte dignitærer, men med 16 000 medlemmer og 90 ansatte i foreningen lar det seg vel forklare. Etter cavaen og canapeene var det omvisning. Et skikkkelig auditorium for faglige møter sentralt i Oslo ville kanskje vært en god ide, men her var kun små møterom for de tar som tar avgjørelsene. I etasjene oppover var det mange gilde kontorer uten gardiner men vinduer både mot utside og korridorer, de siste velbehagelig frie for pasienter. Så kan man lett sjekke at folk jobber. For oss, for dette skal være vårt hus, legenes hus, godt plassert som en del av det norske hus.

Arild Mæland

PRØVE I PARASITTOLOGI OG TROPESYKDOMMER

Obligatorisk prøve for spesialist-kandidater til spesialiteten infeksjonssykdommer vil bli avholdt ultimo mai 1997. Foreløpig dato er satt til 20. mai. Prøven vil bli avholdt på Infeksjonsmedisinsk avdeling, Ullevål sykehus, Oslo.

Påmelding og nærmere opplysninger fås ved henvendelse til professor Bjørn Myrvang, Infeksjonsmedisinsk avd. Ullevål sykehus eller overlege Oddbjørn Brubakk, medisinsk avd. Østfold sentralsykehus, Sarpsborg.

Vårmøtet 1997 ** NFIM - NFMM Akershus, 30. - 31. mai

- Forhåndsannonsering -

Vårmøtet nærmer seg, og innbydelse sendes snart ut til medlemmer av Norsk forening for infeksjonsmedisin og Norsk forening for medisinsk mikrobiologi. NFIM er i år ansvarlig for arrangementet, og vertskap er kolleger ved Sentralsykehuset i Akershus. Disse har alt nedlagt et stort arbeid både med å lage et interessant faglig program og å legge forholdene praktisk til rette. Benytt anledningen til å treffe venner og kolleger, og å høre solide faglige innlegg !

"Triaden" hotell- og konferansesenter er stedet vi møtes; en liten svipptur fra Oslo med bil eller offentlig kommunikasjon. Det loves gode forhold både når det gjelder innkvartering og møtelokaler.

- Vi hitsetter programmet (med forbehold om endringer):

Fredag 30.05.97

NÆRINGSMIDDELBÅRNE INFEKSJONER

0930-0940	ÅPNING
0940-0950	BAKTERIELLE ENTERITTER - OVERSIKT
1000-1020	E.H.E.C. Overlege Arnfinn Sundsfjord, Regionsykehuset, Tromsø.
1030-1040	Pause - utstilling
1040-1100	CAMPYLOBACTER / YERSINIA - EPIDEMIOLOGI - CASE CONTROL. Professor Georg Kapperud, SIFF, Bakt. avd.
1120-1150	MATFORGIFTNING. Professor Per Einar Granum, Institutt for Næringsmiddelhygiene, Norges Veterinærhøyskole.
1200-1230	Pause m/kaffe - utstilling.
1230-1250	OVERFØRING AV RESISTENS. Forsker Henning Sørum, Mikrobiologisk avdeling, Norges Veterinærhøyskole.
1300-1345	PRIONSYKDOMMEN. M.D. From National C.J.D. Surveillance Unit, Western Unit Hospital, Glasgow, U.K.
1400-1500	Lunsh - utstilling.
1500-1550	AXOAXONAL TRANSPORT - LISTERIA. Professor Jan Mæhlen, Avd. for Patologi, Ullevål Sykehus.
1600-1620	Pause - utstilling.
1530-1550	LISTERIOSE M / KASUISTIKKER. Seksjonsoverlege Kjell B. Hellum, SiA, Infeksjonsmedisinsk seksjon.
1600-1620	Pause - utstilling.
1620-1640	TOXOPLASMOSE-SYNSPUNKTER-PROSJEKT. Overlege Pål Jenum, SIFF.
1650-1720	IMPORT-FEBER - 3 SPENNENDE KASUISTIKKER FRA INDRE OSLO ØST. Overlege Mogens Jensenius, Aker Sykehus.

MIDDAG

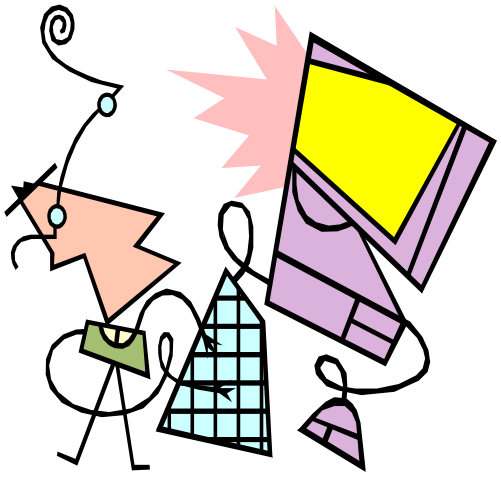
Program for Vårmøtet 1997 forts.

Lørdag 31.05.97

ZOONOSER

0900-0915	TULAREMI. Overlege Lars Bevanger, Regionsykehuset i Trondheim, Mikrobiologisk avdeling.
0920-0950	HANTAAN - VIROSER. Spesiallege Fredrik Elgh, Universitetet i Umeå, Klinisk-Virologisk Laboratorium.
1000-1030	VEKTORER OG SMITTESYSTEMER. Forsker Reidar Mehl, SIFF.
1030-1050	Pause - Utstilling.
1050-1120	BORRELIOSE. Overlege Per Bjark, Vestfold Sentralsykehus, Infeksjonsmedisinsk seksjon.
1120-1140	EHRLICHIOS M.M. Professor Bjørn Erik Kristiansen, Telelab, Skien.
1210-1300	FRITT FOREDRAG: INVASIVE PNEUMOKOKKINFEKSJONER VED AKER SYKEHUS 1992 - 1996. Overlege Dag Berild *et al.*, Aker Sykehus.

AVSLUTNING.



E - post adresser

Etter oppfordringen som sto i forrige nummer, har et fåtall medlemmer sendt inn sine E-postadresser til oss. Denne formen for kommunikasjon er (som forventet) ikke særlig utbredt ennå. Likevel tror vi det er flere som har Internett-tilknytning enn dette, enten på jobb eller privat. Send derfor inn adresser, slik at vi etterhvert får en liste som kan være til nytte når medlemmene ønsker å kommunisere. Redaksjonen i *pest-POSTEN* ser f.eks. her en mulighet for lettere å kunne "bestille" leserinnlegg i fremtiden...!

E-postliste pr. 10.03.97:

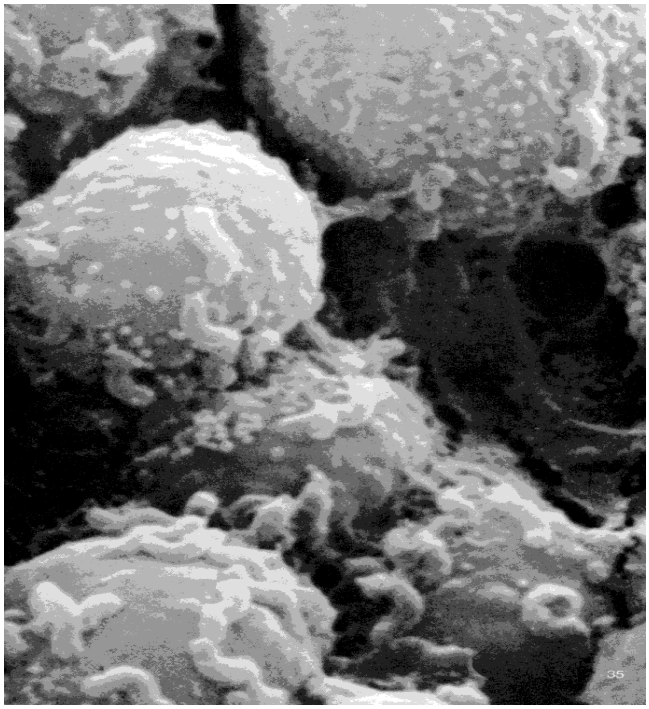
Tore Abrahamsen	Barneavd., Rikshospitalet	Tore.Abrahamsen@rh.uio.no
Johan Bakken	The Duluth Clinic, Duluth, Minn.	bakkenj@smdc.org (arb.) jbakken@mail.d.umn.edu (priv.)
Oona Dunlop	Inf.avd., Ullevål sykehus	o.b.dunlop@ioks.uio.no
Stig Harthug	Avd. for sykehushyg., Haukeland	Stig.Harhug@hyg.haukeland.no
Jon Birger Haug	Med. avd., Østfold sentralsykehus	birhaug@login.eunet.no
Berit Hovig	Bakt. institutt, Rikshospitalet	berit.hovig@labmed.uio.no
Lars Holst Larsen	Med. avd., Fylkessh. i Haugesund	lholstla@sn.no
Haakon Sjursen	Inf.avd., Haukeland sh	haakon.Sjursen@med.haukeland.no
Yngvar Tveten	Telelab, Skien	yngvar.tveten@telelab.no

- fortsetter fra side 7.

ble også poengtert.

I et symposium om **bakteriell endokarditt** understreket ***Ernö Gutschik*** betydningen av å ta minst 3 adskilte blodkulturer i diagnostikken - helst med minst en times mellomrom. Det var enighet om at betalaktamer, aminoglykosider og vancomycin var de mest aktuelle midler i behandlingen, og en normal behandlingslengde på 4-6 uker. Også infeksjoner på kunstige klapper ble tildels behandlet bare i 6 uker hvis de ikke skulle/ble reoperert. Tidlig operasjon ble anbefalt hos pasienter med hemodynamiske problemer, betydningen av å rense opp og fjerne infisert vev ved operasjonen ble understreket, og ved tegn til infeksjon under operasjonen fikk pasienten en full 4-6 ukers kur postoperativt. Hos pasienter uten tegn til infeksjon ved operasjonen fortsatte antibiotikabehandlingen i 1 -2 uker postoperativt.

I et symposium om **antibiotikaprofylakse i**



kirurgien gikk ***Carl Erik Nord*** og ***Karl-Erik Giercksky*** grundig igjennom indikasjoner og regimer. Selv om det er en tendens til generelt å bruke cefalosporiner understreket Giercksky verdien av kombinasjonenen tinidazol-tetracyclin parenteralt i tilknytning til operasjonen ved elektiv abdominal-kirurgi, og man var enig om de store betenkeligheter med et høyt cefalosporinforbruk.

Behandling av *Helicobacter pylori* infeksjon ble gjennomgått av ***Arnold Berstad*** fra Bergen. Behandlingsindikasjonene omfatter store pasientgrupper, og faren for resistensutvikling både hos Helicobacter og hos andre mikrober ble understreket. Selv om effekten av regimer med nye makrolider er best, er resistensutvikling hyppig, og det ble hevdet at hvis internasjonalt anbefalte regimer med f. eks clarithromycin som et av hovedmidlene blir utbredt, så vil vi ikke ha noe brukbart makrolid tilgjengelig for noen infeksjon innen 10 år. Når det gjelder Helicobacter synes resistensutviklingen overfor amoxicillin å være liten, mens resistens overfor metronidazol også kommer lett. Fra økologisk synspunkt synes regimer med vismuthpreparater i kombinasjon med metronidazol, amoxicillin og/eller tetracycliner å være å foretrekke. Lars Engstrand diskuterte tilslutt i dette symposiet indikasjonen for behandling av Helicobacter pylori infeksjon som ledd i forebygging av cancer ventriculi. Det synes urealistisk og betenkelig å behandle alle med tegn til Helicoacter infeksjon. Spesielle virulensfaktorer synes assosiert med faren for cancerutvikling, og man bør antaktelig satse på identifikasjon av disse samt påvisning av tegn til utvikling av atrofisk gastritt som middel til å identifiserte pasienter med økt risiko, slik at man kan begrense behandlingen til disse.

Som invitert young scientist representerte ***Anne-Kristine Lehman*** Norge. Hun la frem data om et utbrudd av meningokokk-infeksjoner fremkalt av en ny virulent klon av meningokokk C i Hordaland. Stammen lot seg raskt identifisere fra andre stammer ved sulfaresistens, og utbruddet ble stoppet med vaksinasjon og behandling av identifiserte bærere med ofloxacin. Totalt omfattet utbruddet 8 kasus. Der opptrådte 2 assosierte kasus, mens bærerfrekvensen hos kontaktene var lav. Dette tyder på en ekstraordinært høy attack rate, hvilket gjør at vi nok bør være meget på vakt ved nye utbrudd av denne stamme og satse mye på undersøkelse og behandling/vaksinasjon av kontakter. Stammen er den norske ET-5 stammen som har skiftet kapsel/serogruppe (C: 15: P1. 7,16). Sesjonen med young scientists var i år svært vellykket, og vår representant gjorde som ventet et meget godt inntrykk. De norske vinnerne fra de siste årene har vært Arnfinn Sundsfjord (95), Odd Brakstad (94) og Oona

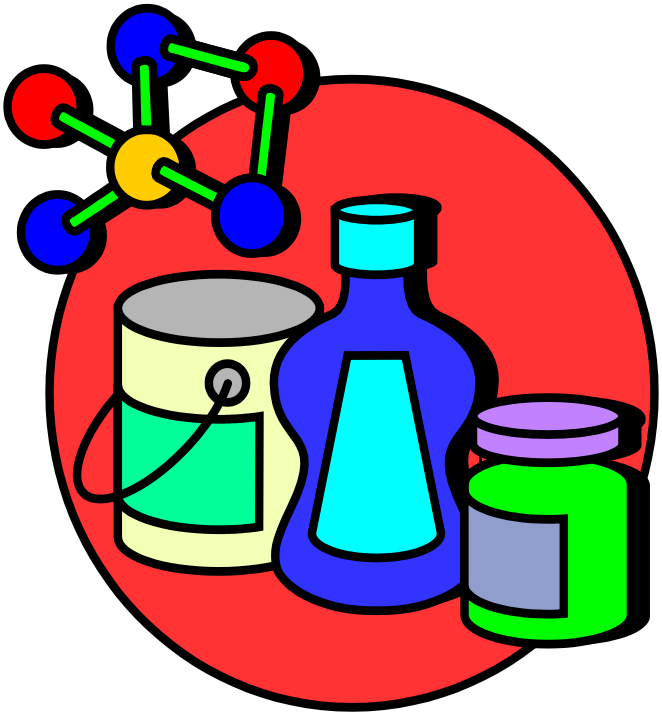
- fortsetter på side 20.

Zovirax®

(acyklovir)

Glaxo Wellcome
Postboks 4312, Torshov
0402 Oslo

Tlf: 22 15 19 45 **Fax:** 22 15 67 61



- fortsetter fra side 5.

3TC til tross for at den antivirale effekt på trippelterapi er mye bedre enn på monoterapi. Dette er også sett i en tidligere studie. Er det indinavir som gir en «falsk» kraftig CD4-økning, eller er det trippelterapien som når et "immunologisk tak" ?

Nukleosidanaloger

Stavudine (d4T) var vel den nukleosidanalog som kom best gjennom konferansen, og er vel nå «oppe på siden av» zidovudin (AZT). Foudraine et al. fra Amsterdam viste i en flott studie at d4T/3TC ga samme gode reduksjon av HIV-RNA i CSF som AZT/3TC og at d4T og 3TC har like gode konsentrasjoner som AZT i spinalvæsken. Både franske og amerikanske studier finner at d4T og 3TC er en potent og veltolerert kombinasjon. Det foreligger nå studie-erfaringer med d4T/3TC/ indinavir, d4T/ddI/nelfinavir og d4T/ddI/ ritonavir. Jeg savnet dog en oppfølging av en større d4T/ddI-studie som det i fjor ble presentert initiale resultater fra. Perifer polynevritt er viktigste bivirkning ved d4T.

Mens AZT og d4T kan anses jevngode "gruppe 1" nukleosidanaloger, synes det nå å være en klar rangering i "gruppe 2" : 3TC er bedre enn ddI som er bedre enn ddC. I en europeisk kohortstudie, EUROSIDA (med deltagelse av bl.a. Ullevål sykehus), fant Phillips et al. at 3TC lagt til AZT ga mindre mortalitet enn når man la til ddI, ddC eller d4T. Det samme fant Ionnadis et al. i en amerikansk metaanalyse. Henry et al. fant at AZT/ddI var en bedre kombinasjon enn AZT/ddC i en studie med 1300 langtkomne pasienter (ACTG 193A) Bedre overlevelse med AZT/ddI enn AZT/ddC finnes også i en canadisk kohortstudie med 4000 pasienter av Rachlis et al. Forøvrig er nå Retrovir (AZT) tabletter på 300 mg, i doseringen 1 tabl. x 2, godkjent av FDA. Jeg har dog aldri sett publisert noen studie som viser at dette er like bra som 100 mg kapsler, dosert 2 x 3, slik det har vært vanlig til nå.

Opportunistiske infeksjoner

Som på de siste HIV-konferanser var det heller ikke her så mye nytt på dette feltet. Mest oppsiktsvekkende og oppmuntrende var en case-control studie fra Fong et al. i Toronto, årets ICAAC-by, som fant at acyclovir beskytter mot utvikling av lymfomer. Blant 29 lymfompasienter var det bare 2 som hadde fått 800 mg acyclovir eller mer pr . dag i minst ett år, mens det blant 58 kontroller var 27 som hadde fått slik terapi. Er det suppresjon av EBV som er det virksomme prinsipp her ?

Progressiv multifokal leukoencephalopathi har vi fortsatt ingen spesifikk terapi mot. Hall et al. avbrøt en studie med cytosin arabinosid da de ikke fant effekt hverken av i.v. eller intrathecal ARA-C. Median overlevelse var 3 måneder. Oppmuntrende var dog en ikke-randomisert sammenligning hvor Huang et al. fant bedre overlevelse hos PML-pasienter ved bruk av alfa-interferon. En tidligere pilotstudie fant dog ikke effekt av interferon.

Cryptococc-meningitt kan behandles poliklinisk med høye doser peroral fluconazol ifølge Larsen et al. Han fant økende effekt og god toleranse av doser opp til 2000 mg daglig, med økt effekt ved tillegg av flucytosin, særlig ved de laveste fluconazoldosene.

- fortsetter på side 19.

D I K T S P A L T E N

MY HEART IS IN THE HIGHLANDS

The first half stanza of this song is old.

My heart`s in the Highlands, my heart is not here;
My heart is in the Highland a-chasing the deer;
A-chasing the wild deer, and following the roe-
My heart`s in the Highlands wherever I go.

Farewell to the Highlands, farewell to the North,
The birthplace of valour, the country of worth
Wherever I wander, wherever I rove,
The hills of the Highlands for ever I love.

Farewell to the mountains high cover`d with snow;
Farewell to the straths and green valleys below;
Farewell to the forests and wild-hanging woods;
Farewell to the torrents, and loud-puring floods.

My heart`s in the Highlands, my heart is not here;
My heart`s in the Highlands a-chasing the deer;
A-chasing the wild deer, and following the roe-
My heart`s in the Highlands wherever I go.

A RED, RED ROSE

An improvement of a street ballad.

Oh, my luve`s like a red, red rose,
That`s newly sprung in June:
Oh, my luve`s like the melodie.
That`s sweetly play`d in tune.
As fair art thou, my bonny lass,
So deep in luve am I;
And I will luve thee still, my dear;
Till a`the seas gang dry.

Till a`the seas gang dry, my dear,
And the rocks melt wi`the sun:
I will luve thee still, my dear;
While the sands o`life shall run

And fare thee weel, my only luve!
And fare the weel a while!
And I will come again, my luve,
Though it were ten thousand mile.

Og samme diktet i Hartig Kirans gjendiktning:

Min elsk er lik ei rose raud
som rann ei junistund.
Min elsk er lik ein fager song
som tonar ljuvt i lund.

Så ven er du, du gode du,
så bjart min kjærleik brenn.
Og eg skal ha deg kjær, mi møy,
så lenge havet renn.

Så lenge havet renn, mi møy,
til fjellet brotnar sund,
og eg skal ha deg kjær mi møy,
til livsens siste stund.

Så lev då vel, du elskte du,
lev vel ved dag og kveld!
Og eg skal koma att, mi møy,
om over tusen fjell.

Robert Burns (1759-1796) var født i Alloway, nær Ayr. Han var sønn av en fattig bonde og drev selv seinere gården. Han gikk bevisst inn for å spille rollen som "naturgeniet som dukket opp fra ingenting". Imidlertid hadde han skaffet seg litterær bakgrunn ved å lese de fleste av 1700-tallets store diktere, og hadde god kjennskap til Shakespear, Milton og Dryden. Han kunne fransk og kjente til latin.

Hans erotiske aktiviteter var mangfoldige og bar frukt ikke bare i form av dikt som ovenfor.

Han fikk utgitt sine første dikt i 1786, *Poems, chiefly in the Scottish Dialect.* Han forsøkte som nevnt å drive gård, men måtte oppgi dette og livnærte seg en tid som skatteoppkrever.

Han fikk i oppdrag å samle inn gamle skotske folkeviser, et arbeid han så på som så ærerikt at han nektet å ta i mot betaling selv om han var lutfattig.

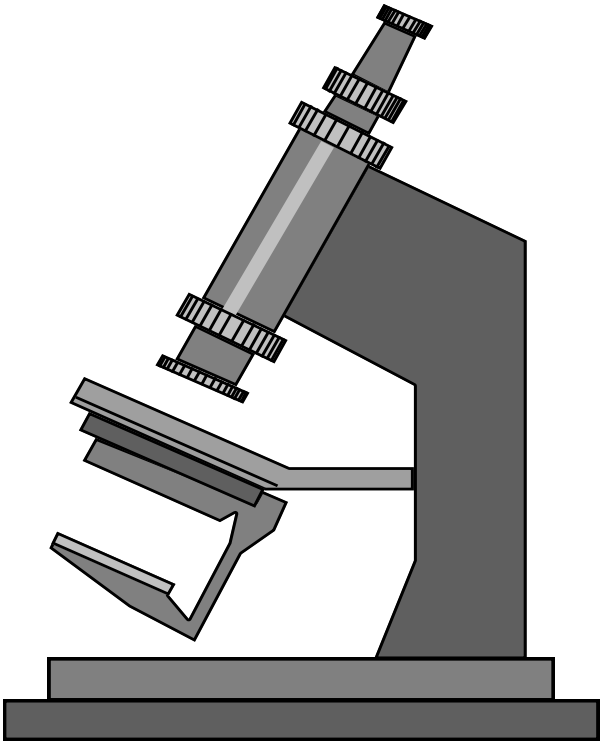
Mangfoldige var temaene Burns tok opp i sine dikt, og ofte fra dagliglivet - som i diktet *"The Auld Farmer`s New-Year Morning Salutation to his Auld Mare, Maggie".*

Den samme tonen finnes i *"To a mouse, On turning up her nest with the plough, November 1785".*

Som kjent er Robert Burns elsket langt utover sitt hjemland Skottland, selv om han skrev nærmest på dialekt. Og vi kunne ikke stå i mot å ta med en gjendikting av Hartvig Kiran; som kjent har han gjendiktet en lang rekke av Burns dikt. Les selv---.

- fortsetter fra side 17.

Cryptosporidie-diaré blir ikke bedre av paromomycin, ifølge Hewitt et al. som hadde prøvd ut dette i en placebokontrollert studie med 35 pasienter. Derimot fant Holmberg et al. at clarithromycin og rifabutin gitt som MAC-profylakse beskyttet mot cryptosporidiose. Både Benhamou et al. og Carr et al. finner at HAART dvs. highly active antiretroviral therapy dvs trippelterapi kurerer en god del av pasientene med kronisk cryptosporidiose. Spørsmålet om microsporidier er patogene stilles igjen, denne gang av Pulvirenti et al. som ikke finner mer symptomatologi hos de med microsporidier enn de uten microsporidier.



Oppstart av HAART kan gi lokal mykobakteriesykdom etter presumptivt asymptomatisk latent tilstedeværelse ifølge Phillips et al. og Race et al., formodentlig pga. forbedret immunologisk reaktivitet overfor mycobakteriene. Disseminert mycobakteriose behandles best med clarithromycin og myambutol, evt. med tillegg av rifabutin, ifølge Chaisson. Han anbefalte amikacin og ciprofloxacin som 2.linjepreparater. Holland snakket om familier med opphopning av MAC-infeksjoner, hvor man hadde påvist monocytt og makrofagdefekter, og med god effekt av gamma-interferon terapi, som også er gitt til HIV-pasienter med atypisk mycobacteriose med en viss effekt.

Det er ikke så ofte norske arbeider refereres ute i den store verden. Hyggelig var det derfor å høre M.R. Neutra's state-of-the-art om transport av antigener og agens over slimhinner. Det ble der gjentatte ganger referert til Bjørn Hanebergs arbeider om lokal slimhinneimmunologi.

Konferansens mest slående innlegg hadde (som vanlig) Joep Lange fra Amsterdam som raljerte over incestuøse kombinasjoner av to medikamenter fra samme produsent og idiotien i å ikke ta hensyn til sykdommens biologi ved terapeutiske overveielser. Han satte opp disse regler for start, skifte og seponering av antiviral terapi:

When to start :

When the patient is ready, otherwise HIV-infection is a good reason to start.

When to switch:

When the current drugs stop working or cannot be tolerated or when better drugs become available.

When to stop:

When the patient is ready or when the current drugs stop working and there are no alternatives.

##########

- *fortsetter fra side 15.*

Dunlop (93).

SSAC honorary lecture ble holdt av ***Lars Åke Hanson*** fra Göteborg som ga en engasjert og meget interessant oversikt over ulike immundefekter.

Bristol-Myers-Squibb poster award ble tildelt en islandsk poster med ***V. Magnusson*** som førsteforfatter. Den var en av flere islandske postere basert på undersøkelser av effekten av penicillin og ceftriaxon på penicillin-følsomme og penicillin-resistente pneumokokker i museforsøk. I den aktuelle poster ble det demonstrert at effekten av penicillin ved tilsvarende konsentrasjoner var like god som for ceftriaxon både *in vivo* og *in vitro*. Det er derfor mulig ved optimalisering av doseringen slik at konsentrasjonen hele tiden holdes over MIC å behandle infeksjoner med penicillresistente pneumokokker med penicillin.

Møtet var meget vellykket. Riktignok var det alt for få norske deltagere i år men både våre foredragsholdere og posterne hevdet seg utmerket. Det hører her med til bildet at ***Anne Kristin Goplen*** (et al.) med sin interessante poster om **CNS-lymfomer blant AIDS-pasienter**, scoret høyt og var nær ved å stikke av med posterprisen (tur til ICAAC). Her er det poeng å plukke for flere landsmenn. Vi trenger et eget skandinavisk forum for klinisk mikrobiologi og infeksjonsmedisin hvor vi kan fremme de vanligvis mer nøkterne nordiske synspunkter på både diagnostikk og behandling, og hvor vi ved diskusjon med våre nordiske kolleger kan legge opp en bedre tilpasset strategi for eksempel for å hindre at vi får de samme resistensproblemer som nå ses i mange andre land. Det er derfor å håpe at den norske tilslutningen til disse møtene blir bedre i fremtiden. Vi bør også i større grad enn hittil være med å konkurrere om de ikke ubetydelige forskningsressurser som foreningen formidler til sine medlemmer. Søknadsfristen er 1. februar 1997. Be om søknadskjema fra Svenska Läkarsällskapet, Klara Östra Kyrkogatana 10, P.O.Box 738, S-101 35 Stockholm, og send inn søknad!

Neste årsmøte holdes i Helsinki i september 1997.

*****

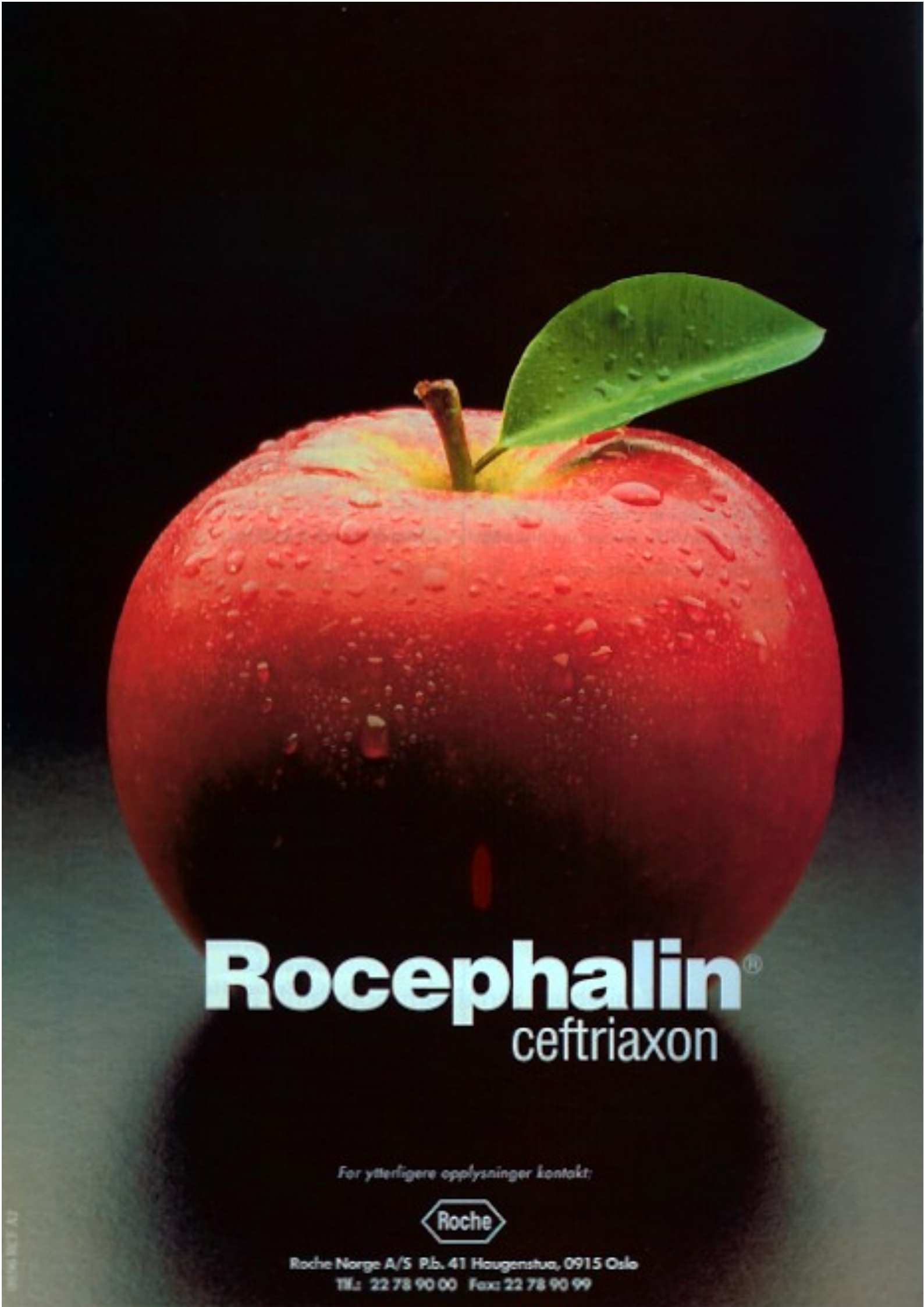
SCANDINAVIAN SOCIETY FOR ANTIMICROBIAL CHEMOTHERAPY (SSAC)

SSAC er en nordisk forening for vitenskapsmenn og -kvinner, samt klinikere med interesse for antimikrobiell kjemoterapi og infeksjonssykdommer. Foreningen er åpen for leger med interesse for kjemoterapi og infeksjonssykdommer samt for andre vitenskapsmenn som driver forskning innenfor fagområdet. Farmasøytiske firma tas opp som støttemedlemmer uten stemmerett.

Formålet med foreningen er å fremme kunnskap innenfor fagområdet, og den arrangerer hver høst et vitenskapelig møte over tre dager i et av de nordiske land. Møtene består av vitenskapelige symposier, inviterte foredrag og postere. Det inviteres en "young scientist" fra hvert land for å presentere viktige forskningsresultater, og det deles ut en pris for beste poster.

SSAC er tilsluttet International Society for Chemotherapy (ISC) og European Section of International Society for Chemotherapy (ESISC) som har ansvar for arrangement av henholdsvis International Congress of Chemotherapy og European Congress of Chemotherapy. Foreningen er også medarrangør i British Hellenic Scandinavian Meeting on Antimicrobial Chemotherapy.

Foreningen har ca. 500 medlemmer fra de 5 nordiske land og den disponerer gjennom Svenska Läkarsällskapet "The SSAC's Foundation for Research in Antimicrobial Chemotherapy" som for 1997 har til disposisjon nesten 1 million SEK for utdeling til sine medlemmer til forskningsformål.


Rocephalin®
ceftriaxon
For ytterligere opplysninger kontakt:
Roche
Roche Norge A/S P.b. 41 Haugenstua, 0915 Oslo
Tlf.: 22 78 90 00 Fax: 22 78 90 99

pest-POSTEN gratulerer !

I tiden fra juni -96 til februar -97 er følgende kolleger blitt godkjente som spesialister i infeksjonssykdommer:

Arne Brantsæter, Oslo

Julia Ruth Chelsom, Bergen

Harald Otto Steinum, Trondheim

Bjørg Nitteberg Sørensen, Molde

Innlegg i pest-POSTEN - fra kolleger til kolleger!

ERRATUM...

Lov for Nfim

Ved en beklagelig feiltakelse var lovteksten for foreningen ufullstendig gjengitt i nummer 4/96 av *pest-POSTEN.*

§§ 6 og 7 var falt ut, og loven gjengis derfor i sin helhet på motstående side.

Loven er oppdatert i forhold til de endringer som lagt ut til uravstemning blant medlemmene, og senere vedtatt ved foreningens generalforsamling i november 1996.

Endringene i loven har også blitt sendt til Den norske lægeforening, og er blitt godkjent derfra.

Lov for Norsk forening for infeksjonsmedisin

stiftet 16. januar 1975
med endringer sist vedtatt 7. november 1996.

§ 1. Norsk forening for infeksjonsmedisin er en spesialforening av Den norske lægeforening (jfr. Lover for den norske lægeforening §14) og har som formål å samle alle som er interesserte i infeksjonsmedisin, og fremme fagets utvikling.

§ 2. Medlemskap er åpent for medlemmer av Den norske lægeforening. Dog kan ikke-leger som har relevante vitenskapelige oppgaver, opptas som medlemmer etter særskilt begrunnelse. Disse kan ikke velges til styremedlemmer, og har ikke stemmerett i faglige spørsmål. Utmelding skjer skriftlig til styret. Har et medlem unnlatt å betale kontingenten i 2 år, betraktes vedkommende som trådt ut av foreningen, og kan bare gjenopptas som medlem når skyldig kontingent er betalt.

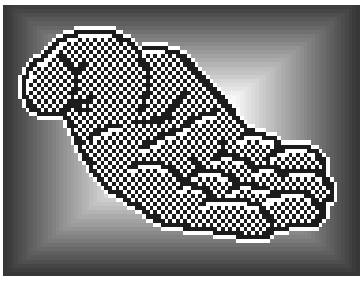
§ 3. Foreningens styre består av formann og 4 styremedlemmer (hvorav ett fungerer som viseformann og ett som sekretær/kasserer) samt 2 varamenn. Styret er beslutningsdyktig når minst 3 styremedlemmer eller 2 styremedlemmer og 1 varamann er tilstede. Styrevedtak fattes ved simpelt flertall. I tilfelle stemmelikhet, har formannen 2 stemmer. Ved ordinære årsmøter med styrevalg velges 3 representanter til valgkomiteen.

§ 4. Styret ivaretar foreningens interesser og behandler alle saker av organisatorisk art. Valg av styre skal foregå samme år som det blir holdt ordinært møte i Den norske lægeforenings landsstyre. Styret velges på årsmøtet for en periode av 2 år og med simpelt stemmeflertall. Formann velges ved særskilt valg. Valgene skal foregå skriftlig. Stemmerett ved valg av styre har alle medlemmer som også er medlemmer av Den norske lægeforening. Ett av styremedlemmene bør når det velges, være lege i utdannelsesstilling.

§ 5. Ordinært årsmøte holdes innen utgangen av november måned. På årsmøtet legger styret frem beretning om foreningens virksomhet siden forrige årsmøte samt regnskap. Medlemskontingenten fastsettes.

§6. Ekstraordinært årsmøte innkalles med minst 14 dagers varsel av styret eller når minst l/3 av medlemmene krever det. Ekstraordinært årsmøte kan ikke treffe vedtak om andre saker enn de som står på dagsordenen.

§7. Forslag til lovendringer må være innsendt til styret minst 2 måneder før ordinært årsmøte og distribuert til medlemmene minst 14 dager før årsmøtet. Til lovendring kreves minst 2/3 flertall og nærvær av minst l/4 av foreningens stemmeberettigede medlemmer. Dersom vedtak om lovendring ikke kan fattes på grunn av manglende oppmøte, anses slike vedtak for endelige dersom 2/3 flertall oppnås ved uravstemning blant medlemmene og minst 1/4 av stemmeberettigede har avgitt stemme.



M A S H - MEDISINSK ARBEIDSGRUPPE FOR SYKEHUSHYGIENE

Smittevern i helseinstitusjoner er blitt et erklært satsningsområde for myndighetene, om ikke kronemessig så i alle fall når det gjelder paragrafer. Leger med kompetanse i faget står potensielt foran store oppgaver. I en tid med stadige utspill ovenfra fulgt av lite ressurser - men mye grasrotentusiasme, oppstår behovet for et interessefellesskap.

Tanker om et slikt fellesskap ble unnfanget under årsmøtet til Norsk Forum for Sykehushygine i Trondheim i september 1995. En beskjeden start ble videreført ved neste årsmøte, og MASH var unnfanget. Hvor langt er arbeidet kommet?

Norsk forening for infeksjonsmedisin og Norsk forening for medisinsk mikrobiologi har godkjent opprettelsen av arbeidsgruppen. MASH er for tiden i støpeskjeen. Den består av fire oppnevnte personer (Arne Mehl, Egil Lingaas, Reidar Hjetland og Jon B. Haug) som nå arbeider med konstituering og forslag til mandat. Arbeidsform, omfang og organisatorisk plassering er ennå ikke helt avklart, men MASH blir ikke - nok- en forening med statutter og generalforsamling. Den hører inn under spesialforeningene; er underlagt deres myndighet og har ikke annet enn rådgivende funksjon i faglige spørsmål.

Ved siden av akronymet (som ikke har noe med en kjent filmserie å gjøre) er *logoen* over vedtatt - et symbol på en renvasket, utstrakt hånd til pressede, lydige kolleger med nok en oppgave tredt ned over hodet....

Sykehushygiene: Infeksjonskontroll - Forebyggende infeksjonsmedisin - Sykehusinfeksjoners epidemiologi. Er det tid for variasjon av begrepet "Hygiene", beheftet som det muligens er med negative assosiasjoner; ikke minst blant kolleger? Dette er én av de mindre viktige problemstillinger MASH bør beskjeftige seg med.

Utdanningstilbud og etterspørsel er derimot - på litt sikt - viktige tema for MASH. I øyeblikket synes det likevel mest presserende å påvirke beslutningtagere slik at intensjonene i Handlingsplan for infeksjonskontroll og Forskrift om smittevern i helseinstitusjoner føres inn i "riktige" baner.

Hvordan er det f.eks. fatt med legenes "ansvar for å koordinere smittevernarbeidet", en vesentlig del av den nye giv? Vi sender i disse dager ut et spørreskjema til alle oppnevnte kolleger, for derved bedre å kunne belyse dette. Vårt mandat vil delvis bestemmes av svarene vi får, så vennligst - SVAR!

J.B. Haug, for MASH.

British-Scandinavian Congress on Infectious Diseases: REISESTØTTE fra NFIM !

NFIM ønsker å fremme norsk engasjement ved ovennevnte kongress. Dette er en meget tradisjonsrik sammenkomst av infeksjonsleger og mikrobiologer fra Storbritannia, Nederland/Belgia og de skandinaviske land. Deltakelsen fra Norge har dessverre ikke alltid vært like god, og det kan heller ikke sies at faglige innlegg fra Norge har vært svært hyppige i de senere år - selv om våre "kjøttetende streptokokker" fikk en betydelig oppmerksomhet ved det forrige møte i Edinburgh....

Deltakere ved årets kongress i Gent, Belgia 1. -3-. mai som stiller med poster eller muntlig fremføring, kan søke økonomisk støtte fra NFIM til reise og eventuelt opphold. Søknad stiles til formann Haakon Sjursen,Haukeland sykehus, og må fremmes innen 1. juni 1997.

(Styret, NFIM)

Kongresser og møter

1997

1. - 3. mai: **13th British Scandinavian Conference on Infectious Diseases, in collab. with The Infectious Diseases Society of The Netherlands and Flanderns.** Gent, Belgia
Abstract deadline var 15. februar. Kontakt: IFAS, Congress Centra, B-9000 Belgium. Tlf. +32 (0) 9 - 222 40 22, fax: +32 (0) 9 - 220 10 81. (E-post: IFAS@pophost.eunet.be).

25. - 28. mai: **8th European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases.** Lausanne, Sveits.
Abstract deadline var 13. januar. Kontakt: AKM Congress Service, Clarastrasse 57, CH-4005 Basel. Tlf. +41 61 691 51 11, fax: +41 61 691 81 89. (E-post: akm@nethos.ch).

30. - 31. mai : **Vårmøte NFIM / NFMM.** Triaden hotell- og konferansesenter. Kontakt: Overlege Kjell Block Hellum, Medisinsk avd., SiA, 1474 Nordbyhagen. Tlf. 67 92 88 00.

4. -6. juni: **5th Scientific Meeting of the European Society of Chemotherapy.** Military Medical Academy, St. Petersburg, Russland.
Abstract deadline var 1. mars. Kontakt: Congress Secretariat, "Infomedservice", Rizski pr., 26, 198103, St.-Petersburg, Russia. Tlf: + 7 (812) 251-71-17, fax: + 7 (812) 251-31-17.

29. juni - 3. juli: **20th International Congress of Chemotherapy.** Sydney, Australia.
Abstract deadline var 31. januar. Kontakt: 20ICC , C/-ICMS Pty Ltd, 84 Queensbridge Street, Southbank Vic 3006, Australia.
Tlf: + 61 3 9682 0244, fax: +61 3 9682 0288. (E-mail: 20icc@icms.com.au).

12. - 14. september: **Xth International Workshop on Gastroduodenal Pathology and Helicobacter Pylori (EHPSG).** Lisboa, Portugal.
Abstract deadline: 1. april. Kontakt: NEUP, Maria Manuela Martins, Clin. Univ. Med Int. e Gastroenterologia, Alameda das Linhas de Torres, 117. 1750 Lisbon - Portugal. Tlf: + 351 1 757 75 51 Fax: + 351 1 757 68 05.

24. - 26. september: **Faglig seminar sykehushygiene - Årsmøte for Norsk forum for sykehushygiene.** Bodø, Radisson SAS Hotel.
Abstract deadline: 1. juli. Kontakt: Farmasøyt Hege Salvesen Blix, WHO Coll. Centre for Drug Epidemiology c/o NMD, P.boks 100 Veitvedt, 0518 Oslo.
Tlf: 22 16 98 05, fax 22 16 98 18. (E-post: hege.salvesen.blix@nmd.no).

28. september - 1. oktober: **37th International Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy.** Toronto, Canada. Abstract deadline: 16. mai. Kontakt: 37th ICCAC, American Academy of Microbiology, 1325 Massachusetts Ave. NW, Washington, DC 20005-4171, USA. Tlf: +202 942 9248, fax: +202 942 9340 (E-post: meetingsinfo@asmusa.org)

5. - 8. november: **Trends in invasive fungal infections 4.** Barcelona, Spania.
Kontakt: Conference Secretariat, Imedex, Bruistensingel 360, P.O. Box 3283, 5203 DG, 's-Hertogenbasch, The Netherlands. Tlf. +31 73 642 92 85, fax: +31 73 641 47 66 (E-post: imedex@pi.net)

19. - 22. oktober: **International Congress of Sexually Transmitted Diseases.** Sevilla, Spania. Abstract deadline: 1. mai. Kontakt: International Congress of STD, Apartado

VEILEDNING FOR FORFATTERE

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

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

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

Forskergrupper kan eventuelt lage en synopsis av sitt arbeide, med nøyaktig referanseliste.

Foredrag holdt ved møter i regi av Norsk Forening for Infeksjonsmedisin samt prisforedrag kan være på èn til flere sider etter avtale. Artiklene bør inneholde referanseliste og de beste illustrasjonene.

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

VEILEDNING FOR ANNONSØRER

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

Annonsepris (sort/hvitt): kr. 1.500.- inkl. moms pr. 1/1 side. Omslagssider (2. side, nest siste og siste side) kr. 2.000.- inkl. moms. Prisene gjelder *ferdige* annonser.

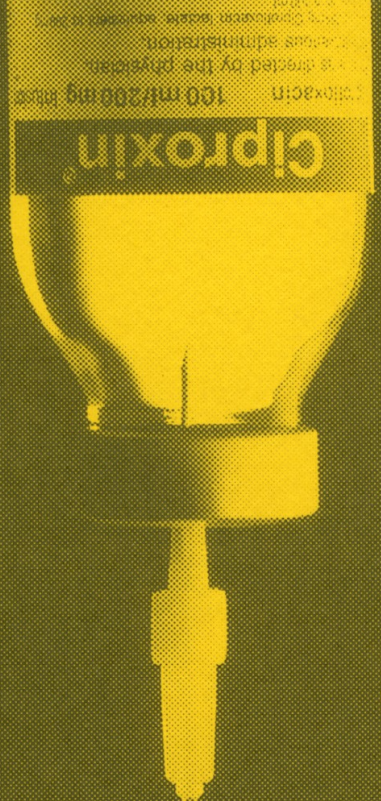
Manusformat A4, positivt trykk på papir eller film. Husk at manuskriptet skal forminskes til C5 format. Vi må ta et forbehold om annonseplass i forhold til stoffmengden forøvrig.

Cefuroxim

Zinacef Monovial®

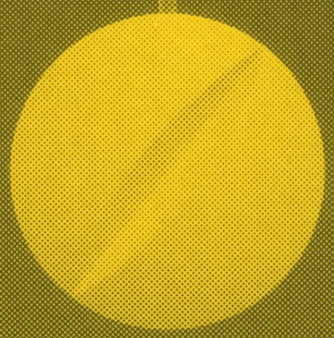
GlaxoWellcome

Glaxo Wellcome AS
Postboks 4312 Torshov, 0402 Oslo
Tlf.: 22 58 20 00 - Telefaks: 22 58 20 04



CIPROXIN®
SEKVENSBEHANDLING

Start med infusjonsbehandling
for deretter å gå over til tabletter.



Ciproxin®
Ciprofloxacin

For ytterligere opplysninger, se Felleskatalogen

Bayer

Bayer Norge A.s
Postboks 114, 1483 Skytta