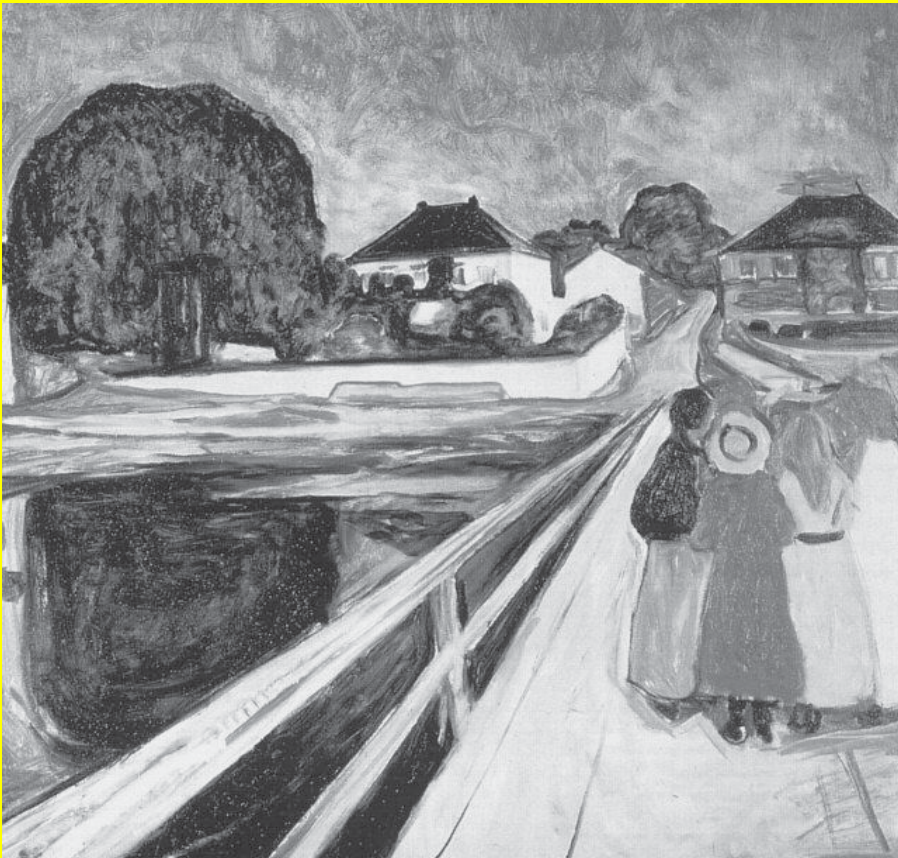


pest-POSTEN

Nr. 4, 2003 - 9. årgang



**MEDLEMSBLAD FOR
NORSK FORENING FOR INFEKSJONSMEDISIN**

REDAKSJONEN :**- Ansvarlig redaktør :****Oddbjørn Brubakk**Infeksjonsmedisinsk avdeling,
Ullevål Universitetssykehus**- Medredaktør :****Jan Erik Berdal**Medisinsk avdeling,
Akershus Universitetssykehus**- Redaksjonssekretær :****Jon Birger Haug**Medisinsk avdeling,
Sykehuset Østfold Fredrikstad**- Annonsejef :****Eivind Ragnhildstveit**Mikrobiologisk avdeling,
Sykehuset Østfold Fredrikstad**- Øvrige medarbeidere :****Faglig medarbeider -****Arild Mæland**Infeksjonsmedisinsk avdeling,
Ullevål Universitetssykehus**Ansvarlig diktspalten -****Bjørn Myrvang**Infeksjonsmedisinsk avdeling,
Ullevål Universitetssykehus**INNHOLD :**

Redaksjonelt	s. 4
Ny nordisk mykologiforening	s. 5
Inf.forum Nord-Norge	s. 8
Også andre kan feile..	s. 11
Minneord	s. 12
På eventyr i Amazonas og Rio	s. 14
Diktspalten	s. 25
FIPI - til medlemmene	s. 26
Abbotts reisestipend	s. 27
6th NBCID Litauen	s. 28
E-postadresser	s. 31
Kongresser og møter	s. 33
Veiledning for forfattere og annonsører	s. 35

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

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

Telefon: 22111904

Telefax: 22119181

E-mail: jobhaug@broadpark.no

ISSN: 080 - 2510

Forsiden: «Pikene på broen»
E Munch, 1899/1900

REDAKSJONELT

pest-VIRUS, virus-POSTEN

Lukkeren åpnes på alle deler



Når disse setninger tastes inn på PC-en går det med raske skritt mot jul og nytt år.

De første måneder av 2003 var preget av angsten for SARS som lenge såg ut til å spre seg mer eller mindre ukontrollert. Så langt har vi hørt lite til den nye virusvarianten denne vinteren, i den grad vi da kan snakke om vinter i disse førjulsmåneder.

I stedet er det gamle gode influensavirus som har satt sitt preg på sydomspanoramaet, - i alle fall i nyhetsmedia. Denne gang heter virus Fujian. Det har vært Midt- og Vest- Norge som har vært hardest rammet til nå, men resten av fedrelandet går neppe fri.

Som vanlig har vi lest dystre meldinger om hvor mange som vil rammes, om mangel på vaksine som kanskje ikke virker likevel og vi har blitt minnet om mortaliteten ved gamle minner som spanskesyken og Hong-Kong influensaen.

Litt pussig er det kanskje at det er så liten interesse for nevraminidasehemmere som jo har vist seg både å ha en viss forebyggende og sykdomsforkortende effekt.

Så liten er interessen at apotekene ikke i særlig grad har tatt medikamentet inn i hyllene sine. ”Gamle Noreg, nørst i grendom” er kanskje litt tungnem og griper ikke så fort til det nye. Hva vet vi?

Det offentlige helsevesen sliter som vanlig i førjulstida. Statlig overtakelse har ikke endret et dugg på at økonomien er minst like vanskelig å handtere nå som tidligere.

Det eneste vi har opplevd er en mengde forslag som først og fremst bærer preg av et hysterisk ønske om å vise handlekraft, koste hva det vil, og mindre av gjennomtenkt og meningsfull omstrukturering. Kravene til kostnadsreduksjoner

er flere steder så strenge at det vil føre til nedleggelse og oppsigelser, samtidig med at man opprettholder kravene om kortere ventetid og «bort med korridorsengene». Det kan bli tunge tider framover.

I vårt vesle miljø var det med vemod vi mottok meldingen om at vår kollega og foreningens tidligere formann, Stein Lund-Tønnesen var gått bort. Vi visste jo om sykdommen og at det var alvorlig. Likevel var det med stor sorg vi mottok meldingen om hans alt for tidlige død. Vi sørger med hans familie og miljøet på Haukeland.

Med dette nummer avsluttes bladets niende årgang. Kanskje er det mot mange odds at vi har holdt ut så lenge. Redaksjonen arbeider på rent ideell basis, men føler likevel en viss forpliktelse for å nå ut med fire nummer årlig. Dette har ikke alltid lyktes, men ville vært svært mye enklere å få til dersom flere hadde følt seg kallet til å sende noen ord til redaksjonen. Kanskje årgang nummer X kan bli et løft i så måte. Vi kan håpe!

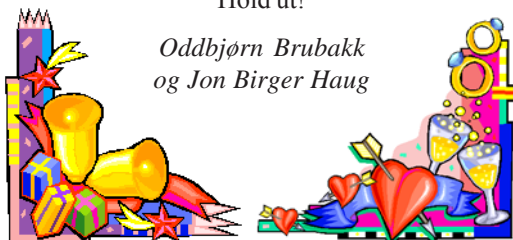
Som følge av nevnte mangel på skrevne bidrag har vi fylt dette nummer til randen med fargerike inntrykk fra et eventyr i Amazonas som fire av våre kolleger nylig deltok på.

Diktspaltens redaktør er en trofast bidragsyter. Denne gang med riktig fin gammel årgang.

Vi håper leserene har opplevd en riktig god jul og ønsker alle et fortsatt godt nytt år.

Hold ut!

*Oddbjørn Brubakk
og Jon Birger Haug*



Ny nordisk mykologiforening



I august i år ble det dannet en ny nordisk mykologiforening med hensikt å styrke det medisinske mykologiske fagmiljøet i Norden. Foreningen tar sikte på å igangsette internordisk forskningssamarbeid. Dessuten skal det arrangeres felles nordiske mykologikurs og minst et større fagmøte hvert år. Det første møtet arrangeres i Stockholm 12 mars 2004. Hovedinnlegget ved møte, "Candidiasis today", skal holdes av professor Frank Odds fra Aberdeen.

Hvorfor?

Sopp kan forårsake et vidt spekter av infeksjonssykdommer. Videre kan sopp være en viktig årsak til allergier og står sentralt i de fleste teoriene om årsaker til inneklimateproblemer og "syke hus"-problematikken. I forbindelse med infeksjonssykdommene alene ble det i 2002 i Norge anvendt antimykotika til en samlet verdi av vel 176 mill. kr. (totale kostnader for all antibiotikabruk var til sammenlikning 487 mill kr). Den samfunnsøkonomiske betydningen for øvrig av de nær sagt utallige sopprelaterte infeksjonene og allergiene foreligger det ingen oversikt over. Å karakterisere betydningen som "betydelig", vil imidlertid utvilsomt være et markert og klart "understatement".

Sopp hører med blant de hyppigste infeksjonssykdommene overhodet. Dermatofytinfeksjoner og *Candida* vaginitter er riktignok ikke livstruende infeksjoner, men representerer i kraft av sin kvantitet allerede et betydelig "folkehelseproblem".

I mange land har det vært en nærmest eksplosiv økning i forekomsten av systemiske gjærsopp-

infeksjoner hvor de nå kan karakteriseres som en "emerging infection". I USA er f.eks. *Candida sp.* 4. vanligste funn i blodkultur. I Norge har det også vært en relativt markert økning i antall candidemipasienter de siste årene. En viktig årsak til dette er trolig innføring av nye behandlingsformer som gjør at andelen av inneliggende pasienter med svekket immunforsvar øker.

Det er sterkt behov for forskning på mange områder som f.eks. epidemiologi, diagnostikk og behandling. I Norge og også i de øvrige nordiske land er imidlertid de medisinske mykologiske miljøene forholdsvis små. I Norge har dessuten mykologiens stilling blitt svekket det siste året i og med nedleggelse av det mykologiske referanselaboratoriet på Folkehelseinstituttet.

Dersom dette felles nordiske initiativet skal bli vellykket er det helt nødvendig at medisinske mykologisk interesserte personer i de nordiske land slutter opp om foreningens arbeid og deltar aktivt i videreutviklingen av foreningen.

Medlemsskap

Medlemskap koster kun kr 50.- per år. Betalt medlemskap gir gratis adgang til Stockholm møtet (inkludert lunsj og middag)! Medlemskap er åpent for alle personer med interesse for medisinsk mykologi.

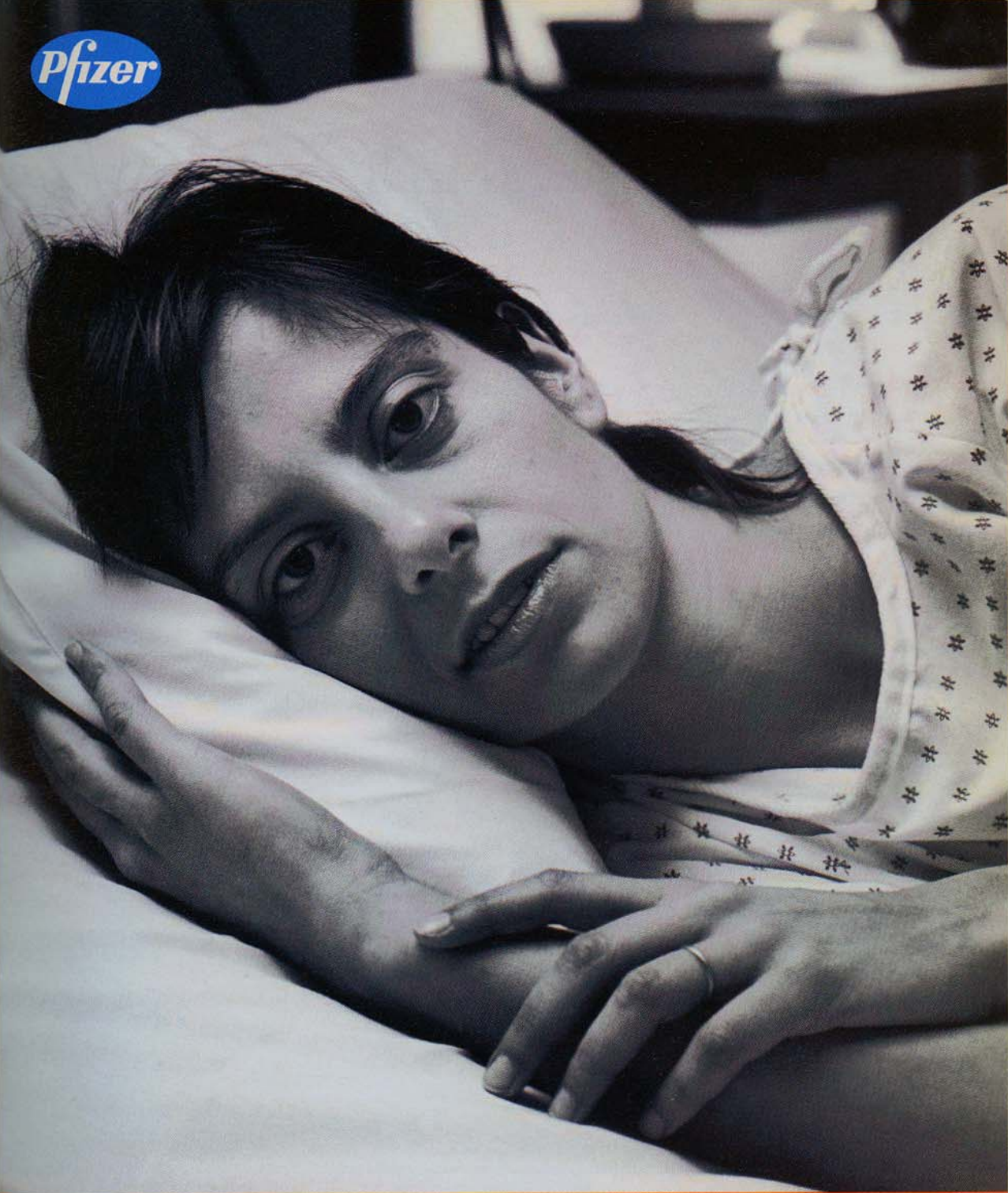
Informasjon om forening og Stockholm møtet finnes på Internett:

<http://www.nsmm.nu>

Per Sandven



Pfizer



VFEND[®]
(voriconazole)

VIDEX^{EC}
didanosin enterokapsler



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

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

Referat fra

Infeksjonsforum Nord-Norge

10.-11. oktober 2003

Av Tore Lier

I oktober trakk et godt snes forum-medlemmer inn i varmen på Comfort Hotell Saga i Tromsø. Vi skulle høre om såpass forskjellige tema som HIV, lymfatisk filariasis og urinveisinfeksjoner hos barn.



**Infeksjonsforum
Nord-Norge holder
selvfølgelig sine møter
på et OL-hotell!**

Første tema var **HIV og graviditet**. Her viste **Arild Mæland** klart at han ikke har hodet under armen, selv om denne var i gips. Han minnet om de tre truslene mot barnet ved HIV-smittet mor; fare for HIV-smitte, medikamentskader og sykdom hos mor. Ved ubehandlet mor, vil opp mot 25 % av barna smittes, de fleste ved mikrotransfusjoner seint i svangerskapet. Omkring halvdelen av smitten skjer i perioden fra uke 36 til partus, 30 % intrapartum og kun 4 % de første 14 ukene. Det er også en klar sammenheng mellom grad av viremi hos mor og

smitterisiko. Ved mindre enn 1000 kopier hos mor, er smitterisikoen svært lav for barnet. Når det gjelder spørsmålet om hvor farlige antiretrovirale midler er, har man ikke påvist økning i fødselsdefekter. For enkelte midler er imidlertid erfaringsgrunnet lite. The Antiretroviral Pregnancy Registry har vist seg matnyttig i slike vurderinger. Proteasehemmere krysser neppe placenta, sannsynligvis i motsetning til non-nukleosid og nukleosidanaloger. Hovedstrategien ved HIV hos gravide ble repetert; redusere viremien så mye som mulig for å re-

dukere transmisjonen og for å ivareta mors helse gjennom mindre resistensutvikling. Elektivt keisersnitt ved høy viremi, mer diskutabelt ved full suppresjon. Barn som smittes har dårlig prognose, bl.a. grunnet nedsatt compliance gjennom oppveksten. Til sist ble det gitt forslag til praktiske løsninger ved ulike situasjoner. Enkelte av løsningene er det ikke full enighet om i behandlingsmiljøene. *Situasjon én*; Ubehandlet kvinne blir gravid. Løsning; Start terapi i uke 12 med sikte på full suppresjon før fødsel. *Situasjon to*; Kvinne på terapi blir gravid. Løsning; Hvis barnet er ønsket, gjør man en vurdering av hvor stor erfaringen er med medikamentene hos gravide. Fortsett behandlingen! *Situasjon tre*; Ubehandlet kvinne i fødsel. Løsning; ZDV, 3-TC og NVP til mor og barn. *Situasjon fire*; Barn født av ubehandlet kvinne. Løsning; ZDV, 3-TC og NVP til barnet. *Situasjon fem*; Ikke-gravid kvinne starter terapi. Løsning; Vurder å bruke medikamenter som ikke må byttes om hun blir gravid. *Situasjon seks*; Ubehandlet kvinne med barneønske. Løsning; A. Ved ikke-smittet mann, normal befruktning etter full suppresjon av kvinnen i et halvt år (event. befruktning med sæd i sprøyte). B. Ved smittet mann, tilsvarende som i A, eventuelt avventer terapi av kvinnen til etter 12 ukers graviditet. *Situasjon sju*; Kvinne på terapi ønsker barn. Løsning; A. Ved ikke-smittet mann, normalbefruktning etter full suppresjon av kvinnen i et halvt år. B. Ved smittet mann, befruktning på helt normalt vis. *Situasjon åtte*; Ikke-smittet

Wuchereria bancrofti



ønsker barn med smittet mann. Løsning; Mannen holdes fullt supprimert i et halvt år, deretter normal befruktning. Sædvasking er omdiskutert og ikke et etablert tilbud her til lands.

Jan Bacher Christensen og **Karina Olsen** stod for illustrerte HIV-kasuistikker.

Deretter fulgte **Jan Svendsen** opp med en kasuistikk med **lymfatisk filariasis**. En 22 år gammel mann, opprinnelig fra Nepal, var i Nord-Norge på folkehøyskole. Han ble innlagt ved Harstad sykehus med to ukers historie med ømhet omkring høyre testikkel, nå med akutt forverring. Han ble operert på mistanke om testistorsjon. Peroperativt ble dette avkreftet, men epididymis var ødematøs og stasepreget. Biopsi ble tatt ved siden av epididymis. Overraskelsen var stor da biopsisvaret kom: "...rester av degenerert nematode typisk for hankjønnformen av *Wuchereria bancrofti*." To blodprøver, tatt ved midnatt og filtrert gjennom Nucleoporefilter, var begge negative. Likeså antistoffundersøkelse ved Smittskyddsinstituttet. Det finnes en god antigentest for *W. bancrofti*, men våre kolleger måtte helt til Basel for å få denne gjort. Man konkluderte at det ikke var holdepunkter for gjenlevende filarier og ingen behandling ble gitt. Epididymitten kunne skyldes den døde ormen. Det ble også gitt en innføring i klinikk og behandling av lymfatisk filariasis.

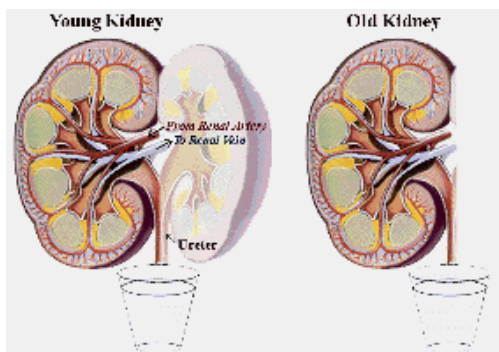
Jan Korsvold fra GlaxoSmithKline fortalte om samarbeidsprogrammet mellom en lang rekke internasjonale hjelpeorganisasjoner (inkl. WHO), private selskaper og akademiske organisasjoner. Formålet er **utryddelse av lymfatisk filariasis**, hovedsakelig ved hjelp av medikamentell massebehandling i gigantisk format.

Hygienesykepleier **Guri Albrigtsen** avsluttet kvelden med den nesten faste programposten **Sykehushygenisk nøtt**. Denne gang handlet det om problemene som kan oppstå ved sammenslåtte avdelinger. Felles nattpersonale stormer til pasienten som akkurat har fått oppkast og diaré.

Lørdag startet med en fellesesjon om **UVI hos barn** av mikrobiolog (og barnelege) **Tore**

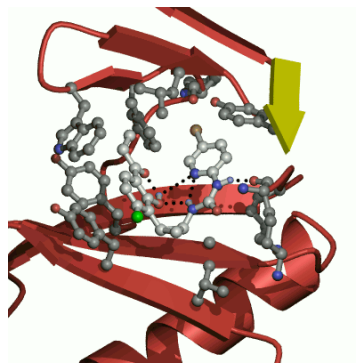
J. Gutteberg og barnelege **Kjersti Thodenius**. Førstnevnte understreket tilstanden som et middel til å oppdage de 0,5 –1 % som er født med misdannelser i urinveiene. *E. coli* er dominerende funn hos jenter, mens det hos gutter (> 1 år) er mer fordelt på *E. coli* og *Proteus*. Virulensfaktorer og resistensmønstre ble omtalt. Det ble diskutert om annet enn negativt funn i poseprøve var av verdi. Kliniker mente at positivt bakteriefunn i pose som har sittet mindre enn en time, nok bør være med i en totalvurdering.

Blærepunksjon brukes nok for lite. Det ble minnet om at klinikken ikke behøver å være som hos voksne og at urin-stix ikke alltid ga sikre tegn. Til slutt ble det problematisert hvem som skulle få oppfølging og hva som ville være hensiktsmessig metode.



Høstens møte sluttet slik det begynte, med **Arild Mæland**, denne gang med en oversikt over **HIV og hepatitt**. Først **HCV+HIV**: Slik ko-infeksjon gir høyere andel cirrhose enn ved HCV alene. Tiden til utviklet cirrhose forkortes også. I en studie var tiden til cirrhose 26 år ved HCV+HIV vs 34 år ved kun HCV. HCV-smitte i voksen alder, lave CD4-tall og høyt alkoholforbruk forkorter tiden ytterligere. HIV øker altså progresjonen av HCV, sannsynligvis pga immunsvikt. Nivået av HCV-RNA vil øke ved HIV-infeksjon og falle igjen (etter en stund) på HAART, slik at HIV-terapi reduserer HIV's effekt på HCV-progresjonen. Til tross for mulige problemer med økt levertoksitet, er samtidig HCV infeksjon snarere en indikasjon enn en kontraindikasjon for HIV-terapi. Det er ikke helt avklart i hvor stor

grad HCV påvirker HIV-infeksjonen. Det ser ikke ut til å øke HIV-progresjonen og svekker ikke CD4-økningen ved HAART. Det pågår en multisenterstudie for å finne den beste HCV-behandlingen ved samtidig HIV-infeksjon.



HBV+HIV: Vi ble minnet på de tre faser i kronisk HBV; Immuntolerant fase (høy virusreplikasjon, lite inflammasjon), immunreaktiv fase (leverinflammasjon, avtagende replikasjon) og immunovervåkningsfasen (lite inflammasjon, lav virusaktivitet). Den immunreaktive fase er den mest skadelige, hvor progresjonen til cirrhose er gitt av graden av inflammasjon multiplisert med tiden. HIV-infeksjon i seg selv gir høyere virusreplikasjon av HBV, men samtidig oftest mindre leverinflammasjon. Den økte immunitet som HAART avstedkommer kan slå begge veier. Man får en tendens til overgang fra immuntolerant fase til immunreaktiv fase, med økt risiko for cirrhoseutvikling. Enkelte pasienter kan gå helt over til immunovervåkningsfasen, hvor cirrhosefaren er langt mindre. I sum vil nok HAART føre til mer cirrhoseutvikling i denne gruppen. Behandlingen må individualiseres, og man må tenke år framover i tid. HBV behandles kun hvis pasienten er i immunreaktiv fase. Interferon kan ha en viktig plass, men studiene er små og gamle. Immunsupprimerte pasienter må først få HAART, før de eventuelt får interferon. Nukleosid/nukleotid-analoger har effekt på HBV, og faren for resistensutvikling hos HBV må med i betraktningen ved valg av medikament.

Minner til slutt om at lysbildeforedragene kan ses på www.infeksjonsforum.no.



REFERAT FRA STYREMØTE i NFIM

**Haukeland US, Bergen
Fredag 5. september 2003**

Tilstede: Jan-Erik Berdal, Ivar Jo Hagen, Harald Steinum, Jan Bacher Christensen, Jon Sundal, Steinar Skrede og Bente Bergersen.

1. Valg

Styret NFIM: På Generalforsamlingen 13.6.2003 ble det uttrykt en del kritikk mot styret på grunn av manglende innsats for å mobilisere medlemmene til Indremedisinsk høstmøte og til Vår møtet. Man valgte likevel å beholde styret slik det var med et par endringer; Jan Erik Berdal ble valgt til formann og Steinar vara medlem. Bente Bergersen ble på styremøtet valgt til kasserer/ sekretær. Ivar-Jo Hagen, Jon Sundal og Harald Steinum er styremedlemmer og Jan Backer Christensen vara medlem.

Stipendkomité: På Generalforsamlingen ble følgende valgt: Johan N. Brun, Per Espen Akselsen og Even Reinertsen

Scheringpriskomité: På Generalforsamlingen ble følgende valgt: Are Næss, Oona Dunlop, Øistein Strand (vara).

2. Behov for fremtidige infeksjonsmedisinere.

Ansvarlig: Jon Sundal

Pr. september 2003 er det ca. 60 infeksjonsmedisinere i kliniske stillinger fordelt på landets sykehus. Man forventer en avgang på 26 i løpet av de neste 10 årene, dvs. man har behov for å utdanne 2 – 3 nye pr. år for å opprettholde dagens dekning. Dette er det nivået vi ligger på i dag. Man diskuterte hvor mange nye stillinger det er behov for i tillegg til dagens dekning. Det kan være aktuelt å følge opp dette med henvendelser til de aktuelle Helseforetak. Styret er bekymret over at Trondheim og Tromsø står i fare for å miste sin gruppe 1 status siden behovet for nye infeksjonsmedisinere

er størst fra Trondheim og nordover. Det er utarbeidet et spørreskjema som skal sendes ut til alle ferdige spesialister og utdanningskandidater i infeksjonsmedisin med spørsmål om status og planer fremover. Alle styrets medlemmer skal se til at utdanningskandidater på eget sykehus melder seg inn i NFIM slik at de får informasjon om viktige møter og integreres i miljøet på et tidlig tidspunkt.

Flaskehalsen for å få igjennom kandidater er fortsatt sideutdanningen i mikrobiologi. På Haukeland US går dette greit nå via en stilling fra medisinsk avdeling på mikrobiologen øremerket infeksjonsmedisinere. Stavanger er tildelt flere stillinger og har også fått til en bra ordning. Ahus og Ullevål US har størst problemer. På Ahus ble det ansatt en infeksjonsmedisinere som har konvertert til mikrobiologi og blir sittende i stillingen i 3 år. På Ullevål US blir det muligens forbedringer med "tining" av frosne stillinger. Slik det ser ut i dag må Ullevål US og Ahus utdanne kandidater også for Midt- og Nord Norge. Derfor er det stort behov for å få til en ordning på Mikrobiologen UUS og på Ahus. Det kan være aktuelt å søke Helse Øst om opprettelse av en egen stilling for infeksjonsmedisinere på UUS.

Vedtak: Sundal utarbeider en skriftlig rapport om dette som fremlegges på Vår møtet 2004 til diskusjon. Spørreskjema sendes til medlemmene når e-mail til medlemmene er mulig. Man avventer utviklingen på Mikrobiologen Ullevål US før det gjøres en henvendelse til Helse Øst. Legeforeningen kontaktes med tanke på hjelp til å opprette en database over infeksjonsmedisinere som ajourføres kontinuerlig.

3. Indremedisinsk Høstmøte fredag 7. og lørdag 9. november.

Ansvarlig Harald Steinum og Bjørn Skrede.

Møtelokalene er i år flyttet fra Vika til SAS hotellet i Oslo. Bayer i Sverige har kommet med en henvendelse om å gjøre mer ut av konkurransen om Bayer-Domagk stipendiet på linje med det de har i Sverige. Vår medlemsmasse er svært begrenset i forhold til svenskene hvor det er egen spesialitet. Vi

Fortsetter på side 27....

MINNEORD

Vår respekterte kollega og gode venn Stein Lund-Tønnesen forlot oss den 8. november. Selv om dødsbudskapet ikke kom overraskende, er sorgen likevel knugende tung.

Tankene våre går nå til dem som er igjen; hans kone Tone og guttene Magnus og Erik.

Stein ble født 5. desember 1953 i Stockholm. Han fikk sin videregående skolegang i Kristiansand med artium i 1972, studerte medisin først i Belgia, deretter ved Universitetet i Oslo med embetseksamen i 1981. Sin kliniske trening fikk han bl.a. ved Halden sykehus, Ullevål universitetssykehus og Sentralsykehuset i Akershus, før han i 1990 kom til infeksjonsseksjonen ved Haukeland sykehus, som ble hans siste arbeidssted.

Han ble spesialist i indremedisin i 1992 og spesialist i infeksjonssykdommer i 1994.

Han var formann i Norsk forening for infeksjonsmedisin.

Fra 1996 var han overlege hos oss. Det var i denne tiden vi lærte ham å kjenne. Vi hadde det privilegium hver dag å omgås en kollega med forunderlige egenskaper. Steins kliniske teft var formidabel og listen over diagnostiske triumfer er lang.



Likevel var det hans fullstendig kompromissløse kamp for hver enkelt pasients rettigheter vi beundret mest. De kolleger som forsømte dette, tok han rettmessig i skole og ble slik en viktig rollemodell i miljøet.

Steins humanistiske legning kom tydeligst til uttrykk gjennom hans legegjerning for de mest ressursfattige. Hans evne til å holde seg oppdatert på sentrale områder i faget var imponerende. Han hovert aldri med sine kunnskaper, men delte gjerne med andre når han ble bedt om det.

Denne gjennomførte faglige profilen presterte Stein å kombinere med en slentrende, meget humørfylt og kameratslig adferd. Han var også et menneske man gjerne åpner seg for, og han ga på den måten en kontakt av spesiell kvalitet. Dette var nok grunnen til at mange av hans kolleger også ble hans nære venner.

Ved siden av en aldri sviktende interesse for sitt fag, var familien det viktigste i Steins liv. Han bar sin familie med seg hvor han gikk og snakket ofte og gjerne om sine gutter og sin kone. Sammen med familien tilbrakte han mye tid på sitt kjære landsted ved Farsund.

For å holde fast ved dette ga han til og med opp sin andre lidenskap – seilingen. På dette området var han ikke uten kompromisser! Det var også hjem han ville mens han sloss mot sin skjebne, og det ble gjort mulig ved utrettelig og kyndig hjelp fra Tone.

Stein etterlater seg et stort tomrom i vårt lille miljø som det skal bli vanskelig å fylle, og når vi nå sier farvel til ham, er det i dyp respekt og stor takknemlighet for det han var for andre og for oss.

Bergen 12. november 2003

Kolleger ved medisinsk avdeling, Haukeland universitetssykehus,

v/ Nina Langeland Aksel Schreiner Steinar Skrede



På eventyr i Amazonas og Rio

Av Jon Birger Haug og Arild Mæland

Hva gjør man en gråslapsete dag i november når man trenger opplading for vinteren? Jo man reiser til Brasil! Da blir man fylt av sol og sommer og glede. pest - POSTEN var med på kurs i Reisemedisin og tropesykdommer til Amazonas og Rio en halvannen uke i november–desember. Og i våre hjerter har vi fortsatt Brasil med sin sommer og sin glede over livet. Arrangører var duetten Mads Buhl fra Århus og Bjørn Myrvang fra Kompetansesenteret for Tropemedisin og importsykdommer ved Ullevål. Mads Buhl er ved Skejby (tidl. Marselisborg) sykehus, han er Nordens fremste reisemedisiner og en drivende foreleser. Når disse to lager kurs, bør man melde seg på raskt! Fra vårt infeksjonsmiljø var Even Reinertsen samt de to undertegnede med og bidro også med foredrag, sammen med et drøyt snes allmennpraktikere - og en dermatolog.





Utenfor det tropemedisinske senteret Oswaldo Cruz



Even Reinertsen underviser ombord på elvebåten «Victoria Amazonica»



Ipanema Beach - fra hotellet. - *Innfelt: Lyserød nordbo...*



«Harpy Eagle» - en av to spennede amazonske elvebåter.

Fra Manaus i dypet av Amazonas la vi ut på kurs-cruise eller cruise-kurs på to tvilling-båter hvorav den ene er avbildet, forelesninger foregikk i "byssa", også kalt "Annenetagen", på dagtid da det likevel var for varmt å bevege seg ute. Vi sto opp kl. 06 hver dag for å dra på ekspedisjoner på små bielver eller inn i jungelen før det ble for varmt og en ny ekspedisjon hver kveld ved solnedgang. På denne måten fikk vi være med på slange- og

alligatorfangst, piranhafiske og svømming blant delfiner, samtidig som vi hadde full skoledag. Om sommeren trenger man som kjent ikke så meget søvn! Både menneskene og delfinene er lekne i Brasil. Men husk dette viktige reisemedisinske råd: Hold på badebuksen når du svømmer blant delfiner i Amazonas!



Gutta på tur



I Manaus besøkte vi byens tropesykehus og fikk både forelesninger og omvisning. Malaria har økt svært i Amazonas de siste par årene, det er dog heldigvis vivax og ikke mye falciparum, det er mest i regntiden fra desember til mai. Også Dengue er det mye av i Amazonas for tiden, med samme høysesong. Den 29. november var Brasils nasjonale D-dag for Dengue-bekjempelse med tanke på kommende sesong, både i Amazonas og i de mer folkerike områdene rundt Rio de Janeiro og São Paulo. Amazonas er regionen i Brasil med mest hepatitt B, og har også verdensrekord i delta-infeksjoner; 27 % av hepatitt B bærerne har samtidig delta-

FIRST-CHOICE PI



FOR LONG-TERM SUCCESS

 **abbott** norge as

kaletra[®]
(lopinavir/ritonavir)



ZYVOXID™

linezolid



ZYVOXID
600mg

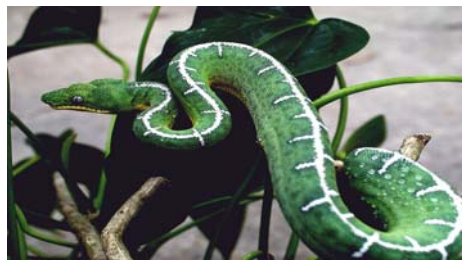


Pfizer

www.pfizer.no

infeksjon! Vi fikk også se slangene i sykehusets ”slangestall” (eller heter det fjøs ?) hvor man produserer motgift, slangebitt er dessverre en hverdagsdiagnose på dette sykehuset som får pasienter fra jungelen omkring .

I Manaus besøkte vi også operaen, Teatro Amazonas, som er minnet om Manaus’ storhetstid ved forrige århundreskifte, da gummi-boomen gjorde mange ufattelig rike og operaens prakt var på linje med de man hadde i europeiske storbyer. Den ble bygget bokstavelig midt i skogen og neppe alle de



15 000 som da bodde i Manaus var musikkelskere. Gummiboomen fikk dessverre en brå slutt da engelskmennene stjal såkornet, plantet Hevea brasiliensis i Malaysia og satte i gang mer industriell gummi-produksjon i sine asiatiske kolonier.

Fra Manaus gikk turen oppover Rio Negro med besøk på et mindre sykehus, vi ble imponert og vi fikk se at vi har mange kolleger rundt om i verden som gjør en skikkelig jobb med langt mindre ressurser enn her hjemme, men – heldiggrisen – også med langt mindre byråkrati.



Nattlig krokodillejakt på Amazonas



Teatro Amazonas



Drivende og trivelige kursledere, Mads Buhl og Bjørn Myrvang.



**Går dette bra,
mon tro..??**

«Rio- Bjørn»



«Dere får hilse hjemover, -
tror jeg blir her!»

Arild med «The Girl from
Ipanema»



Regnskogen: uendelig vakkert,
men .. fuktig og hett!



«Brasil bekjemper Dengue».

<D>engue-dagen markerte en
storstilt aksjon mot Dengue som
fant sted under kurset.



Dette er én bit av Brasil:
smil, latter, ungdom og samba!



Selv i Rio med alle sine attraksjoner hadde vi fortsatt full disiplin og undervisning, eksamen og også to sykehusbesøk, først på det offentlige universitetssykehuset hvor vi fikk se Brasils offentlige fattigdom. De fleste av oss ville nok valgt et privat sykehus i denne byen, de fleste av Brasils snart 180 millioner har ikke noe slikt valg.



Glade kursdeltakere ved fem - på Ipanema Beach

Mer oppløftende var det å besøke FIOCRUZ, Fundacao e Instituto Oswaldo Cruz, som er det største infeksjonsmedisinske forskningsinstitutt i Sør-Amerika og hvor vi ble tatt godt imot. Vi fikk blant annet se flere leprapasienter enn vi ser her hjemme på et tiår eller tre, instituttets lepra-poliklinikk har ca 250 nye pasienter hvert år, Brasil er ved siden av India det land som har mest lepra. Og lepra på brasilportugisisk heter selvfølgelig Hanseniasis !



Rio de Janeiro må være verdens vakreste by med Copacabana og Ipanema og de andre berømte strendene på rekke og rad, avbrutt av grønne åser og små fjell, som Sukkertoppen og især Corcovado som stikker over syv hundre meter rett opp fra byen, i gråvær kan du bli ganske fælen når du plutselig ser Kristus stå på en sky der oppe i himmelen, i finvær drar du selv opp til toppen og drar i gang litt samba med de innfødte, slik det fremgår av billedreportasjen. Da kjens livet bra! Og Kristusfiguren står der med armene ut, klar til å applaudere den dagen brasilianerne slutter å leke og begynner å jobbe. Vi som var der noen dager i desember tror det kan bli en stund til.

Dette kurset som av den norske kurslederen ble betegnet som et eksperiment, ble avgjort en suksess for alle som var med, både faglig, sosialt og opplevelsesmessig. Brasil er et land å bli glad i. Vi kommer tilbake. Takk for en eventyrlig tur. Obrigado, Amazonas; Obrigado, Rio!

FIQUE DE OLHO! CORTAR-SE OUI QUEIMAR-SE SEM SENTIR

CAROCOS OU INCHAÇOS

EM QUALQUER PARTE DO CORPO

MANCHA DORMENTE

MANCHA ANTIGA QUE NÃO INCOMODA

DORES, SENSÇÃO DE CHOQUE NOS BRAÇOS E PERNAS

HANSENÍASE TEM CURA

OS EXAMES E REMÉDIOS SÃO GRATUITOS

NÃO É NECESSÁRIO AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES DO DIA-A-DIA PARA TRATAR-SE

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO

TELE-SAÚDE: 273-0846

TELE-HANSEN: 273-0263

PROCURE UM POSTO DE SAÚDE ▶

«Brasil bekjemper lepra:
Hanseniasis kan behandles! »



Finale i Rio : Samba på Corcovado med Ipanema i bakgrunnen

DIKTSPALTEN

**Quintus
Horatius
Flaccus**

(65-8 f.Kr)



Snart skal vi feire en begivenhet som fant sted for 2000 år siden, og da kan det passe bra å presentere en samtidig versedikter – Quintus Horatius Flaccus, oftest kalt bare Horats.. ”Det meste er sagt bedre før” var et av Gudmund Hernes’ visdomsord. Og leser man Horats, får man klart følelsen av at Hernes var inne på noe riktig. Mest kjent er Horats for ”Brevet om diktetekunsten” og for sine oder.

Knapt noen har vel som Horats med enkle ord beskrevet hvordan gode dikt kan glede på ulike vis:

*Som med eit bilete er det med eit dikt,
Eitt grip deg på nært hald,
medan eit anna når fram og rører deg meire i fråstand.
Eitt elsker skugge mest, eit anna vil sjåast i ljuset
utan å ottast det slag for domar og kritikar-skarpsyn;
Eitt gleder ein gong; eitt også tiande gongen du ser det.*

Odene er det mange av, og vi veit at både Johan Herman Wessel, Ivar Aasen og Aasmund O. Vinje var opptatt av Horats’ oder. Flere har gjort forsøk på omdikte odene til norsk, og Hans Hanson (1777-1837) var første ute. Han lært seg latin på egen hånd og gjendiktet med stor suksess to av Horats oder til telemarksdialekt. Mest kjent er visa ”Den tid du Astrid så myke heldt tå meg” om Sveinung og Astrid; ei vise mange av oss har trodd er temmelig heilnorsk.



I nyere tid har Sigmund Skard oversatt eller gjendiktet flere av Horats oder. I diktet "Gamle hora" beskriver Horats en skjebne som vel må kunne betegnes som ufrivillig fortidspensjonering, et problem som heller ikke i dag er ukjent.

Gamle hora

*Sjeldan skjer det lenger at galne gitar
kaster stein på glaset ditt, elskhugskåte.
Ingen skiplar svevnen din meir, og døra
kviler i karmen,*

*ho som før laut sviva så trutt på hengsla.
Langt imellom er det at nokon ropar:
"Skal eg gå i gatene heile natta,
Lydia? Søv du?"*

*No i aude strete, forsmådd og gammal,
rek du, sår i minnet om vraka elskhug.
Nordablåsten under den nye månen
hardnar i mælet.*



*Tidt når lysta rin i den gamle skrotten,
rin du til, som brundgalen merr mot hingsten.
Syndleg slitst det ut or ditt herja hjarta
kvidande klage*

*mot den unge ætt, som vil alltid velja
grønka grein og myrtar med lauv som laver
frisk og fjågt, men slengjer dei visne
vårdlaus på vinden.*

2001 kom Johannes Gjerdåker med gjendiktning av 33 oder på Samlaget. Utvalget viser at Horats skrev mange oder til venner og bekjente. Diktet nedenfor er til ei venninne, som han syntes var alt for opptatt av astrologi og tallmysterier. Han avslutter diktet med å råde henne til "carpe diem" – å nyte dagen. Nå når vi går inn i nytelsens høgtid, kan det vel være verd å vite at uttrykket "carpe diem" skriver seg fra Horats.

Slik er avslutningen:

*Hugs deg Leuconoë!
Sil no din vin;
Ha ikkje for stor von – stutt som
livslaupet er!
Medan me her talar vil tida fly frå os;
Grip dagen no!
Dagar som kjem?
Lit ikkje stort på dei!*

- FIPI -

Forum for InfeksjonProblem i Intensivmedisin

Til medlemmer i NAF og NFIM

Kjære kollega!

FIPI har gjenoppstått etter snart to års dvale!

*NAF (Norsk anesthesiologisk Forening) og NFIM (Norsk Forening for Infeksjonsmedisin) har etter et års pause igjen gleden av å arrangere FIPI møte 25-26 april 2004. Møte tema vil i 2004 være **diagnostikk og behandling av alvorlig sepsis, men denne gang med en ny vri!***

Vi planlegger en vesentlig endring i møteformen sammenliknet med tidligere FIPI møter, idet komiteen nå legger vesentlig mer vekt på egenaktivitet, fremfor rene forelesningsserier. Deltagerne vil bli inndelt i grupper på 4-5 med hvert sitt av de følgende tema som skal diskuteres og senere legges frem i plenum:

1. Diagnostikk
2. Antibiotikabehandling
3. Væskebehandling
4. Bruk av vasoaktive og inotrope medikamenter
5. Behandling med aktivert protein C (Xigris)
6. Behandling av sepsisutløst organsvikt
7. Behandling av septisk koagulopati
8. Organisering av sepsisbehandling på sykehusnivå

I hver gruppe er det invitert to gruppeledere som får som oppgave og tilrettelegge gruppearbeidene.

Det vil bli gitt en generell muntlig introduksjon søndag etter møtestart om hvorledes gruppene organiseres, det vil siden bli avsatt tid til gruppearbeider på mandag. Etter gruppearbeidet blir det presentasjon og diskusjon av resultatene i plenum mandag kveld og tirsdag før lunsj.

Vi håper dette kan bli så vellykket at resultatet vil kunne publiseres/trykkes i etterkant av møtet.

Etter at vi har fått påmelding og valgt ut deltagere vil de som skal være med bli plassert i en av gruppene over. Dette vil bli meddelt den enkelte slik at arbeidet med å sette deg inn i aktuell litteratur, anbefalinger med mer kan starte også for den enkelte deltager. Et detaljert program vil da også bli oversendt alle deltagere.

Vårt håp er at dette kan bli et ”matnyttig” møte, som kan sette en nasjonal standard for diagnostikk og behandling av alvorlig sepsis.

Møtet blir på Finse 1222, med anledning til fine skiturer mellom øktene!

Teknisk møtearrangør i 2004 (dette skal for fremtiden rotere mellom ulike industrimedlemmer i FIPI) er Eli Lilly, og vi ber om at vedlagte svarskjema sendes dit. De vil så sende påmeldingene over til komiteen som velger ut deltagere (om det melder seg på flere enn vi har plass til)

Vennlig hilsen FIPI komiteen

Hans Flaatten, HUS/NAF
Steinar Skrede, HUS/NFIM
Jan-Erik Berdal, AHUS/NFIM
Kjell Olavsén, UUS/NAF



Her er vinneren av Abbott's reisestipend ved overrekkelsen flankert av representanten fra styret i Infeksjonsforeningen, Bente Bergersen og Cecilie Fraas fra Abbott. Vinneren heter Siri L. Feruglio og arbeider ved infeksjonsavdelingen på Ullevål.

pest-POSTEN gratulerer!

NFIM referat - fortsetter fra side 11.

velger derfor å beholde en felles vurdering av søknadene i Stipend komiteen. Sekretæren ser til at stipendiene blir annonsert i Pestposten og fungerer som kontaktperson i forhold til stipend-komiteen.

3. Vårmtøtet i Bergen 2004

Styret har gjort en del undersøkelser når det gjelder dårlig oppmøte fra infeksjons medisinere både på Høstmøtet og på Vårmtøtet som er felles med mikrobiologene. Hovedårsaken er uttalt møtevirk-somhet for øvrig (Infeksjons Forum, HIV symposier og internasjonale kongresser). Selve programmet på de siste møtene har vært spennende, men man har ikke prioritert det fremfor andre møter. Det synes dog å være vilje og ønske om ett årlig forum hvor landets infeksjonsmedisinere kan møtes.

Vedtak: Vi satser på Vårmtøtet. Dette skal arrangeres i Bergen av mikrobiologene i år, men vi vil forsøke å mobilisere våre medlemmer til å komme. Ferske doktorander i infeksjons medisin, stipend mot-tagere og andre lokale forskningsprosjekter bør oppmuntres til å presentere sine prosjekter.

4. FIPI 25. – 27. april 2004.

Styret 2003/2004 i

Norsk forening for infeksjonsmedisin

Hovedrepresentanter:

Jan Erik Berdal, *formann*
(jan.erik.berdal@ahus.no)

Bente Bergersen,
sekretær/kasserer

Ivar-Jo Hagen

Harald Steinum

Jon Sundal

Varamedlemmer:

Jan Bacher Christensen

Steinar Skrede

Ansvarlig Jan-Erik Berdal og Steinar Skrede

FIPI er mobilisert tilbake på bena ved hjelp av nye sponsoravtaler. Det blir avholdt midt mellom Oslo og Bergen dvs. på Finse. Møtet vil bli organisert annerledes enn tidligere år med 8 arbeidsgrupper av anesthesi leger og infeksjonsmedisinere som på en dag skal produsere felles retningslinjer om ulike tema. I år blir det sepsis, sener for eksempel respirator pneumonier

5. Hjemmesiden

Hjemmesiden vår; <http://www.legeforeningen.no> – (rullegardin til venstre) organisasjon – spesialforeninger - Norsk Forening for Infeksjonsmedisin er lite besøkt av medlemmene. Man vil i år sende ut programmet til Høstmøtet som en link til våre sider slik at medlemmene blir minnet på dem. Nettredaktør er Jon- Birger Haug som også har scannet inn samtlige nummer av Pestposten.

Bente Bergersen, sekretær

6th Nordic-Baltic Congress on Infectious Diseases (NBCID) i Palanga, Litauen, 3-6 juli 2004

Som co-chairman i komiteen for kongressen er det en glede for meg å ønske norske kolleger velkommen til Palanga 3-6 juni 2004. Den nordisk-baltiske infeksjonskongressen avholdes hvert annet år.

I år vil den dessuten markere avslutningen av Task Force for Communicable Diseases Control in the Baltic Sea Region. Dette betyr et stormøte av alle aktører innen infeksjonsmedisin og smittevern i Østersjøområdet, inkludert Nord-Vest Russland.

Kongressens overordnede tema er: «Current Strategies for Prevention and Treatment of Infectious Diseases».

Det blir egne sesjoner med fokus på epidemiologi, HIV/AIDS, STI, tuberkulose, nosokomielle infeksjoner, antibiotikaresistens, primærhelse- og fengselshelse-aspekter, luftveisinfeksjoner, reise- og tropemedisin, CNS-infeksjoner og hepatitter. Hver sesjon vil ha en Keynote speaker og en Task Force rapportør. I tillegg er det åpent for free papers og posters. Vi inviterer til presentasjoner fra de mange samarbeidsprosjektene som er kommet igang i løpet av senere år, både med støtte fra Task Force og andre.

Palanga er en meget populær badeby ved Østersjøen. Den har lang tradisjon i de baltiske land og ble brukt som kursted av kommunistene. Det gror nå opp moderne hoteller, restauranter og fasiliteter. Kongressen er den uken det er sesongstart i Palanga, og det er mye festivitas, markeder og liv i byen. Jeg var der i år på den Litauiske infeksjonskongressen samme tid, og det var en stor opplevelse og meget minneverdig. Kan absolutt anbefales også for medfølgende. Det er mye kultur i området, og strendene er flotte. Vi satser på varme og fint vær. Det går direktefly fra Oslo (evt. via Billund), retur søndag ettermiddag, og diverse ferger og tog.

Vel møtt i Palanga 3-6 juni. Påmelding og all informasjon via nettsiden, som nå lages:

<http://www.nbcid2004.lt/>

Vennlig hilsen Svein Gunnar Gundersen,
MD, DTM&H, PhD, Professor
*Dep. of Health and Sports,
Agder University College
Consultant in Infectious Diseases,
Department of Medicine,
Vest-Agder Hospital,
Box 416,
4604 Kristiansand, Norway.*

*Tlf +47 38074474,
Mobile +47 90828335,
Fax +47 3807440*



Verdens første hepatitt A + B vaksine

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



Twinnrix™
Verdens første hepatitt A og B vaksine

Twinrix Paediatric «SB»

Twinrix Voksen «SB»

Vaksine mot hepatitt A (inaktivert) og hepatitt B.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



SmithKline Beecham AS
Pharmaceuticals

Tlf.: 67 92 24 00 – Fax: 67 92 24 99

E-post adresser pr. 01.12.2003

Tore Abrahamsen	Barneavd., Rikshospitalet	Tore.Abrahamsen@rh.uio.no
Johan Bakken	The Duluth Clinic, Duluth, Minn	jbakken@slhduluth.com
Dag Berild	Med. avd., Aker sykehus	dag.berild@ioks.uio.no
Arne Broch Brantsæter	Div. for smittevern, FHI	arne.broch.brantsaeter@fhi.no
Oddbjørn Brubakk	Infeksjonsmed. avd., Ullevål sh	oddbjorn.brubakk@ulleva.no
Johan N. Bruun	Infeksjonsmed. avd., Ullevål sh	j.n.bruun@ioks.uio.no
Åse Berg	Med.avd., Sentralsh i Rogaland	Bergaase@yahoo.no
Bente M. Bergersen	Infeksjonsmed. avd. Ullevål sh	b.m.bergersen@ulleva.no
Kåre Bergh	Avd. for mikrobiologi, RiT	kare.bergh@medisin.ntnu.no
Tor Einar Calisch	Barneintensiv avd., Ullevål sh.	toreinar.calisch@ulleva.no
Julia Chelsom	Med. avd., Haraldsplass	juch@haraldsplass.no
Andreas Christensen	Mikrobiol. avd., St.Olavs hospital	andreas.christensen@stolav.no
Jan Bacher Christensen	Med. avd., Univ.sh. i Nord-Norge	jan.bacher.christensen@unn.no
Peter Csango	Mikrobiol. avd., Sørlandssh.	peter.csango@sshf.no
Miklos Degre	Mikrobiologisk institutt, RH	degre@rh.uio.no
Oona Dunlop	Infeksjonsmed. avd., Ullevål sh	oona.dunlop@ulleva.no
Eigill Eide	Med. avd. Ssh i Møre&Romsdal	eigill.eide@smr.no
Knut Fredriksen	Anestesiavd., Univ.sh. i Nord-Norge	knut.fredriksen@unn.no
Oddvar Frøholm	Avd.for bakteriologi, FHI	oddvar.froholm@fhi.no
Svein G. Gundersen	Med.avd., Sørlandssh.	svein.gunnar.gundersen@sshf.no
Tore Jarl Gutteberg	Mikrobiol.avd., Univ.sh. i Nord-Norge	tore.jarl.gutteberg@unn.no
Ivar Jo Hagen	Med. avd., Sh Innlandet Lillehammer	ivar.jo.hagen@sykehuset-innlandet.no
Alfred Halstensen	Inst. for indremedisin, UiB	alfred.halstensen@medb.uib.no
Stig Harthug	Avd. for sykehushyg. Haukeland	stig.harthug@helse-bergen.no
Jon Birger Haug	Med. avd., Sykehuset Østfold	jobhaug@broadpark.no
Gunnar Haukenes	Avd. for virologi, Haukeland sh	gunnar.haukenes@vir.uib.no
Bernt Heger	Infeksjonsmed. avd., Ullevål sh	bernt.heger@ulleva.no
Reidar Hjetland	Mikrobiologisk avd., ssh i S & Fj.	reidar.hjetland@helse-forde.no
Terje Hoel	Smitteverno.l. for Oslo, Ullevål sh	terje.hoel@ulleva.no
Are Martin Holm	Med. avd., Bærum sykehus	areholm@online.no
Ottar Hope	Med.avd., Haraldsplass sh Bergen	otho@haraldsplass.no
Gunnar Hopen	Med. avd., Telemark ssh	gunnar.hopen@tss.telemax.no
Berit Hovig	Bakt. institutt, Rikshospitalet	berit.hovig@labmed.uio.no
Dag Hvidsten	Mikrobiologisk avd., UNN	dag.hvidsten@unn.no
Bjørn Iversen	BAFI, Folkehelseinstituttet	bjorn.iversen@fhi.no
Trond Jacobsen	Mikrobiologisk avd., RiT	trond.jacobsen@medisin.ntnu.no
Mogens Jensenius	Med. avd., Aker sykehus	mogens.jensenius@ioks.uio.no
Eyrun F. Kjetland	Infeksjonsavd., Ullevål sykehus	eyrun.kjetland@ulleva.no
Claus Klingenberg	Barneavd., Univ.sh. i Nord-Norge	claus.klingenberg@unn.no
Ulf E. Kongsgaard	Anestesi/intensivavd., DNR	u.e.kongsgaard@klinmed.uio.no
Bjørn Erik Kristiansen	Telelab, Skien	bjorneri@online.no

Aud O. Krook	MARIO-senteret, Oslo	aud.krook@rme.oslo.kommune.no
Dag Kvale	Med. avd. A, Rikshospitalet	dag.kvale@klinmed.uio.no
Nina Langeland	Med. avd., Haukeland sykehus	nina.langeland@haukeland.no
Lars Holst Larsen	Med. avd., Fylkessh. i Haugesund	lars.holstlarsen@c2i.net
Tore Lier	Mikrobiologisk avd., RiTø	tore.lier@rito.no
Egil Lingaas	Avd. for sykehushygiene, RH	egil.lingaas@rikshospitalet.no
Elisabeth v. d. Lippe	Infeksjonsmed. avd., Ullevål sh	elisabeth.vonderLippe@ullevaal.no
Martinus Løvik	Folkehelseinstituttet, Oslo	martinus.lovik@fhi.no
Turid Mannsåker	Mikrobiologisk avd., Ullevål sh	turid.mannsaeker@ullevaal.no
Arne Mehl	Med. avd., Innherred sykehus	arne.mehl@innherred-sykehus.no
Kjetil K. Melby	Mikrobiol. avd., Ullevål sykehus	k.k.melby@ullevaal.no
Tore Midtvedt	CMB, Karolinska Institutet	tore.midtvedt@cmb.ki.se
Liisa Mortensen	Mikrobiol.avd., Nordlandssh	liisa.mortensen@nordlandssykehuset.no
Fredrik Müller	Sentrallab., Bærum sykehus	fredrik.muller@labmed.uio.no
Bjørn Myrvang	Infeksjonsmed. avd., Ullevål sh	bjorn.myrvang@ullevaal.no
Arild Mæland	Infeksjonsmed. avd., Ullevål sh	arild.aeland@ullevaal.no (arb)
Svein A. Nordbo	Avd. for mikrobiologi, RiT	Svein.A.Nordbo@medisin.ntnu.no
Ingvild Nordøy	Inst. for mikrobiologi., Rikshosp.	ingvild.nordoy@rikshospitalet.no
Aira Nurminen-Bucher	Med. avd., Bærum sykehus	abucher@chello.no
Are Næss	Inst. for indremedisin, UiB	are.nass@med.uib.no
Vidar Ormaasen	Infeksjonsmed. avd., Ullevål sh	vidar.ormaaen@ioks.uio.no
Frank Olav Pettersen	Med. avd. Haukeland sykehus	frank.olav.pettersen@helse-bergen.no
Even Reinertsen	Medisinsk avd., Sh Innlandet Gjøvik	even.reinertsen@sykehuset-innlandet.no
Anne Ma Dyrhol Riise	Virussenteret, Univ. i Bergen	adri@helse-bergen.no
Signe Holta Ringertz	Bakteriologisk lab., Aker sykehus	s.h.ringertz@ioks.uio.no
Bård Røsok	Kir. avdeling, Sh Innlandet-Hamar	mvfbr@online.no
Helvi Holm Samdal	Avd. for virologi, Folkehelseinst.	helvi.holm.samdal@fhi.no
Synne Sandbu	Avd. for vaksine, Folkehelseinst.	synne.sandbu@fhi.no
Rolf Arne Sandnes	Avd. for mikrobiol., Sh Innlandet	rolf-arne.sandnes@sihf.no
Per Sandven	Avd. for bakt., Folkehelseinstituttet	per.sandven@fhi.no
Aksel Schreiner	Inst. for indremedisin, UiB	aksel.h.schreiner@hspost.no
Haakon Sjursen	Med. avd., Haukeland sykehus	haakon.sjursen@helse-bergen.no
Tone Skarpaas	Mikrobiol. avd., Vest-Ager ssh	tone.skarpaas@vas.no
Steinar Skrede	Med. avd., Haukeland sykehus	steinar.skrede@helse-bergen.no
Martin Steinbakk	Mikrobiologisk avd., Ahus ush	martin.steinbakk@ahus.no
Arnfinn Sundsfjord	Mikrobiologisk avd. RiTø	arnfinns@fagmed.uit.no
Björg Sørensen	Med. avd., Fsh. i Molde	bjorg.sorensen@fsm.mr-fylke.org
Dag Torfoss	Det norske Radiumhospital	dag.torfoss@klinmed.uio.no
Yngvar Tveten	Telelab, Skien	yngvar.tveten@telelab.no
Einar Vik	Mikrobiologisk avd., Fsh i Molde	einar.vik@fsm.mr-fylke.org
Rolf Walstad	Medisinsk avd., St. Olavs hospital	rolf.walstad@ntnu.no
Ivar Ørstavik	Avd. for virologi, Folkehelseinst.	ivar.orstavik@fhi.no
Einar Aandahl	Avd. for mikrobiol., Sh Innlandet	einar.aandahl@sykehuset-innlandet.no

Alle endringer i arbeidssted og E-postadresse sendes jobhaug@broadpark.no

Kongresser og møter

2004

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

4. - 7. mars: **11th International Congress on Infectious Diseases. Cancun, Mexico**. - Kontakt ISID, 181 Longwood Avenue, Boston, MA 02115, USA. Tlf: +1-617-277-0551, faks:+1-617-731-1541.
E-Mail: info@isid.org

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

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

7. - 25. juni: **The 1st International Workshop on STI/HIV Counselling**. Bangkok, Thailand. Kontakt: Dr. Verapol Chandeying. Tlf: +66-26-765-383, faks: 66-22-863-013.
E-mail: cverapol@ratree.psu.ac.th

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

11. - 16. juli: **15th International AIDS Conference**. Bangkok, Thailand. Kontakt: IAS Headquarters, PO Box 4249, Folkungagatan 49, SE-102 65 Stockholm, Sverige. Tlf: +46-8-55-697-050, faks: +46-8-55-697-059. E-mail: aids2004@aids2004.org

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

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

14. - 18. november: **7th International Congress on Drug Therapy in HIV Infection**. Glasgow, Skottland. Kontakt: Thomas Acumed, Peakside House, Alder Court, Tytherington Business Park, Tytherington, Cheshire, SK10 2XG Uk. Tlf: +44-0-1-625-668-000, faks: +44-0-1-625-668-121.
E-mail: hiv7@acumed.thomson.com

2005

2. - 5. april: **15th European Congress of Clinical Microbiology & Infectious Diseases**. København, Danmark. - Kontakt: ESCMID-Executive Office, PO Box 6, CH-4005 Basel, Sveits (se 1. - 4. mai, over).

VALTREX™

VALACICLOVIR



GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline

Postboks 4312 Nydalen, 0402 Oslo

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

www.gsk.no

VEILEDNING FOR FORFATTERE

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

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

Abstract skrevet av nordmenn i utenlandske tidsskrifter kan være på 1/3 - 1/2 side, lengre abstracts kun etter avtale. Abstracts skal inneholde:

1) Overskrift = artikkelens tittel, 2) forfattere og tidsskrift som i referansen over, 3) navn / adresse på forfatter som skal ha event. korrespondanse, 4) abstract, helst på norsk, skrevet for infeksjonsmedisinere.

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

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

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

VEILEDNING FOR ANNONSØRER

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

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

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

Ciproxin®

Ciprofloxacin



GAHAP1

09 99

CIPROXIN 2 mg/ml
Ciprofloxacin.

ANV. FÖR
KÄYT. ENNAN

Injektionsvätska/Infusionsvätska
TIL INFUSION / INFUSIOTA VARTEN
100 ml = 200 mg ciprofloxacin.

100 ml

Ciprofloxacin, lact. respond. ciprofloxacin, 2 mg, acid. lact.
0.1 mg, glucos. monohydr. 50 mg, acid. hydrochlor. conc. as
sag ad inject. ad 1 ml, pH 3,6-4,5

Lösömsomt, oppbevaras i folien til produktet skal brugs.
Anvendes umiddelbart efter pakningen er åbnet. Anvend kun
klar opløsning. Overskydende indhold kasseres. Oppbevarer
utilgjengelig for børn.

Jämnömsömt, oppbevaras i folien til produktet skal anvendes.
Anvendes umiddelbart efter pakning er åbnet. Bare klar løsning skal
bruges. Ev. restindhold kasseres. Oppbevarer utilgjengelig for
børn.


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

Valonerkaa, säilytettävä foliossa käyttöön saakka. Avattu
pakkaus käytettävä välittömästi. Vain kirkaasta liuosta voidaan
käyttää. Käytön jälkeen ylijäänyt liuos häytetään. Ei lastien
ulottuville

98-3991-2/R1-12/98

Bayer AG, D-51368 Leverkusen, Germany 00062192

For ytterligere
opplysninger, se
Felleskatalogen.

Bayer 

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