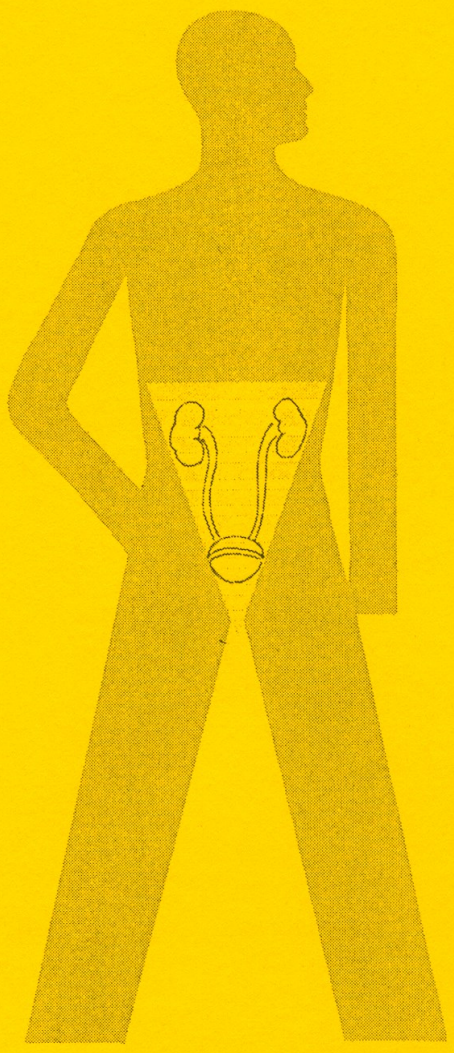
pest-POSTEN

Nr. 2, 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
Medisinsk avdeling,
Haukeland Sykehus

Bjørg Viggen
Medisinsk avdeling,
Regionsykehuset i Trondheim

I N N H O L D :

Redaksjonelt	**s. 4**
Vårmøtet 1997, SiA	**s. 5**
Infeksjonsforum Nord-Norge	**s. 6**
Formannen har ordet	**s. 7**
Statutter /stipendordninger	**s. 8**
Etterlysning	**s. 9**
Referat Herpesforum	**s. 12**
Et kongressråd	**s. 12**
13. BSCID, Gent	**s. 13**
Diktspalten	**s. 18**
Infeksjonsforum Øst-Norge	**s. 22**
8. ECCMID, Lausanne	**s. 24**
Kongresser og møter	**s. 29**
Veiledning for forfattere og annonsører	**s. 30**

***"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

pest-TI, ti-POST

Den sidste sol-blenk er i havet sokken, den fyrste kjem snart or den låge grop; ein dag er tendrad, fyrr en hin er slokken, og kveld og morgon renna heilt i hop.

skrev **Ivar Aasen** som døde for 101 år siden. - Og vakrere enn i de fire linjene fra diktet **Sumarkvelden** kan vel ikke den nordiske sommeren skildres?

- Den som nå er over oss.

Det forhindrer ikke at *pest*-POSTEN denne gang kommer ut med sitt tiende nummer. Ikke noe stort jubileum hvis man sammenligner med redaksjonens forbilde, *Lancet,* men likevel; et jubileum er et jubileum er et jubileum, for å omskrive **Gertrud Stein** enda en gang.

Styret i

Norsk forening for infeksjonsmedisin

Hovedrepresentanter:

Haakon Sjursen, *formann*
Arild Mæland, *nestformann*
Jon Birger Haug, *kasserer*

(og vikarierende sekretær)
Bjørg Viggen, *styremedlem*

Varamann/kvinne:

Julia Chelsom
Rolf Reiersen

Nummer ti bærer kanskje ikke preg av noe jubileum;- den samme nøkterne form som alltid er beholdt, - stoffet er ikke overdådig, men forhåpentligvis til glede for de fleste.

Den observante leser har kanskje registrert ny honorær medarbeider i Oslo-regionen. Øystein Strand har trukket seg tilbake og har overlatt pennen til Arild Mæland. Vi takker Øystein for innsatsen og ønsker Arild velkommen. - Rik blir man ikke på å være medarbeider i denne trykksak,-men som så ofte i vår bransje; æren kan ingen ta fra oss!

pest-POSTEN`s utmerkede redaksjons-sekretær, Jon Birger Haug har referat fra kongressen i Gent.

Vi har fått møtereferat fra 2 Infeksjonsfora, naturligvis fra Norsk Forening for infeksjons-medisin`s vårmøte, fra herpesforum og fra ECCMID i Lausanne. - Takk til referentene !

Formann Sjursen har sin spalte, og naturligvis: diktspalten.

Kanskje noen trodde det skulle bli Ivar Aasen denne gang? Hundreårs jubileum for hans død ble jo "feiret" i fjor.

Men Ivar Aasen har så mange perler som vi alle kjenner fra barnelærdomen, "Millom bakkar og Berg", "Dei gamle fjell", "Dei vil alltid klaga og kyta" osv.,osv., - at han trenger ingen nærmere presentasjon.

Derimot **Rolf Jacobsen**. Enn så lenge ikke så kjent som Ivar Aasen, selv om hans dikt "Anderledeslandet" har vært (mis)brukt i visse sammenhenger.

Så altså Jacobsen denne gang. Orsak Ivar !

Vårmøtet 1997 NFIM og NFMM Triaden, Akershus

Av **Arild Mæland og Jon Birger Haug**

Årets vårmøte fant sted på Triaden i Lørenskog 30.-31. mai med Infeksjonsavdelingen ved Sentralsykehuset i Akershus som arrangør. «SiA» har den siste tiden fått nye og gode krefter både på infeksjonssiden og mikrobiologi-siden og var derfor et naturlig valg for Infeksjonsforeningen. Ivar Kinn et al. hadde fått i stand et bra program og møtet var et godt eksempel på at det ikke er et møtes deltagerantall som avgjør kvaliteten. Vi kunne nok ønske flere deltagere, men vi som var der hadde et par trivelige og utbytterike dager, så nå kan dere andre bare angre... pest-*POSTEN *vil dog informere dere litt om hva dere gikk glipp av.

Første dag var viet næringsmiddelbårne infeksjoner og startet med en oversikt fra **Viggo Hasseltvedt** fra Folkehelsa. Salmonellose-situasjonen er stabil med topper når pepper, sjokolade eller pinnsvin i Moss (?) blir besmittet. Campylobacteriose tallene har økt jevnt både nasjonalt og i Europa siden diagnostikken ble innført på slutten av 70-årene. Vi har mindre yersiniose hos oss etter et nytt «slaktergrep med plastpose» ble innført. For alle -oser gjelder at høy frekvens blant barn kan skyldes økt prøvetagning når de minste er syke.

Ørjan Olsvik fra Tromsø serverte oss EHEC O 157:H7 som kan ha en smittedose ned mot 600 bakterier og som har gitt en mortalitet på 35% ved utbrudd på sykehjem.. Her i landet har vi ennå ikke hatt større problemer «the hamburger bug» men 1% av våre kyr er bærere. Det er noe uklart i hvilken grad norsek kliniske laboratorier sjekker diareprøver mht. EHEC.

Per Einar Granum fra veterinærhøyskolen orienterte om matforgiftninger hvor *C. perfringens*, *B. cereus* og *S. aureus* fortsatt regnes som de viktigste toxinproduserende agens. *B. cereus*-stammer sprayes faktisk på frukt og grønnsaker fra fly, som insektmiddel, og er ikke alltid toxinfrie! Granum er redd for at aeromonasarter i fremtiden kan gi matforgiftninger.

Georg Kapperud fra Folkehelsa har gjort kasus-kontroll undersøkelser på pasienter med yersinioser og campylobacterinfeksjoner. Yersinioser var assosiert med inntak av ubehandlet drikkevann, svinekjøtt, pølser og rått eller dårlig stekt kjøtt. Pasienter med campylo-bacteriose hadde drukket ubehandlet drikkevann, hatt daglig kontakt med hund, spist utendørs grillmåltid eller importert fjærfe og hatt daglig kontakt med katt i større grad enn kontrollene

Henning Sørum fra Veterinærhøyskolen talte om overføring av resistens hos folk og fe og viste at veterinærmedisin og humanmedisin er sider av samme sak, fjøs og sykehus kan være skueplass

- fortsetter på side 17.

INFEKSJONSFORUM NORD-NORGE, SALTSTRAUMEN HOTEL 19.-20. APRIL 1997

Av Trond Flægstad og Claus Klingenberg

Infeksjonsforum Nord-Norge arrangerte møte 19.-20. april på Saltstraumen Hotel. Omlag halvparten av de 40 deltakerne kom fra Tromsø, med ny lokal verdensrekord i snødybde, 2,30 m på flat mark. Derfra var kontrasten til vårlige Saltstraumen, hvor torsken hoppet i verdens sterkeste malstrøm, ganske stor.

Bård Rødsok har arbeidet med HIV forskning hos professor Birgitta Aarsjø, Bergen. HIV blir tatt opp i submukosa og når i løpet av to timer regionale lymfeknuter. I overgangenfra AIDS stadium CDC II til CDC IV, blir lymfeknutenes arkitektur ødelagt.

Lynfocyttene vandrer hele tiden mellom blod og lymfoid vev. I blodet befinner 2% av kroppens lymfocytter seg, mens de resterende 98% vil være i lymfoide organer. Hos HIV infiserte er det et gradvis fall av CD4 positive celler i blod over tid, inntil noe plutselig skjer.

Proteaser er nødvendig for å modne nydannede HIV partikler fra ikke infeksiøse til infeksiøse partikler. Nye medikamenter er nå kommet som hemmer denne proteasen. Dette blir gitt i tillegg til hemmer av virus spesifikk revers trasnkriptase (RNA-DNA) slik som zidovudine (Retrovir).

Antiviral behandling kan påvirke nysmitte av celler, men kan ikke påvirke virus produksjon fra allerede infiserte celler. CD4 positive celler produserer HIV i 2 dager, makrofager i 14 dagher, mens mikroglia i CNS kanskje kan produsere HIV i 1 år.

Behandling mot HIV består av en kombinasjon av to eller tre medikamenter derav 1-2 hemmere av revers transkriptase og en protease-hemmer. En fårumiddelbart en sterk reduksjon av antall HIV partikler i plasma, etter 14 dager kanskje 99% fall. Etter hvert vil det utvikle seg resistens mot medikamentene. Det er mulig at de nye effektive trippelkombinasjonene kan redusere produksjon av HIV partikler til ikke målbart nivå. Foreløpig er observasjonstiden for kort til å si hvor lenge dette varer, til nå har det vært påvist inntil to år. I lymfoid vev reduseres HIV nivået mye senere. I løpet av 12 mnd. vil HIV partikler i lymfeknuter kunne reduseres med 90% uten proteasehemmere. Med proteasehemmere gjøres dette raskere og man har ikke vært i stand til å påvise virus i lymfoid vev etter 6 mnd. behandling.

Rødsok refererte så fra eget arbeide. Han har spesielt undersøkt tonsille biopsier som eksempel på lymfoid vev ved HIV infeksjon. Det fungerer som annet mukosa assosiert lymfoid vev. Det er funnet at infeksiøst provirus der har 40 ganger høyere konsentrasjon i tonsillære CD4 positive celler enn i blodets CD4 positive celler. Det drastiske tap av CD4 positive celler i blod avspeiles i sterkt økt HIV poduksjon i lymfeknuter, og en får da svekket rekruttering av naive lymfocytter.

Apoptose (programmert celledød) av T-celler er stor ved høyt nivå av plasma HIV, men ved redusert HIV tall i plasma reduseres apoptosen.

Han diskuterte så når HIV behandling skulle starte, og mente at tidlig behandling bør startes allerede før symptomene kommer, og før lymfoid vev er ødelagt kan være indusert. Kanskje kan tidlig behandling kunne utrydde HIV i kroppen. Han mente ellers at man må starte med behandling med tre medikamenter samtidig. Det var en viss motstand mot tidlig behandling i salen og det ble spesielt påpekt dette med resistensutvikling. Det ble også påpekt at virus kan ligge i kirkeasyl i

hjernen hvor det retrovirale politi ikke kan komme inn. Rødsok mente at alle pasienter med over 10000 RNA kopiert/ml plasma bør behandles. I

dag behandles det ved symptomer eller 30 000 RDA kopier eller CD tall under 300-350.

Terje Traavik ved virusavdelingen, Institutt for medisinsk biologi, Universitetet i Tromsø, foreleste om virus og kreft. Det er mange humane virus med onkogent potensiale, dvs. kan drive cellene i retning mot kreftceller. Hvorfor er det så vanskelig å trekke konklusjoner om årsakssammenheng mellom virus og kreft?

Det er ingen enkelt årsak til utvikling av en kreftform. Det er forskjellige faktorer som må virke i lag dersom kreft skal utvikles. Mange virus kan yte bidrag til onkogenese (kreftutvikling) sammen med kjemiske stoffer og stråling. Onkogenesen kan initieres og vedlikeholdes av flere forskjellige agens. Man studerer gjerne transformerte dvs. omdannede celler i cellekultur, og spesielt ser man på det som heter anchorage independence, dvs. om cellen er i stand til å vokse i soft agar. Det er spørsmål hvor relevant dette er til kreftutvikling *in vivo*.

Onkogener er gener som koder for økt vekst, og overuttrykk eller mutasjon av disse gener kan bidra til kreftutvikling. Tumor suppressor gener, også kaldt bremsegener, vil virke motsatt, dvs. redusere vekst. Ved defekt av disse genene kan kreftutvikling komme i gang, spesielt kjent er defekte retinoblastom-gener (Rb) ved utvikling av retinoblastom (netthinnesvulst hos små barn).

I cellesyklus er det et sjekkpunkt på overgangen mellom G1 og syntesefase. Proteinet p53 er her svært avgjørende. Det styrer cellene i apoptose, altså programmert celledød, med mye skade på DNA, mens ved intakt DNA kan det skje normal celledeling. Ved manglende p53 effekt kan man risikere at muterte celler deler seg videre og etterhvert kan danne kreftsvulster. Det er påvist mutert p53 i mange forskjellige former for kreft.

Hvordan kan så cellene påvirkes og endres slik at det blir kreftutvikling? Virus kan integreres i viralt DNA slik at det dannes nye genprodukter med nye egenskaper. Virus kan uttrykke viralt onkoprotein, dvs. at cellene får et ekstra onkogent produkt som påvirker det i kreftretning. Virus kan også påvirke cellene sekundært ved at de infisererer signalproduserende celler slik at cellenes miljø blir endret. Det kan også fungere ved en såkalt hit- and run- mekanisme, dvs. at virus går inn cellene, gjør ett eller annet galt og så forsvinner igjen.

Virus som i dag er kartlagt som sikker delårsak ved kreft hos mennesker er HTLV 1 og 2 ved leukemi og lymfom, humant papilloma virus ved kreft i livmorhalsen, Epstein-and Barr virus ved Burkitts lymfom og nasofangialt karsinom, og hepatitt B-virus ved hepatocellulært karsinom.

Traavik gikk så videre og ga eksempler på egen forskning hvor man spesielt har arbeidet med polyoma-virus som er av tre typer, BKV, JCV og SV-40. SV-40 er egentlig et ape-virus, men ble inokulert på mennesker da det var en forurensing til poliovaksinen som ble gitt fra 1956-63.

Det er funnet SV-40 virus i mestocelliom, dvs. svulster utviklet fra brysthinne. Dette er en kjent svulsttype som er assosiert med asbestose, slik at kombinasjonen av asbest og SV-40 synes å ha kreftomframkallende effekt.

Disse virus kan kode for et såkalt tumorantigen (T -ag) som er et onkogent protein. Dette inaktivere tumor suppressor genene p53 og Rb. De kan også aktivere andre onkogener og destabilisere cellens genom.

Disse virus kan også danne forskjellige typer svulster ved inokulering i nyfødte gnagere og ved transgene modeller. Det er der utviklet bl.a. mesoteliom og nevroblastom. Fra egen forskning kunne Traavik fortelle at det er funnet BK-virus DNA og T-ag i nevroblastom hos små barn. Med unntak av hjernesvulster er dette den vanligste svulsttypen hos små barn. Om dette viruset har noen årsaksmessig sammenheng med av denne type kreft er det altfor tidlig å si noe om ennå.

Diskusjonen ble avsluttet med et par fyndord: "Kreft er prisen for å være en flercellet organisme." "There are more persons living from cancer than dying of it." Det betyr at forskningen fortsatt går videre i et høyt tempo.

Arnfinn Sundsfjord, Mikrobiogisk avd., Universitetet og Regionsykehuset i Tromsø, foreleste leste om det nye hepatittviruset hepatitt G-virus (HGV). Det er spesielt funnet hos intravenøse stoffmisbrukere, ved transfusjoner og dialysepasienter. De fleste smittede utvikler kronisk infeksjon.

Én til to prosent av alle friske blodgivere, også i Norge, har dette viruset. Der er spørsmål om det virkelig er et hepatittvirus eller en uskyldig

- fortsetter på side 15

Formannen har ordet:

I dette siste nummeret av *pest-POSTEN* før sommerferien skal det refereres noe fra vårt internasjonale samarbeid. Først om vårt forhold til EU.

Infeksjonsmedisin er nå godkjent spesialitet innenfor EU, og Norsk forening for infeksjonsmedisin er medlem av den såkalte UEMS-seksjonen for infeksjonssykdommer. UEMS står for EU's union for medisinske spesialiteter og ble dannet i 1958. Et konstituerende møte for et utvalg innen UEMS-spesialiteten ble holdt i Brussel 15. mars i år der formannen var tilstede.. UEMS har 18 medlemmer som består av EU-landene pluss Norge, Sveits og Island. I tillegg er Ungarn, Malta, Slovenia, Tyrkia, Polen og Slovakia assosierte medlemmer. Det er til nå 35 spesialiteter godkjent innenfor UEMS, infeksjonsmedisin fra 1996. Hensikten med møtet var å utarbeide felles retningslinjer for spesialistutdanningen i infeksjonsmedisin innenfor EU. Det kan nevnes at det bare er Portugal og Sverige som har uavhengige spesialiteter i infeksjonsmedisin, mens det i Danmark, Italia, England, Norge og Irland er en subspesialitet innenfor indremedisin. Norge og Danmark er de to landene som har lengst utdanning. Retningslinjene vil sannsynligvis inneholde minst den samme utdannelsen innenfor subspesialiteten som i Norge, men sannsynligvis noe kortere generell utdannelse, f. eks. noe mindre indremedisin enn det som kreves i Norge i dag. Det vil foreløpig ikke være et krav at man innfører disse retningslinjene i de enkelte land for at man skal opprettholde medlemsskapet, men man vil selvsagt bli oppfordret til å justere de nasjonale krav mest mulig i henhold til de felles retningslinjer.

Den 13. British Scandinavian Conference on Infectious Diseases ble holdt i Gent i Flandern, Belgia fra 1.-3. mai i år, arrangert av den nederlandske og flanderske infeksjonsforening. Det var første gang konferansen holdt utenfor foreningens område og det ble faglig meget bra. Antall norske deltakere var 3 doblet fra forrige gang i Skottland fra 7 til 20. Men fortsatt altfor få! På formannsmøtet kom det frem at Nederland og Flandern gjerne ville bli medlemmer. Det ble derfor bestemt at navnet skulle endres til North European Society of Infectious Diseases. Neste møte blir arrangert om 3 år i Finland, deretter Danmark og først om 9 år er det vår tur igjen. Jeg vil også nevne at de norske bidragene med henholdsvis Peter Brandtzæg om meningokokksykdommen og Ørjan Olsvik og Vegard Skogen om difteri var blant - etter min mening - de beste innslagene på møtet.

Endelig vil jeg nevne fra møtet i ESCMID (European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases) som ble holdt under ECCMID kongressen i Lausanne den 26. mai. Infeksjonsforeningen var representert ved formannen, Norsk forening for medisinsk mikrobiologi ved Peter Gaustad og Scandinavian Society for Antimicrobial Agent ved presidenten Johan Bruun. Det ble bestemt at rådet av nasjonale foreninger skulle tas opp i ESCMID's råd slik at hvert land nå vil ha to representanter i rådet. ESCMID baserer seg

fortsatt på individuelt medlemskap, men de nasjonale representanter i rådet vil bli medlemmer slik at det i hvert fall vil bli lettere å formidle informasjon til medlemmene av de nasjonale foreninger.ECCMID er nå blitt stor og tar sikte på å bli enda større samt at kongressen vil bli arrangert vært år. De har god økonomi, og de tar sikte på å øke innsatsen når det gjelder utdanning og ESCMID har også fått sitt eget tidsskrift, CMI, Clinical Microbiology and Infection. Det ble sagt fra presidentens side at de tar sikte på å bli like stor og tilstrebe like høy kvalitet som f. eks. ICAAC (Interscience Conference of Antimicrobial Agents and Chemotherapy) slik at det ikke lenger skulle være nødvendig for europeere å reise til USA på kongress. Det ble også diskutert et nærmere samarbeid, evt. sammenslåing med European Society of Antimicrobial Agents som jo som kjent, hadde sitt første møte i Glasgow i fjor idet det ble poengtert at et var viktig å ha en kongress som både tok opp mikrobiologi, diagnostikk og behandling og ikke kun behandling. Det kan lett bli for mange kongresser som tar opp de samme emnene. Jeg har derfor forståelse for at man forsøker å samordne møtene.

Vårmøtet ble holdt ved Sentralsykehuset i Akershus 30.-31.mai med mange gode innlegg og interessante foredrag om importsykdommer og zoonoser.

Indremedisinsk Høstuke får i år ny form og blir kun på 2 dager, 6.-7. november, dvs. kun spesialforeningenes dag og den felles dag: *Hva er nytt innenfor de ulike spesialitetene?*

ETTERLYSNING

FINNES DET fortsatt en infeksjonsmedisiner, mikrobiolog eller helsetilsynslege som ...

1. ***har sett eller hørt om en mulig resistent stafylokokk,***

   og som

2. ***ennå ikke er intervjuet / avbildet / filmet i den anledning ?***

Vennligst ta omgående kontakt med NRK, TV 2, Aftenposten, Dagbladet, Firdaposten, Trangviksposten, Ullern Avis, Se og Hør, Norsk Ukeblad, Fikenbladet eller Kokkenytt.

Vi er interessert i fyldig foto-/filmreportasje - og gjerne

Statutter / retningslinjer for stipendordninger, NFIM / NFMM

Statutter for Bayer-Domagk stipend

Stipendets formål er å stimulere leger som er aktive innen forebyggelse, diagnostikk eller behandling av infeksjonssykdommer til å hente ny kunnskap og inspirasjon til videre arbeid eller forskning innen sitt felt. Stipendets størrelse er kr. 30.000 og stipendet kan ikke deles mellom flere søkere.

Stipendet utdeles i forbindelse med NFIMs høstmøte, søknadsfrist er 1. september. Søknad stiles til styret i NFIM og 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 stipendet (studieopphold, forskningsformål eller lignende) må beskrives (maksimalt 3 sider). Det gis ikke støtte til isolert deltakelse i kongresser.

Innstilling til stipendet utarbeides av den faste stipendkomiteen i NFIM som skal vektlegge den personlige innsats og engasjement med hovedvekt på de siste 3 årene. Firma Bayer Norge A/S er representert med sekretær uten stemmerett i komiteen. Den som får stipend, må etter at stipendiet er benyttet gi en rapport, muntlig eller skriftlig etter avtale med foreningens styre, f.eks. ved faglig innlegg på møte i NFIM eller i *pestPOSTEN*.

Statuttene er utarbeidet i samråd mellom Bayer Norge A.s og styret i NFIM og vedtatt 10.6.96.

Abbots reisestipend for infeksjonsleger og mikrobiologer

Følgende retningslinjer gjelder:

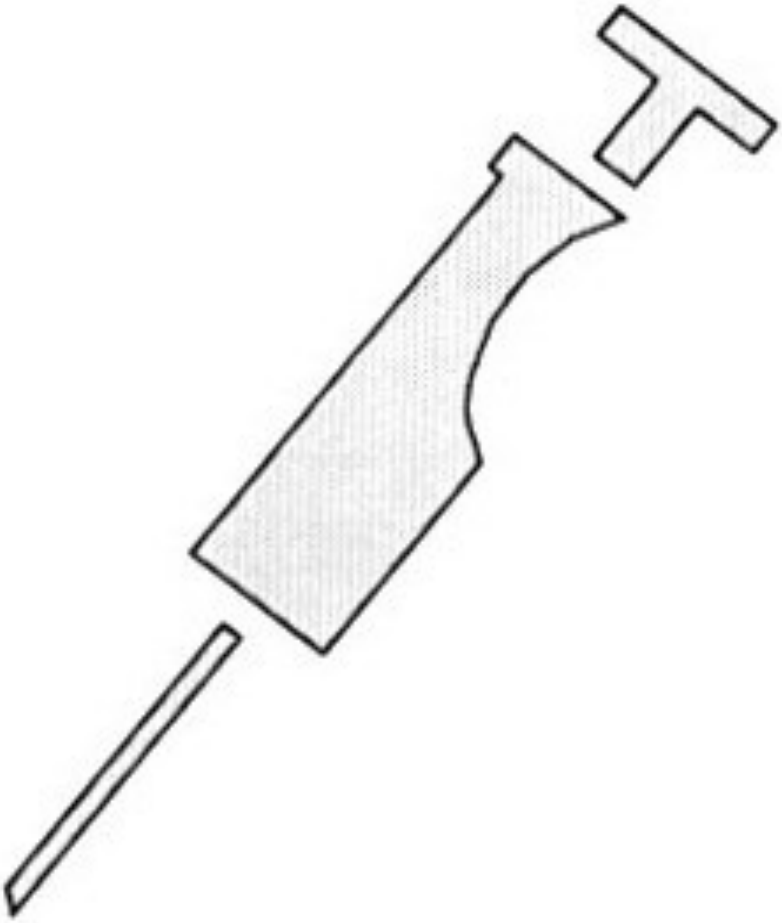
- Stipendet er begrenset oppad til kr. 30,000.- og utbetales etter bilag/reiseregning.
- Alle medlemmene av foreningene (NFIM og NFMM) kan søke.
- Stipendet kan ikke deles av flere.
- Stipendet vil bli utdelt hvert år, første gang høsten 1996. Søknadsfrist er satt til 1. oktober.
- Stipendet skal benyttes 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 infeksjons-medisinere / mikrobiologer og en sekretær for ABBOTT som vil fungere som sekretær.

******

Søknader til begge stipend sendes:

Styret i NFIM v/ formannen,
Seksjonsoverlege Haakon Sjursen
Infeksjonsseksjonen,Medisinsk avdeling B
5021 Haukeland sykehus

ZENECA



En samarbeidspartner
også på antibiotika

Nok et vellykket møte i "Norwegian Herpes Management Forum" (NHMF)

Av Bjørn Myrvang

Årets møte i NHMF ble arrangert på Solstrand 24. og 25. april. Vestlandet var i den anledning pyntet i vårskrud, og sola skinte over fjell, øyer og fjorder. Årets møte var viet herpesinfeksjoner hos pasienter med nedsatt infeksjonsforsvar, med hovedvekt på problemer hos HIV-pasienter og transplantasjonspasienter.

Leger fra en rekke spesialiteter var invitert til møtet: Infeksjonsmedisin, mikrobiologi, hematologi, dermatologi, transplantasjonskirurgi, pediatri m.fl., og den mangslugne sammensetningen av møtelyden var nok med på å gjøre møtet vellykket. De fleste foredragsholderene var norske, og alle holdt utmerkete innlegg. For å gi møtet en internasjonal sus var i tillegg Pauls Griffith fra London og Ingemar Ernberg og Per Ljungmann fra Stockholm invitert for å tale om sine spesialemner.

I programmet inngikk båttur til Lysøen hvor det var konsert og omvisning. Sterke positive adjektiver kunne brukes om den opplevelsen. Det er laget et hefte som inneholder sammendrag av alle foredrag som ble holdt under Solstrandmøtet. De av *pest-POSTENs* lesere som ikke var til stede, kan få abstraktheftet tilsendt ved å kontakte Per H. Aabakken, Glaxo Wellcome. I 1998 vil det årlige møtet i NHMF bli arrangert i eller i nærheten av 1000-årsjubilanten Trondheim.

Et kongressråd!

I vår avdeling for refuserte kongress-referat, kan vi idag bringe følgende:

Det er tid for kongresser. En vil anta at flere enn denne medarbeider stundom har følt seg litt fortapt på de store kongresser, ensom og langt fra "furet, værbitt" i de store metropoler, - dersom det ikke er andre nordmenn til stede.

Man kan da gjøre som undertegnede.

På en kongress i Milano var det nesten ingen untatt damene ved registrerings-disken som snakket til *pest-POSTEN`s* utsendte.

Derimot gjorde man den observasjon at en lang rekke notabiliteter kom og håndhilste på vår gode venn Tom Bergan.... Man henstilte derfor til Bergan at han gikk ut hovedinngangen og gjorde entrè på nytt, - gikk direkte mot undertegnede, håndhilste med begge hender mens vi gikk en runde, stadig håndhilsende, med begge hender, smilende.

- Bergan gjennomførte opplegget prikkfritt.

Resultatet uteble ikke; i løpet av 1 -ett - minutt kom flere til stede og ønsket å bli presenterte for denne trykksak`s unnselige medarbeider.

På denne måten kan man få knyttet nye og nyttige kontakter på en enkel måte.

OB

13th British Scandinavian Conference on Infectious Diseases

(In collaboration with the Infectious Diseases Society of the Netherlands and Flanders)

Gent, Belgia 1. - 3. mai 1997

Av Jon Birger Haug

Denne tradisjonsrike kongressen ble sist holdt i Edinburgh med relativt dårlig besøk her fra berget. Denne gangen var det langt bredere norsk representasjon både på tilhører- og bidragssiden. En vakker gammel belgisk by og sommerlig vær ga en fin ytre ramme. Tema som var valgt var immunoterapi, antibiotikaresistens, vektor-bårne infeksjoner, ĺe-emerging pathogens,"og nyutvikling innen kjemoterapi. Og ikke et ord ble sagt om Creutzfelt Jacob eller BSE! - Noen inntrykk hitsettes fra utskremt medarbeider.

En sterk åpning sto **Jan Anderson** fra Karolinska Institutet for, under sesjonen *Ĺmmunotherapy of infection."* Han redegjorde for cytokin-produksjonen *in vivo* ved ulike infeksjonssykdommer, bl.a. ved sepsis hvor endotoksiner induserer en rask produksjon av ulike cytokiner. Cytokinproduksjonen som følge av eksotoksiner dannet av f.eks. *Staph. aureus* og streptokokker er derimot avhengig av T-celler og makrofager og begrenses derfor til lymfoid vev. Immun-patogenese og spesifikk cytokinproduksjon må derfor undersøkes der infeksjonen er lokalisert eller i proksimalt lymfoid vev. Ellers fremgikk - som vanlig etter slike foredrag - at immunmodulasjon (i alle fall for uinvidde) er svært komplekst, og at det nok ennå er et stykke frem til praktisk anvendelse av den kunnskap man har.

B.J. Kulberg fra Nijmegen resymerte "state-of-the-art" for rekombinante hematopoetiske vekst-faktorer. Mens de fleste studier viser gunstig effekt på varighet av nøytropeni og sykehusopphold, påvirkes ikke overlevelsen ved bruk hos granulocytopene pasienter. Hvorfor? Vekstfaktorer virker best når benmargen er i regenerasjonsfase, dvs. når nøytrofile overstiger 100/mm^3. På dette tidspunkt kan flere alvorlige infeksjoner alt ha etablert seg. Diagnostikk av soppinfeksjoner er dessuten for dårlig til at en formodet gunstig effekt ved bruk av vekstfaktorer har latt seg påvise hos neutropene. Ved spesifikke infeksjoner hos immun-

kompetente (invasiv candidiasis, neonatal sepsis, kirurgiske sårinfeksjoner) har prelimenære studier derimot vist gunstig effekt av vekstfaktorer som adjuvant terapi.

Torsdagens ettermiddagssesjon *"Consequences of antibiotic resistance"* ble innledet med et innlegg om resistens og kryss-resistens mot antivirale midler ved **Charles Boucher** fra Utrecht. Han omtalte kun HIV-infeksjon, og særlig de - problemer man har ved behandling av ikke-naive pasienter og som følge av manglende compliance ved bruk av omfattende nye trippelregimer. En grei oversikt, men ikke så mye nytt her. Which drugs to replace? Which drugs to change to? Antallet nye midler er ikke stort nok for hyppige skifter, og vi vet ennå ikke nok om klinisk signifikant kryss-resistens mellom medikamentene. Pålitelig måling av viral resistens er ikke alment tilgjengelig nå, men bør bli det om vi skal kunne styre antiretroviral behandling på fornuftig måte.

George H. Shiller fra Schering Plough la frem data om aminoglykosid-resistens (AG-R) fra europeiske og latin-amerikanske land. Han postulerte at prevalens av AG-R i *Klebsiella* og andre Enterobacteriaceae gjenspeiler selektivt antibiotika-trykk i en gitt region. En grundig gjennomgang av historiske studier underbygget dette, med data som fortalte at økt bruk gir økt resistens. Mekanismen for AG-R i Pseudomonas beror på nedsatt permeabilitet, og er mer uavhengig av et selektivt AB-trykk. Isepamicin er det eneste virksomme midlet i regioner med uttalt AG-R mot Enterobacteriaceae.

H. Gossens fra Antwerpen snakket om vanco-mycinresistens hos enterokokker - VRE - et hett tema også i Norge... (*se annonse side 9*). I USA har dette vært et økende problem siden 1989, mens studier utført i Frankrike og Belgia indikerer at forekomsten i Europa p.t. er 0 - 2% . *Enterococcus faecium* som forekommer i ca 15% har likevel en høyere resistens både mot vancomycin (11%) og teicoplanin (9%). Hos pasienter med cancer, kronisk nyresvik, organ-transplantasjon og et langvarig sykehusopphold forekommer VRE relativt hyppigere. Han etterlyste ellers standarder for resistensmetodikk og prøvemateriale samt enhetlige MIC-grenser for epidemiologiske studier av VRE.

I et av de frie foredrag under denne sesjonen fant **M. Bonten** fra Chicago graden ("trykket") av kolonisering av VRE, sondeernæring og bruk av 3. generasjons cefalosporiner er signifikante faktorer for spredning av VRE i intensivavdelinger. (Korrekt håndvask og - desinfeksjon betød statistisk sett ingenting..) 190 pasienter ble analysert, og en omfattende protokoll og dataanalyse lå til grunn. Ved høy grad av VRE-kolonisering var dette mest utslagsgivende for spredningsrisiko. Dette betyr vel at screening av fekal VRE-flora kan være et fornuftig overvåkingsverktøy?

Fredagen åpnet med *"Vector-mediated infections"* som var ganske spennede sesjon. **Geoffrey Pasvol** fra UK ga oss litt globale fremtidsvyer ved å omtale mulige og påviste effekter av klimaendringer på forekomst og utbredelse av slike infeksjoner. Særlig vil dette få betydning for infeksjone som dengue, malaria og virus-encephalitter overført av moskitos. En økning av global temperatur med 2^0 C innen år 2010 vil i Norge trolig bare medføre at 17-maitoget i Tromsø oppnår klisterføre, men det for tropiske vektorer vil bety en dramatisk reduksjon i såkalt "extrinsic incunbation period" dvs. tiden fra akvirering til videreføring av smittsomt agens. I tillegg kan antallet infeksiøse vektorer øke dramatisk. En 3-fold økning i transmisjonsrate for f.eks. denguefeber kan bli følge av de neste 10-15 års globale oppvarming. Han avsluttet et godt foredrag med å oppfordre til en systematisk monitorering av de forandringer vi trolig står ovenfor.

Et greit, men noe mindre spennende oversikts-foredrag om Hantavirus og spektret av sykdommer ble gitt av **J. Clement** fra Brüssel. 24 serotyper av viruset er erkjent og 10 av disse har til dels ulike vektorer, gir sykdommer av ulik art, og med ulik geografiske spredning.

Malaria-oppdateringen gitt av **A. van Gompel** fra Antwerpen var OK; til tross for at han gjennomgikk svært mange aspekter på kort tid: patofysiologi, diagnose, terapi og forebyggelse innen et såvidt komplisert tema skal vanligvis

- fortsetter på side 26.

- fortsetter fra side 7.

passasjer. I nylige NEJM-publikasjoner er forekomsten av HGV undersøkt i et posttransfusjonshepatitt- og et akutt hepatitt materiale.

Alter og medarbeidere konkluderer med at:

1. Det ikke er noen sikre holdepunkter for at HGV som et etiologisk agens ved non-A-E hepatitt.
2. Persisterende HGV infeksjon synes ikke å være assosiert med kronisk sykdom og påvirket ikke forløpet av samtidig hepatitt A, B og C virus infeksjon

Det er i Norge foreløpig uklart om det bør tas status med henblikk på HGV infeksjon hos blodgivere.

De nye retningslinjer for immunisering mot hepatitt B virus fra juni 1996 og kasuistikker med smitte fra helsearbeider med kronisk HBV/HCV-infeksjon til pasienter ble gjennomgått. For helsepersonell som hyppig er i direkte kontakt med blod og blodholdige kroppsvæsker på en måte som medfører fare for eksposisjon bør det være et personlige ansvar med å kjenne sin egen immunstatus. Bedriftshelsetjenesten har ansvar for å gi de risikoutsatte helsearbeider et tilbud.

Terje Traavik snakket så om genmodifiserte organismer og det økologiske aspektet ved dette under mottoet: En krysning flykter sitt spor. I Norge brukes det årlig 700 mill kroner til produksjonsrettet forskning hvor det inngår bioteknologi, men bare 3 mill kroner hvor man målrettet studerer helse og miljøeffekten av bioteknologi. Det som spesielt brakte Traaviks interesse for disse spørsmål var at injeksjon med nakent viralt DNA (BK-virus) ble tatt opp i kanin. Alle dogmer sa at dette ville bli nedbrutt av nukleaser, men så skjedde ikke. Virus DNA ble omdannet til infeksiøst virus.

Som horisontal genoverføring regner man ikke-seksuell overføring av genetisk informasjon, f. eks. spredning av genet for antibiotikaresistens mellom bakterier. Horsiontal genoverføring er en viktig del av evolusjonen, og har derfor både positive og negative effekter.

Traavik mante til sterke restrikasjoner når det gjelder å sette ut gen-modifiserte organismer i naturen. Dette kan ikke tilbakekalles. Begrepet risiko er lik sannsynlighet gange konsekvens. Selv om sannsynligheten er liten er risikoen stor dersom konsekvensen er store

Siste post på lørdagens program var ved ved **Toril Skrivarhaug** som med noe hjelp av **Trond Flægstad**, begge Barneavdelingen, RiTø, som snakket om en mengokokkepidemien i Tromsø høsten 1996. I løpet av 6 uker på høsten 1996 ble det vi på Barneavdelingen, RiTø innlagt 5 barn med meningokokksykdom, alle fra Tromsø kommune. Ved 4 av tilfellene var det vekst av meningokokker gruppe B fra blod og/eller spinalvæske. Fra den første pasienten var det ikke vekst i blod eller spinalvæske. I den forbindelse var det store avisoppslag om dette og hvordan befolkningen skulle forholde seg.

De fant at det kunne være indirekte kontakt mellom 3 av tilfellene. For å kartlegge utbruddet nærmere ble det gjort genetisk fingerprinting av de fire invasive stammene. Tre av stammene hørte til samme klon.

Det ble så gjort halsdyrkning fra foreldre, søsken og nærmeste lekekamerater av de 5 pasientene, i alt 36 personer. Meningokokker ble isolert hos 6 personer. Ved hjelp av genetiske metoder ble den sykdomsframkallende meningokokkstammen funnet hos 3 personer, foreldrene til en pasient og det felles kontakt-punkt mellom 2 av de to andre med identisk meningokokk-klon. Alle disse bærerne ble gitt rifampicin for å utrydde bærertilstanden. Det har ikke vært flere tilfeller av meningokokksykdom i Tromsø.

Dette er en måte å angripe problem med opp-hopning av meningokokktilfeller. Ved meningokokksykdom skal en gi penicillin-profylakse til husstandsmedlemmer under 15 år, men penicillin vil ikke utrydde en bærertilstand. Dersom det er gruppe A eller C skal det vaksineres i nærmiljøet med vaksine mot disse serogrupper.

Det ble her tatt i bruk moderne molekylær-genetiske metoder for å kartlegge og prøve å begrense meningokokksykdom. Dette er metoder som bør overveies ved flere tilfeller i et lokalmiljø.

På søndag startet **Kjell Pedersen**, med.avd., Harstad sykehus, med en forelesning om pneumokokkvaksinering. Pneumokokker for-årsaker vanligvis mindre alvorlige sykdommer

- 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.

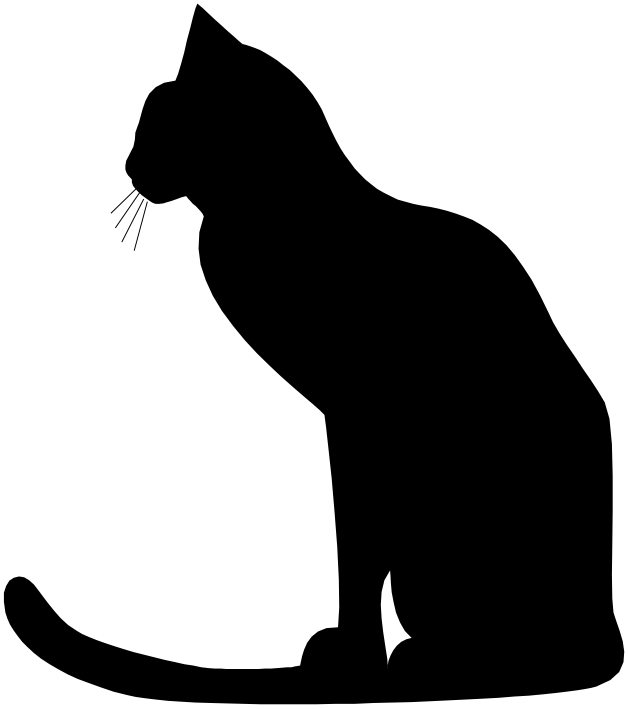
for den samme resistensutvikling. Dårligst likte han lite nedbrytbare antibiotika så som kinoloner.

Møtets britiske gjest, dr. **M. Zeidler**, nå ved WHO i Geneve, snakket om prionsykdommer, og mest om nvCJD, new variant Creutzfeldt Jakob Disease, som han har vært med å kartlegge (Lancet 1996; 347: 921-5). NvCJD skiller seg fra klassisk CJD ved at yngre mennesker rammes, sykdommen er langvarig med lengre overlevelse, mer psykiatriske problemer initialt, og mangler de klassiske EEG-funn. Det finnes ingen gode holdepunkter for at denne sykdommen kommer fra kugalskap. Han understreket at det i England det siste året har vært beroligende få tilfeller slik at han håpet at vi ikke sto foran en ny epidemi.

Ellen-Ann Antal fra Ullevål redegjorde for sitt studium av axonal transport av Listeria. Hos pasienter med Listeriainfeksjon i hjernen finner man histologiske mikroabscesser i hjernenervekjerner. Hypotesen er derfor at Listeria transporteres intraaxonalt. Transport i axoner foregår vanligvis ved hjelp av såkalte kinesiner og dyneiner, og disse (ekstracellulære) transportproteinene "misbrukes" bl.a. av herpesvirus. For Listeria foregår imidlertid transporten i CNS trolig intraaxonalt via aktin-filamenter. At bakterien kan gå fra celle til celle uten å bevege seg intracellulært, forklarer bl.a. det sparsomme spinalvæskefunn ved Listeria-meningitt. Ullevål arbeider med en musemodell i den videre forskningen på dette feltet.

Kjell Block Hellum fra vertskapet SIA orienterte om listeriose og presenterte sitt pasientmateriale fra Trondheim og SIA. Han understreket at selv om gravide og på forhånd svekkete pasienter er mest utsatt, så var halvparten av hans pasienter på forhånd friske og ubefruktete. Han mente ampicillin var det beste medikament, men så ikke noe grunnlag for tillegg av gentamycin, som ofte anbefales. Vi har årlig et titalls tilfeller her i landet, insidensen er fra år til annet mellom 0,02 og 0,4 per 100000. En nordisk case-control overvåkningsstudie av listeria-infeksjoner pågår.

Hellum la også frem en interessant kasuistikk hvor man påviste (dessverre post mortem) rhombencefalitt forårsaket av *Listeria monocytogenes* hos en 14 år gammel jente. Dette er en sjelden tilstand (Mandell angir at 62 tilfeller



er rapportert!).

Pål Jenum fra Folkehelsa orienterte om det nasjonale prosjektet med screening på toksoplasmose i svangerskap. Man fant 10,9 % var infiserte med økende prevalens fra nord (6 %) til sør (13 %). Prevalensen økte med antall barn, men ikke med alder, ihvertfall ikke mellom 20 og 35 år. Høyest insidens blant norske kvinner fant man i Oslo. En case-control u.s. fant at infeksjonen var assosiert med å spise rått kjøtt, uvasket frukt og grønnsaker, rått fårekjøtt eller svinekjøtt (men ikke storfekjøtt), rengjøre kattekasse og ikke vaske kjøkkenkniven. Jenum viste også at en nyutviklet IgG aviditetstest kunne brukes til å tidfeste smittetidspunktet mye bedre enn man tidligere kunne, og dermed gjøre screening mer meningfull. Før man kan avgjøre om screening bør gjennomføres, må man dog vite mer om behandlingen av de som smittes i svangerskapet og hvordan det går med barna.

Are Holm la frem et grundig retrospektivt pasientmateriale fra Aker sykehus vedr. invasiv pnevmokokksykdom. 112 pasienter ble redegjort for, antatt insidens ca. 21,5 per 100000 / år. Letaliteten var 21,4%, 10/24 døde det første døgnet i sykehus. Pasienter med meningitt, sepsis og endokarditt hadde 31% letalitet og 11% av disse infeksjonene var nosokomiale. En rekke

- fortsetter på side 19.

D I K T S P A L T E N

BUSSENE LENGTER HJEM

Bussene lengter hjem.
Her står de på rad ved holdeplassen og lengter hjem
til Lualalambo, N`Kangsamba og Calabar
og til flamingoens skrik i skumringen.

For når det regner på gatene
regner det også ved Lualalambo,
N`Kangsamba og Calabar,
ikke på paraplyer men på den
langbente stork og på flodhesthunnene
under peppertrær.

Når de kommer vraltende gjennem gatenes strøm,
liker de sig godt, men det må være
en lunkent regn, svalt og slubrende
med vannbilder flømmende over rutene
av Lualalambo, N`Kangsamba og av Calabar
og flodhesthunnene sovende under pepper-trær.

MYR

Spettet ut over landet ligger de gule myrer
som flekker av pest.

Gråbleke i regnet og med tåkehette brer de sin
tristhet som endeløse hav mellem tynne skoger.

Rødflammet og mosegule ligger de i solskinnet
og slikker himlen med sin tunge av søt os.

Og noen kranser sig med unge bjerker,som flokker av lyse piker står de og grer sitt hår over lyngtuene.
Og noen hyller sig in en krave av brennende blomster som de lokker til sig ut av
skogene, i en have av mjødurt, storkenebb og hvit skogstjerne.

Og alle har de denne besettende ånde,
denne bitre lukt av søt vin. Mange mil
gjennem skogen kan jeg kjenne den som
en bedøvelse for min tanke.

ROM 301

- Ja, nå kan De få komme inn.
De hadde kledt deg i hvitt.
jeg tok den unge hånden din i min en stund.
Den svarte ikke. Aldri mer.
den som strøk meg så ofte over håret,
nå siden sommeren. Helt fra pannen
ned i nakken. Som om du søkte
efter noe eller visste noe.
Visste du?

(Hånden din, lille hånden din).
Den andre hadde de lagt på brystet ditt
bøyet om en rose. Rødt mot hvitt. En brud
men ikke min.
Så er tiden ute. Noen venter.
(Ansiktet, pannen, hendene)
jeg går mot døren,
nordlyset, stjernevrimlen,
ta i mot.

Rolf Jacobsen *ble født i 1907 i Kristiania og bar med seg varige inntrykk derifra. Syv år gammel flyttet han til Solør og fikk på den måten rot i både bygd og by, eller i ingen av delene. -Hans første diktsamling kom i 1933, - og Myr er hentet fra denne. Det underfundige diktet om Bussene som lengter hjem er hentet fra "Sommeren i gresset"fra 1956 og fortjener sin plass i denne trykksak fordi det oser av det eksotiske, parasittologi og tropemedisin. Rom 301, det vakre kjærlighetsdiktet er fra hans*

- fortsetter fra side 17.

FESTMIDDAGEN var tradisjonell og vellykket. Oppstemt av levende klassisk musikk som introduksjon inntok man god mat og drikke i hyggelig selskap. At Norge slo Brasil i fotball under middagen medførte tidvis tomme stolseter, og var et fullkomment innslag særlig for de av oss som hadde hele tre svenske kolleger til bords.

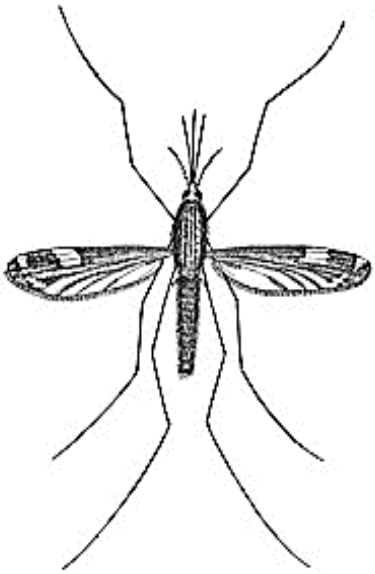
Aksel Schreiner sto for utdeling av **Scheringprisen 1997**. En lang og solid forsknings- og arbeidsinnsats ble belønnet da **Per Bjark** fra Vestfold sentralsykehus mottok seniorprisen. Meningokokk-sykdom, og i senere år borellioser, har vært hovedfeltene for prisvinnerens forskning. Han har gjort seg bemerket i universitetsmiljø men er i særlig grad en eksponent for at høyverdig forskning skjer også utenfor disse miljøer.

Juniorprisen ble tildelt **Anne Kristin Lehman**, stipendiat ved Haukeland sykehus. En ung, lovende forsker innen Neisseriologi som bl.a. har utviklet en ny metodefor å studere opsonofagocytose av spesifikke Mc-epitoper, av betydning for kliniske variabler var registrert, men det var lite nyttig informasjon å få ut av laboratorieparametre.

Lørdagen startet med innlegg om tularemi av **Lars Bevanger** fra Mikrobiologisk avdeling i Trondheim hvor vår nasjonale diagnostikk er sentralisert. Med en faksimile fra "Norsk veterinærtidsskrift 1911" kunne han stadfeste at nordmenn hadde vært først ute igjen, men akk - vårt særegne språk... De kliniske former for sykdommen ble gjennomgått: ulceroglandulær, oculoglandulær, oropharyngeal, intestinal og typhoid form. USA-varianten av *Francicella tularensis* er mer virulent enn den europeiske; av den grunn anbefales i USA ikke dyrkning utført pga. inokulasjonsfare. Dyrkning er vanskelig, serologi (mikroagglutinasjonstest eller yttermembran-ELISA) er metoden å bruke. Problemet i endemiske områder - som i Trøndelag - er at rest-antistoffer kan henge lenge i. Åtte år etter et utbrudd i Trondheim fant man slike antistoffer hos svært mange smittede. Om behandling sa Bevanger at streptomycin eller gentamicin er første valg, mens tetracycliner kan benyttes som peroralt regime.

Fredrik Elgh fra Umeå omtalte Hantaan-viroser under de to hovedgruppene HFRS og HPS. Under HFRS - hemorrhagisk feber med renalt syndrom - finner vi bl.a. Hantaan virus som gir KHF-Koreansk hemorrhagisk feber - og Puumala virus som gir NE - nephropathia epidemica. Under HPS - Hantaanvirus Pulmonalt Syndrom - har vi SNV-Sin Nombre Virus som gir HPS eller Four Corners Disease. Svenskene har NE kun i nord, ca. 200 pr år, mens Folkehelsa finner ca. 100 pr år med høyt titer, men vel neppe så mange med klinisk sykdom? Finnene har flest tilfeller i Norden, mens i Europa er det flest tilfeller på Balkan.

Reidar Mehl fra Folkehelsa er en mann vi gjerne hører mer fra. I et strukturert og engasjert foredrag formidlet han det essensielle om vektorer og smittesystemer. Minner fra fordums trope-medisinsk kurs strøymet på mens man hørte om alle vektorene som overfører menn-esklige lidelser. At de fleste ikke finnes her på berget vet vi jo, men norrønafolket det vil fare - så vi bør kjenne til de vesentligste klegg, stikkmygg, svi-knott og ikke minst flått som forekommer, og hva de overfører.



Californiavirus er funnet i Aedes i Norge, og på Rjukan er 20-30 tilfeller av Sindbis-virus påvist. På Hvaler-øyene har dessuten malaria vært endemisk i hine hårde dager.... nemlig.

Per Bjark, årets senior Scheringprisvinner, holdt et glimrende prisforedrag om Borreliose og delte med oss både egne rikelige erfaringer og det nyeste nye innen forskningen, bl.a. refererte han

- fortsetter på side 23.

- fortsetter fra side 15.

som otitt og sinusitt. De senere årene er det i Norge og resten av Europa tilkommet en økning i insidensen av alvorlig pneumokokksykdom som inkluderer pneumoni og de systemiske infeksjonenene meningitt og sepsis.

Systemisk pneumokokksykdom har en letalitet på 17 %. Særlig eldre pasienter er rammet, men også barn under 10 år. Kjente risikofaktorere for alvorlig pneumokokksykdom er alder >65 år eller < 2 år, aspleni, kronisk hjerte-lungesykdom, diabetes mellitus, alkoholisme, levercirrhose, nefrotisk syndrom, immunsvikt inkludert HIV-infeksjon og malign sykdom. Det har spesielt vært fokusert på miltekstirperte som har en 25 ganger økt relativ risiko for å bli rammet av systemisk pneumokokksykdom, og en 75 ganger økt relativ risiko for å dø av sykdommen. Det finnes 84 kjente serotyper av pneumokokker.

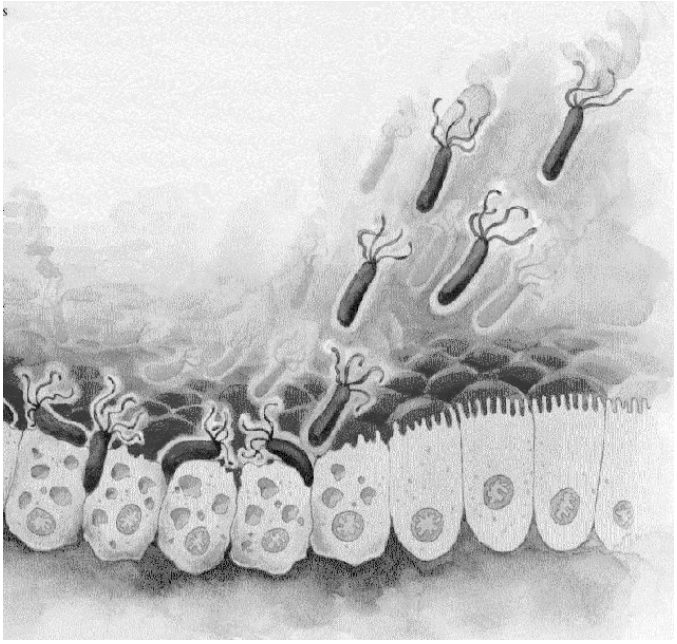
Dagens 23-valente polysakkaridvaksine dekker ca. 90 % av de vanligste serotyper i Norge. Polysakkaridvaksinen er T-celleuavhengig (gir ingen memoryeffekt via CD4-celler) og anti-stoffresponsen (IgG2 og IgM) er avhengig av B-cellesystemet. Den gir ingen antistoffstigning hos barn under 2 år. Det foreligger sprikende resultater med tanke på vaksinens beskyttelseseffekt. I store studier er det vist en beskyttelsegrad på rundt 50-70 % på de vanligste indikasjonsområder, men dårligere effekt hos alkoholikere, pas. med levercirrhose og hos pas. med alvorlig immunsvikt. Det ble understreket at HIV-pasienter har nytte av vaksinen selv sent i forløpet når de allerede har utviklet immunsvikt da vaksinens beskyttelse er B-cellemediert og T-celle uavhengig.

Folkehelsas indikasjon for pneumokokkvaksine i dag er: anatomisk/funksjonell miltmangel, nedsatt infeksjonsforsvar som følge av HIV, Hodgkin, leukemi eller myelomatose, kroniske lunge- eller hjerte/karsykdommer, tidligere gjennomgått systemisk pneumokokksykdom, cerebrospinal-væskelekkasje og alder over 65 år, særlig hvis det foreligger alvorlige grunnsykdommer.

For høyrisikogrupper som splenektomerte bør revaksinasjon etter 3-5 år vurderes. Behovet for antistoffmåling var uklart.

En ny konjugert pneumokokkvaksine er under utvikling. Denne er T-celleavhengig og mer immunogen enn polysakkaridvaksinen. Konjugert vaksine vil, som HiB-vaksinen, også kunne gies til barn under 2 år. Den vil gi en IgG1 og IgG4 respons og gjentatt vaksinering vil gi en booster-effekt. Det er imidlertid vanskelig å dekke mere enn 10 serotyper ved denne vaksinen. En konjugert vaksine vil hindre systemisk sykdom, men neppe otitt og sinusitt.

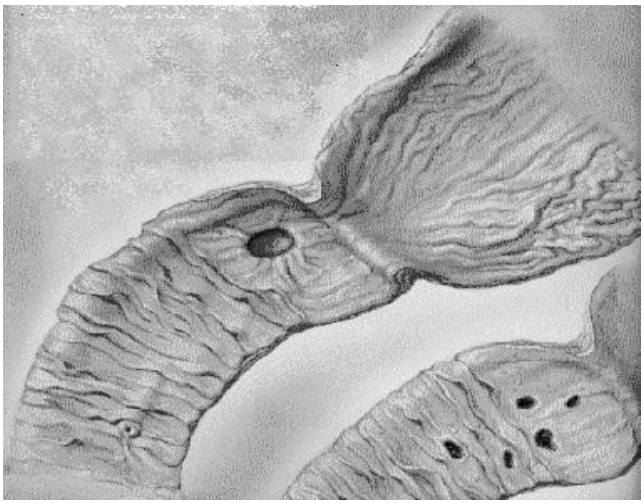
Dag Malm, med.avd., RiTø, redegjorde for dagens ulcusbehandling med undertittelen «fra pH til Hp». Et historisk tilbakeblikk viste den medisinske utviklingen innen ulcusbehandling. Marshall-hjelpens Vismuth-mikstur gikk i glemmeboken da H2-blokkerne revulosjonerte ulcusbehandlingen på slutten av 70-årene. Man sto imidlertid fremdeles igjen med 80 % tilbakefallsrate etter avsluttet behandling og selv langvarig vedlikeholdsbehandling med H2-blokkere ga en residivrate på 50%. Da Helicobacter pylori (Hp) ble gjenoppdaget på begynelsen av 80-tallet var det mange som var



skeptiske til årsaksforholdet mellom Hp og ulcus. I dag er det imidlertid alminnelig godtatt at nesten alle sår på tolvfingertarmen og at de fleste magesår skyldes Hp. For at ulcussykdommen skal utvikles må det i tillegg foreligge lav pH (syre) og en genetisk disposisjon, stress eller annet. Påvisning av Hp kan gjøres ved histologi, dyrkning eller hurtig-ureasetest etter endoskopisk undersøkelse. Serologi og pusteprøve kan også nyttes. Særlig ved etterkontroll av ulcus duodeni

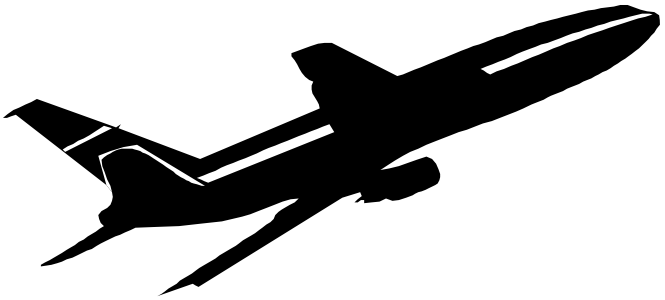
er pusteprøve en enkel og god undersøkelse. Det finnes en rekke behandlingsregimer som gir en høy eradikasjonsrate. Et spørsmål som har dukket opp i kjølevannet av eradikasjonsbehandlingen er om man ved å fjerne Hp, som produserer urease, også senker pH-verdien i ventrikkelen og om dette igjen kan føre til økt forekomst av symptomatisk gastroøsofageal refluks.

Rolv Lindsetmo, kir.avd., RiTø, steppet inn på kort varsel med et innlegg om dyspepsi, Hp og resistens. Av pasienter med dyspepsi har 50-60 % en funksjonell form (NUD), 20-25 % reflukssykdom og kun 10-20 % ulcussykdom. Prevalensen av Hp i normalbefolkningen er relativt høy og øker med alderen. Det er i dag kun dokumentert nytte av eradikasjonsbehandling ved ulcus sykdom. Serologiske hurtigtester er nå tilgjengelig for almenpraktikere.En positiv test ved dyspepsiplager vil imidlertid ikke skille en ulcuspasient fra en pasient med refluks eller NUD. Flere av dagens behandlingsregimer inneholder Metronidazol. Undersøkelser gjort i Tromsø og andre steder har vist en Metronidazolresistens hos Hp på opptil 25 %. Klinisk gir behandlingsregimer med Metronidazol imidlertid god effekt, slik at 1.linje trippelbehandling ved RiTø fremdeles



inneholder Metronidazol i tillegg til Amoxicillin og en protonpumpehemmer. Det er liten resistens mot makrolider ved RiTø, men Klaritromycin reserveres som et 2. linjepreparat da utenlandske erfaringer tyder på et raskt økende resistensproblem ved bruk som 1. håndsmiddel.

Peter Csango, mikrobiolog.avd., RiTø, avsluttet søndagen med å beskrive hvordan insidensen av seksuelt overførbare sykdommer (SOS) har eksplodert i Russland de siste årene. Den epidemien vi ser i vårt naboland vil med økende "samkvem" og reisevirksomhet også berøre oss her i Norge. Årsakene til denne epidemien er mange. Dårlig økonomi, behandling utenfor det etablerte helsevesen, mindre ressurser til offentlig helsevesen, økt reisevirksomhet og en økende grad av prostitusjon kan være noen. I Russland er abort en viktig «fødselsregulerende» mekanisme og



hver kvinne har i gjennomsnitt hatt 4 aborter. Kondomer er dyre og lite tilgjengelig utenfor byer. Det finnes ingen egenproduksjon av p-piller. Insidensen av syfilis er steget dramatisk siden 1993. En antatt prevalens på 254/100 000 tilsvarer over 376 000 nye tilfeller av syfilis i Russland i 1996. Insidensen i St. Petersburg ligger i dag sogar høyere enn den gjorde i Oslo for 100 år siden.

I 1980-årene var Russland forskånet for noen særlig økning av antall tilfeller med HIV/AIDS. I I slutten av 80- årene var det et tilfelle i et barnehjem hvor 260 barn og 22 mødre ble HIV-smittet pga forurensede sprøyter. Etter at Sovjetunionen brøt sammen har HIV-insidensen gradvis steget til det i 1996 ble meldt om 1500 nye tilfeller av HIV. I BMJ stod det: «Russia is on brink of an AIDS epidemic». Tidligere var det forebyggende arbeidet i Russland preget av streng lovgivning og trakassering av risikogrupper som homoseksuelle. Det hersket også en utbredt redsel for testing av angst for forfølgelse. I dag er en rekke private organisasjoner aktive i det forebyggende arbeidet.

Når det gjaldt Chlamydia og gonoré er tallene også foruroligende høye. Reelle tall er vanskelig å oppdrive pga usikker og usystematisk registreringsvirksomhet.

--- *** ---

Deltakerne kunne til slutt gi en honnør og hyllest til møtets sponsor Ole Jacob Tvetdal, Glaxo Wellcome.

Referat fra møte i

INFEKSJONSFORUM ØST-NORGE

Av Tore Abrahamsen

Møtet hadde som tema Infeksjoner som årsak til sekundære sykdommer, og var godt besøkt med rundt 70 deltakere.

Ville Valtonen fra Helsingfors holdt hovedforedraget "The role of infection as a risk factor for acute myocardial and cerebral infarction". Han listet opp en hel del mikrober som gjerne for-årsaket luftveisinfeksjoner med etterfølgende cerebrovaskulær iskemi. Teorien er at infeksjonen gjennom å utløse en akutt fase respons forårsaker aktivering av mediatorer som setter blodet i en hyperkoagulabel tilstand der blant annet anti-kardiolipid antistoffer og fibrinogen er medvirkende. Clamydia, Helicobacter, CMV og herpes simplex ble nevnt som aktuelle mikrober. Kawasaki's sykdom forårsaker atherosklerose og kardiovaskulær sykdom. *E.coli* bakteremi gir en økt risiko hos eldre mennesker for hjerneslag. Clamydia pneumoni disponerer for kronisk hjerte-sykdom med utvikling av ateromer. Det har lenge vært kjent at tanninfeksjoner kan forårsake både akutt hjerteinfakt og hjerneslag. Man tenker seg følgende patogenetiske mekanismer:

* Dannelse av "heat-shock proteins"
* Aktivering av koagulasjonsfaktorer, bl.a. ved økt konsentrasjon av fibrinogen som ledd i en akutt fase respons
* Forandringer i serum lipidmønsteret
* Diabetes, røyking

Det er uklart hvilken rolle den antimikrobielle behandlingen spiller. Mye tyder på at Wegners granulomatose er knyttet til en bærer-status med gule stafylokokker slik at behandling med trimetoprim-sulfa er aktuell.

Berild og **Bucher** startet neste sesjon "Komplikasjoner etter streptokokkinfeksjoner - et aktuelt problem i Norge?" med hvert sin kauistitt om pasienter med sannsynlig giktfeber. De forårsaket en diskusjon om penicillin-behandling og -profylakse. Monn ga en oversikt over postinfeksiøs akutt nefritt der 50% forekommer etter en streptokokkinfeksjon. Det kan være faryngitt eller pyodermi. Noen ytterst få av de akutte går over i en kronisk tilstand. **Selberg** tok for seg "Chorea minor hos barn", en forbigående tilstand med slappe pareser, emosjonell labilitet og chorea. De revmatologiske aspekter ble redgjort for av **Sveen**. Post-streptokokkartritt starter omtrent 3 uker etter infeksjonen med affeksjon av kne, ankel og håndledd i avtagende hyppighet.

Differentialdiagnosen overfor septisk artritt er viktig. Acetyl-salisylsyrepreparater er behandlingen og tilstanden har en god prognose med sjelden langtidskomplikasjoner.

Til slutt i denne sesjonen tok **Høiby** for seg mikrobiologi og epidemiologi ved strepto-kokkinfeksjoner.

Serotypen M1 viser avtagende hyppighet mens forekomsten av M3 er stabil. Omtrent 80% av pasientene har økt AST. Penicillin profylakse ble diskutert og også den mulige verdien av å følge AST.

Førre snakket om "Infeksjon og autoimmun sykdom". Det er nå økende evidens for at spesielt Bechterew's sykom skyldes en infeksjon, men likende data foreligger også for leddgikt og systemisk lupus erytematosus. Følgende mikrober er aktuelle ved ermatomyositt/polymyositt: toksoplasmose, picornavirus, cocksackievirus, influensavirus, HBV og BCG. Clamydia trachomatis er diskutert som årsak til spondylartritt, reaktiv artritt og uveitt.

Emnet for dette møtet i Infeksjonsforum Øst-Norge kunne ved første øyekast virke litt teoretisk, men det viste seg å vekke stor interesse med livlige infeksjoner etter hvert foredrag.

- fortsetter fra side 19.

flere arbeider lagt frem ved årets ECCMID (*se også side 24*). Slovenia har høyest insidens av borreliose i Europa, 160 tilfeller pr. 100000 / år av borreliose (ikke medregnet Erythema migrans). Sverige har 70, mens Vestfold og Agder-fylkene anslo Bjark til å ha ca. 100 tilfeller / 100000 / år.

Bjark gjennomgikk kliniske manifestasjoner av Borrelia-infeksjon, og trakk paralleller til forløpet av lues. Finnes en borreliosis latens? Diagnostikken er ofte vanskelig, og han mente PCR ikke gir stort, mens mye skjer på området immunoblotting og immunfluorescens samt serologi selvsagt er aktuelle metoder. Stadium, varighet og behandling er faktorer som influerer på serologisk mønster. Han ga også terapianbefalinger: Beta-laktam-antibiotika og tetracycliner må gis i minst 10 dagers p.g.a. lang regenerasjonstid for borrelia. Steroider har ingen plass. Nevroborreliose behandles med Penicillin G 3 gr. x 4 i 14 dager, alternativt kan gis 14 dager cefotaxim eller ceftriaxon i høy i.v. dose, eller Doxycyclin 200 mg x 1 p.o. Aktiv borreliose er alltid tilgjengelig for terapi!

Av uløste problemer pekte han på at primær-infeksjon av og til følges dårlig opp, og at insidensen av diseminert sykdom er ukjent. Et borreliose-prosjekt er på trappene i Vestfold hvor man vil se nærmere på laboratorie-diagnostikk inkl. kriterier for spinalvæskefunn, antigener i urin, og hvilke laboratorieprøver som egner seg i oppfølging.

Bjørn Erik Kristiansen fra Telelab snakket om Ehrlichiose og har prøvd å kartlegge om HGE - Human Granulocytær Ehrlichiose, beskrevet av vår utvandrete kollega Johan Bakken i USA, også finnes i Norge. Han fant at 10 % av norske Borrelia-pasienter var reaktive mot antigen fra *E. equ*i, dvs. sannsynligvis smittet med HGE.

Anne Kristin Lehman som vant Schering Plough's juniorpris redegjorde for en ny teknikk i meningokokk-forskningen, utviklet av henne ved Haukeland. "Narremeningokokker" blir laget av plastkuler som dekkes med Mc-spesifikke antigene strukturer. Kulene inneholder også fluorescerende antistoff som endrer farge ved det oksidative "burst" som oppstår ved opsonisering og senere fagocytose. Ved bruk av et konfokal-mikroskop kan flere plan i cellen (granulocytten) fremstilles og ved dataprosessering kan man måle antall kuler "spist". Hun benytter også en flow-cytometrisk metode. Ved å teste ulike spesifikke antigene strukturer hos gruppe B Mc vil man kunne få informasjon som kan vise seg nyttig i vaksinefremstilling.

Mogens Jensenius, nylig flyttet fra Lovisenberg til Aker, presenterte med stor stil og entusiasme tre morsomme kasuistikker, importfeber til indre Oslo.

Han pekte på endringer i reisemønster siden århundreskiftet, da en gjennomsnitts europeer ikke reiste lenger enn 4 mil fra hjemstedet... Jetflyene endret dette, og raskt forflytning gjør at vi i dag også får importert sykdommer med svært kort inkubasjonstid. *Importfeber* er febersykdom uten fokale symptomer (event. med eksantem) hos en person som har oppholdt seg i tropene. Av en rekke aktuelle sykdommer nevnte han tyfoidfeber, Dengue, malaria og ekstrapulmonal Tbc som de hyppigst forekommende.

Spennede kasustikker ble fremlagt som en quiz, og i tur og orden fikk vi eksempler på endemisk flekktyfus, hemmorhagisk dengue og Q-feber. Tilslutt satte han opp enkle regler for diagnostikk basert på reiseanamnese og aktuell inkubasjonstid samt fornuftig mikrobiologisk prøvetaking. De mest aktuelle antibiotika gitt empirisk vil være fluorokvinoloner, tetracyclin og kloramfenikol ved siden av anti-malariamidler.

----****----

Arrangørene skal ha all ære av et vellykket og faglig godt vårmøte. En samling av abstracts fra foredragene vil bli sendt til alle deltakere. Det var forøvrig litt synd at ikke flere deltok, men dette kan jo rettes opp i 1998. En stor takk går også til alle utstillere som var med på å gjøre møtet mulig.

Innlegg i pest-POSTEN - fra kolleger, til kolleger!

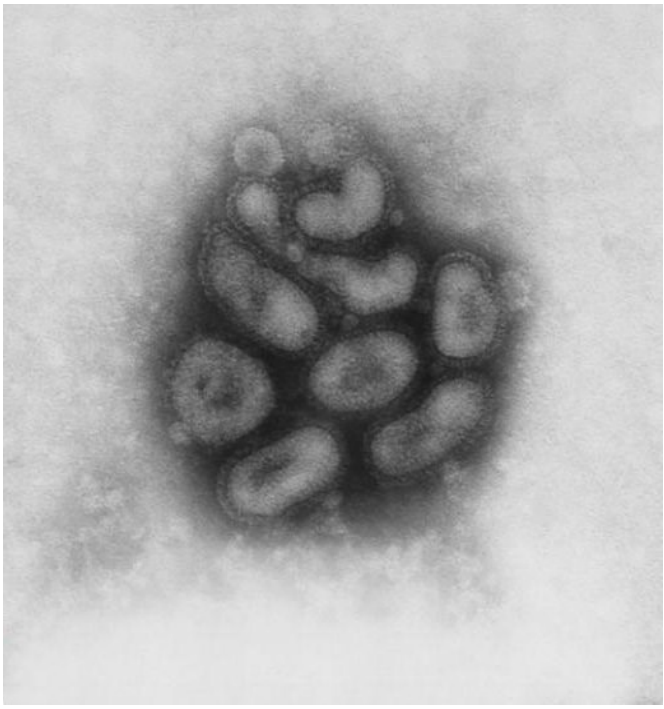
GLIMT FRA 8th ECCMID

Lausanne, 25. - 28. mai 1997

Av Viggo Hasseltvedt

Influensa og invasiv pneumokokksykdom

J. Henrichsen fra Statens Seruminstitut i København redegjorde for influensa og invasiv pneumokokksykdoms epidemiologi. Hva angår influensa, ble det oppgitt at det i Danmark døde 1400 av influensa i sesongen 1989/90, mens tallene var 2000 i 1993/94 og 2800 i 1995/96.



Influensa-virus: elektronmikroskopi.

I løpet av de siste 20 årene er insidensen av invasiv pneumokokksykdom i Danmark økt ti ganger, kfr. den norske situasjonen hvor lignende er observert. Man hadde i Danmark en insidensrate på 20/100000 innbyggere i 1995. De høyeste aldersspesifikke ratene fantes hos de yngste, 23/100000 og blant eldre, 55/100000. Henrichsen mente insidensøkningen skyldtes sykliske forandringer i befolkningens immunitet og ikke at pneumokokkstammene var blitt mer virulente.

Lyme borreliose

L. Gern fra Institut de Zoologie i Neuchatel, Sveits tok foreleste over temaet: "The hidden face of Lyme borreliosis: Borrelia burgdorferi sensu lato in its wild state". I Europa er utbredelsen av Lyme borreliose korrelert med hvor flåtten *Ixodes ricinus* finnes. I Europa forårsakes Lyme borreliose av tre species: *B. burgdorferi sensu stricto*, *B. garinii* og *B. afzelii*. Borrelia som infiserer mennesker, kommer fra vertsdyr som gnagere, fugler, ekorn, harer og pinnsvin. Disse dyrene er bærere av *B. burgdorferi sensu lato* og kan overføre bakteriene til I. ricinus. Nyere undersøkelser tyder på at det er sammenheng mellom gnagere og *B. afzelii* og tilsvarende fugler og *B. garinii* og spirochæter i gruppe VS116. Fra Irland ble det opplyst at 35% av isolatene var VS116, mens 24% var *B. garinii*.

I Europa er det i tillegg til *I. ricinus* 15 andre flått- og insektarter som er blitt funnet infisert med
B. burgdorferi, men deres rolle som vektor for *B. burgdorferi* er for de fleste uklar. Det viser seg at I. uriae (lundelus) er vektorkompetent. Denne finnes på sjøfugl, mens I. hexagonus finnes på pinnsvin. I områder hvor I. ricinus, som overfører *B. burgdorferi* til mennesker finnes, er betydningen av disse andre flåttartene usikker.

En representant for SmithKline Beecham orientert om en vaksine mot Lyme borreliose. Man hadde fremstilt en vaksine basert på OspA produsert med rekombinant teknikk i *E. coli.* Vaksinerte dyr viste seg å være beskyttet. I alt 11 000 frivillige personer var også vaksinert i det østlige USA. Vaksinen har hittil vist seg effektiv mot Lyme borreliose. Vaksinen virker

Ouchy: The lake by the Vuachère River (F. Bochion 1884)

slik at humane antistoffer som kommer inn i flåtten ved blodsugingen, nøytraliserer *B. burgdorferi* inni flåtten. Man vurderte det som relativt vanskeligere å komponere en europeisk vaksine på grunn av større heterogenitet i europeisk enn amerikansk *B. burgdorferi*.

Helicobacter pylori

F. Megraud fra Laboratoire de Bacteriologie, Hopital Pellegrin, Bordeaux, Frankrike tok for seg epidemiologien ved infeksjoner forårsaket av *H. pylori.* Hele genomet til *H. pylori* er nå sekvensert.

Denne bakterien regnes av flere forskere å være den vanligste humanpatogene bakterie. I Europa er det en gradient fra syd til nord i forekomsten av bakterien i befolkningen. I Syd-Europa er ca. 70% av befolkningen infisert, mens tallet i Nord -Europa er 30-50%. I flere undersøkelser viser det seg at risikofaktorer for *H. pylori*-infeksjon er trangboddhet, særlig det å dele seng i barndommen og dårlige sosioøkonomiske forhold.

En annen risikofaktor er det at en person i husholdningen er infisert.

Smittemåten regnes for å være fækal/oral og/ eller oral/oral. Hva som er mest utslagsgivende kvantitativt er usikkert. Det å spise ukokte grønnsaker slår klart ut som risikofaktor. Det er mulig at husflue kan være vektor.

TO SMÅ ”BØNNER”

Redaktøren, kassereren og redaksjonssekretæren vil bruke litt spalteplass på noen henstillinger til medlemmene i NFIM:

⇒ **Kontingenten.** Postverket passer på innkomne beløp, men etter èn purring toer de sine hender. Det er i dag fortsatt svært mange av dere som ikke har betalt, og jeg ber om at kontingenten betales slik at man slipper ekstraarbeid med flere purringer. Beløpet for det personlige medlemsskapet er lavt (for lavt??) og det føles tullete å bruke mye tid på dette. Innbetraling fra støttemedlemmene mangler også stor grad – værsåsnill, bruk giroene dere har fått!

⇒ Bidrag til medlemsavis. Vi får tilbakemeldinger om at *pest*-POSTEN inneholder for mye referater. Javel, men f\gjør noe med det selv! Vi henstiller til debattinnlegg, synspunkter, kurturelle og lettere innslag;. Det er for så vidt nok arbeid forbundet med redigering osv. av avisen, så en influx av mer og variert stoff vil altså være flott.

Med alle tre ”hatter” på, sommerlig hilsen

- fortsetter fra side 14.

ikke kunne omhandles for et oppgående publikum på mye under én time. For undertegnede, og sikkert andre mer stillesittende landsmenn med < 10 slike pasienter årlig, var det likevel en nyttig gjennomgang. Patofysiologi ved cerebral malaria ble fokusert men kunnskapen passerte vel litt ekstracerebralt hos denne referent... Vi fikk dog høre en del om artemisinin (*Mandell:* experimental drug) som er raskt effektivt i tidlig stadium ved kloroquin-resistent malaria men må brukes i minst 7 døgn og sammen med mefloquin eller doxycyclin. Macarone® er en ny kombinasjon av atequanon og proguanil.

Bartonella-species gir både "gamle og nye" infeksjonssykdommer fra Trench-fever til cat-scratch-disease til Carrion's disease. Franskmannen **M. Maurin** fra Richettsia-klinikken i Marseille ga oss en fin gjennomgang av sykdomsbilder, diagnostikk og behandling. Spesiell vekt la han på forekomst av Bartonella-infeksjoner hos immunkompromitterte, og forhold av betydning for behandling. *In vitro* er de fleste antibiotika virksomme, men *in vivo* er forholdene annerledes og Gentamicin alene eller i kombinasjon med andre antibiotika ble anbefalt.

Gøran Stiemstedt fra Huddinge sykehus - en av de store innen borreliaforskning - presenterte epidemiologi, diagnostiske kriterier og optimal behandling for Lyme neuroborreliose. Denne referent fikk dessverre ikke med seg foredraget, men borreliose er omtalt også andre steder i dette nummeret (se referat fra Vårmøtet og ECCMID). Tydelig et aktuelt tema.

Symposiet "Re-emerging pathogens" avsluttet fredagen, og hadde Haakon Sjursen som ryddig chairman. **Sten Iwarsson** fra Sahlgrenska innledet og ga oss det vide perspektivet. Han pekte på en rekke ulike forhold som gjør oss mer sårbare for "gamle og nye patogener" - vesentlig er en økt og raskere forflytning av mennesker, urbanisering og global oppvarming. Mikrober har større mulighet til å mutere i den økende del av pasienter med svekket immunforsvar. Multiresistens f.eks. hos mykobakterier og økt antibiotikatrykk ble omtalt. Han etterlyste nye globale overvåkingsstrategier, bl.a. for å påvise uheldige forhold i urbane miljøer som gir mulighet for forebyggende tiltak. Utvikling av bredt anlagte vaksinasjonsprogram særlig for befolkningene i den tredje verden er "urgently needed".

Virulente gruppe A-streptokokker (GAS) var tema for **J. Schellekens**, Bilthoven. Etter en historisk gjennomgang og epidemiologi for GAS -infeksjoner snakket han en del om molekylær patogenese. Yttennembran-protein M spiller en viktig rolle ved å hemme fagocytose mens strept. pyogent exotoxin A (speA) har størst superantigen-aktivitet. Over 100 M-typer er kjent og det er også forskjellige typer gener som koder for speA. speAl er prototyp-genet mens speA2 og speA3 har oppstått senere ved punktmutasjon og gir hver en forskjell i speA på kun en aminosyre. Ved gjennomgang av stammer fra 449 pasienter i Nederland fant man Ml og M3 i 27%. De molekylær-epidemiologiske data støttet iallefall delvis teorien om at mer virulente GAS (MI,M3) forklarer økningen av invasive infeksjoner. Horisontal overføring av speA-alleler via bakteriofager forekommer trolig sjeldent.

Ørjan Olsvik redegjorde for arbeidet som pågår Tromsø med å undersøke difteri-utbrudd i Russland. Han åpnet med å kommentere den globale oppvarmingen, som han håpet snart ville gi seg til kjenne i Nord-Norge: ved avreise til Gent var det 2 meter snø i heimbygden. - Mikrobiologiske utfordringer innen difteri-diagnostikk ligger vesentlig i gjeninnføring av "gamle" metoder. Difteri-utbruddene i Russland 1990/91 og 1996 var karakterisert ved mange samtidige tilfeller i ulike geografiske regioner. Ved siden av "irnmunity-gap" var årsaker til utbruddene utilstrekkelig overvåking og publikums-informasjon, og at spesifikke mottiltak var fraværende. Han fremholdt at vaksinesvikt trolig ikke vil oppstå fordi toksin-genet til *C. diptheriae* er høygradig konservert på aminosyrenivå.

Unge **Vegard Skogen**, også fra Tromsø, ble beæret med å få sitt frie foredrag utnevnt til kongressens beste og fikk derfor presenterte det

Rocephalin®

ceftriaxon

For ytterligere opplysninger kontakt:

Roche

Roche Norge A/S Pb. 41 Haugenstua, 0915 Oslo

Tlf.: 22 78 90 00 Fax: 22 78 90 99

muntlig. Han hadde sammen med Sjursen, Jenum og er rekke russere sammenlignet assays m.h.t. hvor pålitelig de predikerer immunitet mot difteri-toxin. 64 sera ble undersøkt med ELISA, passivhemagglutinasjon (PHA) og nøytralisasjonstester (NT) brukt i Russland og Norge. NT er "gullstandard" og de to testene viste sammen-fallende resultater m.h.t. inununitet. Vurdert mot NT oppviste ELISA dårligere spesifisitet og PHA en lavere sensitivitet.

Petter Brandtzæg, Ullevål, ga til slutt et svært godt foredrag om Neisseria meningitidis, med omtale både av mikrobiologi, klinikk ved Mc-sykdom, patofysiologi og behandlingsstrategi. Mens de fleste pasienter med MC-sykdom har et kompetent komplement-system, er uvanlige Mc-serogrupper (X,Y,Z,W135,E29) assosiert med komplement-defekter. Eksessiv komplement-aktivering bidrar til organsvikt og septisk sjokk. Brantzæg snakket mye om cytokin-aktiveringen som oppstår ved den eksessive LPS-frigjøringen som finner sted ved alvorlig Mc-sykdom. Han kunne tydelig vise korrelasjonen mellom LPS-nivå og letalitet, men understreket at vi stadig vet for lite om de ulike cytokiners rolle og hvordan de virker sammen.

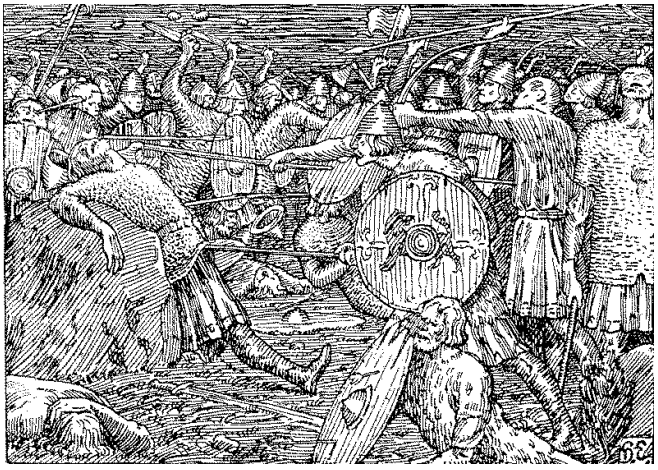
Penicillin i 5 døgn er adekvat behandling i Norge, men PBP-alterasjon og penicillinase-produksjon er et problem i andre land. Vaksineutvikling ble også omtalt.

Lørdagen var viet "New developments in antimicrobial chemotherapy". **S. Shaunak** fra London tok for seg antiretroviral terapi. Det er betydelig usikkerhet omkring den beste bruken av de nye "wonder drugs", trenden er å starte tidligere ved høyt CD4+ celletall. Problemer oppstår ved sub-optimal dosering, interaksjoner med andre medikamenter, dårlig compliance, osv. Foredraget var ikke særlig annet enn en presentasjon av det de fleste vet som steller med HIV -positive - men noen sensasjonelt oppklarende opplysninger var vel heller ikke ventet i denne settingen.

Gunnar Norenkrans fra Goteborg snakket om antiviral terapi for hepatitt B og C. Han slo fast at interferon-behandling alene ikke er tilfredsstillende ved kronisk HBV, men at kombinasjonsregimer er lovende. Kombinasjoner med famciclovir og lamuvidine (3TC) har vært best studert. Han mente at kronisk hepatitt C kureres i opp til 25% med 3 mill. lE interferon-alfa x 3 I uke. Dosering kan trolig optimaliseres ut fra betraktninger vedr. HCV genotype og titer, alder, sykdomsaktivitet og histologisk stadium. Det er blitt vist at naive hepatitt C - pasienter kan ta doblet en vedvarende responsrate ved kombinasjon med ribavirin.

*** ***

Kongressen var vellykket også ut fra et sosialt aspekt. Arrangørene er ny opptatte medlemmer av det gode selskap og hadde absolutt lagt seg i selen. En offisiell endring av navnet til North European Society of Infectious Diseases ble foretatt. Et uoffisielt forslag fra undertegnede fra et tidligere møte ble dessverre ikke frenunet. Men "The Infectious Society of Vikings and Victims" var vel, når sant skal sies, kanskje ikke seriøst nok ....



Finnene er neste arrangør om 3 år. En lett forvirret representant (den eneste?) fra landet i øst ønsket hjertelig velkommen, og selv om han ikke kunne by på like historiske omgivelser som i Gent vakte løftet om fellessauna stor entusiasme!

Kongresser og møter

1997

4. - 6. september: **14th Symposium of the Scandinavian Society for Antimicrobial Chemotherapy.** Helsinki, Finland. *Abstract deadline: 15. juli.* Kontakt: SSAC's Secreatariat, P.O.Box 151, FIN-00141 Helsinki. Fax: +358 9 170 122.

5.- 7. september: **The international Federation of Infection Control: Global Network Conference on Safe and Unsafe Methods of Infection Control.** Cambridge, UK. Kontakt: Mrs. Margaret A. Worsley, Deputy Director of Nursing, North Manchester Trust offices, Crescent Drive, Crumpsall, Manshester M8 6RL, UK.
Tlf. +44 161 720 2964, fax: +44 161 720 2939.

12. - 14. september: **Xth International Workshop on Gastroduodenal Pathology and Helicobacter Pylori (EHPSG).** Lisboa, Portugal. 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.

19. - 20. september: **3rd Workshop on Sexually Transmitted Diseases.** Wien, Østerrike. Kontakt: Congress Office of the Venna Academy of Postgradual Medical Education and Research, Alser Str. 4, A-1090 Vienna. Tlf: + 43 1 405 13 83 0, fax: +43 1 405 13 83 23. (E-mail: medadac@via.at).

24. - 26. september: **Årsmøte og faglig seminar, Norsk Forum for Sykehushygiene.** Bodø, Radisson SAS Hotel. *Abstract deadline: 1. juli.* Kontakt: Possibility A/S v / Kristine Forland, Lille Markvei 13, 5005 Bergen. Tlf: 21 80 89, fax: 55 21 80 81.

28. september - 1. oktober: **37th International Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy.** Toronto, Canada. 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-mail: meetingsinfo@asmusa.org)

11. - 15. oktober: **6TH European Conference on Clinical Aspects and Treatment of HIV Infection.** Hamburg, Tyskland. Kontakt: K.I.T. GmbH, Kongress und Incentive-Organisation, Karl Lievknecht Str. 5, D-10178 Berlin - eller Prof. Dr. M. Dietrich, Bernhard-Nocht-Institutet for Tropical Medicine, Bernhard-Nocht-Str. 74, D-20359 Hamburg. Tlf: +49 40 31182 390, fax: +49 40 31182 394.

19. - 22. oktober: **International Congress of Sexually Transmitted Diseases.** Sevilla, Spania. Kontakt: International Congress of STD, Apartado 6077, 41080-Seville, Spain. Tlf: +34 5 4903409, fax: +34 5 4377413.

5. - 8. november: **4th Trends in Invasive Fungal Infections Meeting.** Barcelona, Spania. Kontakt: IMEDEX, Bruistensingel 360, PO Box 403 DG s_Hertogenbosch, Nederland. Tlf: +31 73 642 9285, fax: +31 73 641 7466. (E-mail: imedex@pi.net).

1998

7.- 8. mai: **3rd Nordic - Baltic Congress on Infectious Diseases: "Optimizing Diagnosis and Therapy".** Vilnius, Latvia. *Abstract deadline: 15. februar.* Kontakt: Registration centre for 3rd Nordic-Baltic Congress in Infectious Diseases, Lithuanian AIDS Centre, Kairiukscio 2, LT-2021 Vilnius, Latvia.

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

Bayer Norge A.s
Postboks 114, 1483 Skytta