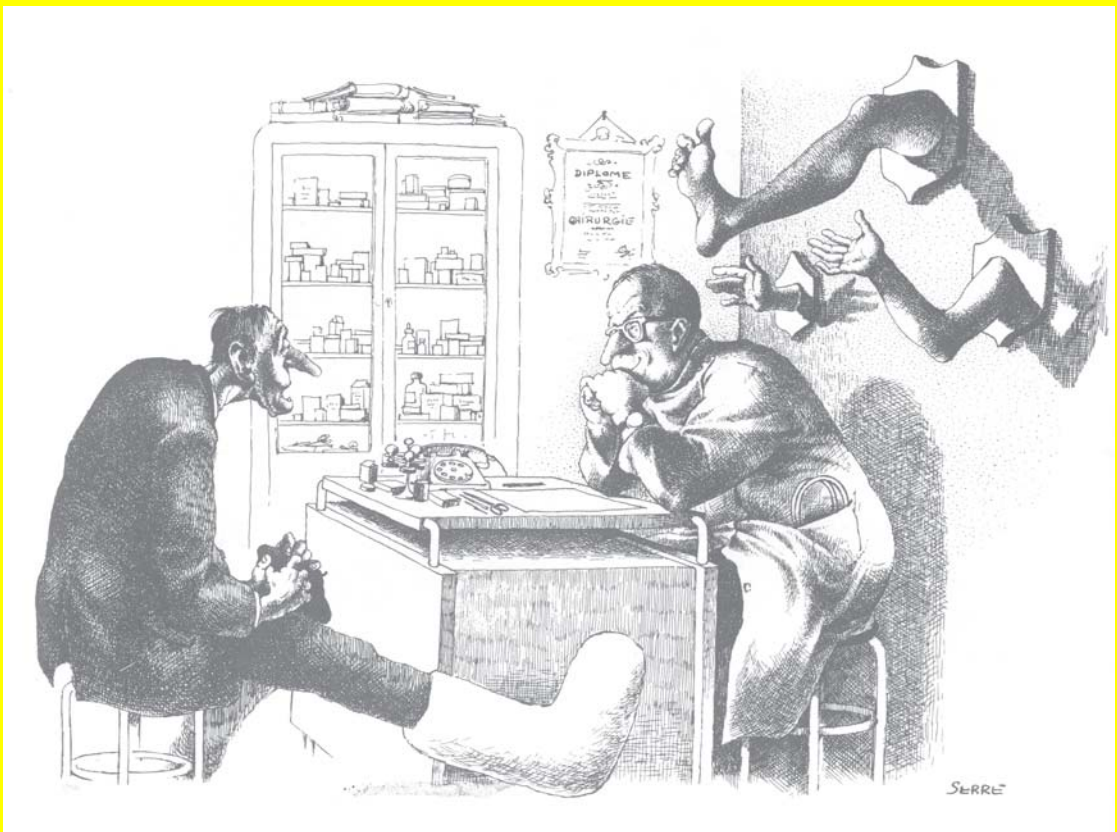
pest-POSTEN

Nr. 1, 2004 - 10. 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

- ***Annonsesjef :***

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**
Doktorgrad	**s. 5**
Symposium on Febrile Neutropenia - Brüssel	**s. 8**
«SSAC Reminder»	**s. 11**
Minneord Helge Bell	**s. 12**
Inf.forum Øst-Norge	**s. 14**
Inf.forum Vest-Norge	**s. 19**
Diktspalten	**s. 24**
Vårmøte i Bergen 2004	**s. 26**
Schering Plough prisen -04	**s. 27**
Noe om Malaria / Herpes	**s. 28**
E-post adresser	**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

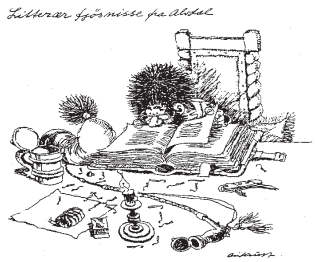
Telefon: **22111904**
Telefax: **22119181**
E-mail: **jobhaug@broadpark.no**

ISSN: 080 - 2510

Forsiden: ***Claude Serre1978 (1)***
«Humour Noir et Hommes en Blanc»

REDAKSJONELT

regions-POSTEN, *pest*-REGION



I dag såg eg
Tvo månar,
Ein ny
Og ein gamal.
Eg har stor tru på nymånen.
Men det er vel den gamle.

Kanskje hadde Olav H Hauge den nye helsereformen i tankene da kan skrev dette. Hva vet vi?

I alle fall ligner problemene i den nye reformen betenkelig på de velkjente fra år tilbake. Ambisjonene var store; økt produksjon, større effektivitet, lavere kostnader etc. Nå økte produksjonen og dermed effektiviteten Noen vil ha det til at 4% økningen i antall pasientbehandlinger var for stor, fordi kostnadene økte enda mer ,- og det var en strek i regningen.

Og så er det gamle velkjente toner med innsparinger, reduserte budsjetter, trussel og effektuering av oppsigelser osv.

Styreledere og direktører har gått sin vei, rett nok ikke tomhendte etter 2 års arbeid, og det har vært sterke protester fra mer og mindre hele landet. Sykehusavdelinger legges ned, andre slås sammen og i følge Dagens Medisin går vi "Mot tidenes nedbemanning ved sykehusene".

Uansett organisering: som det alltid har gjort dreier det seg om penger. Og etter år med effektivisering og rasjonalisering er det vel ingen som i sin villeste fantasi kunne tro at om en flyttet administrasjoner til Hamar, Skien etc. skulle alt gå bedre.

Hvis vi går mot "tidenes nedbemanning" blir det store spørsmålet naturligvis hvordan det skal gå når færre hender skal gjøre minst det samme som gjøres i dag, og helst litt mer. Hvem skal prioritere hvem skal få behandling eller ikke? Hvem skal i skammekroken når vi fortsatt kommer til å oppleve at pasienter ligger i korridorene? Neppe helseministeren eller andre politikere. Det er jo trass i alt valg hvert annet år og gallup flere ganger daglig,- og popularitet er en flyktig vare.

Det er for tidlig å dømme reformen etter 2 år, men det er forbausende at flere som gikk inn for reformen ønsker å reversere den. Kanskje var ikke "furet, værbitt" moden for konsernmodellen i offentlig virksomhet. Det er trass i alt ennå ikke 100 år siden løsrivelsen fra Sverige.

I Aftenposten for 03.03.04 gir fem medlemmer fra helseforetakenes styrer den nye modellen hederlig omtale og peker på at det har vært økning i behandlede pasienter, at korridorpasientantallet har gått litt ned og at det er nødvendig å se på økonomien når bare USA og Sveits bruker mer penger på helse enn Norge. Og et lyspunkt her i vår østlige region er en større satsing på klinisk forskning.

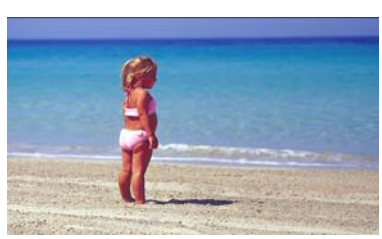
Så hvem vet,- kanskje kan vi se lysere tider i møte.

Konsernmodellen kan imidlertid ikke hindre at denne trykksak går inn i sitt tiende år. Mange har uttrykt sin begeistring for publikasjonen, og for oss som tok initiativet har det vært en morsom, om enn stundom noe tidkrevende oppgave.

Dette skrives mens vi går lysere tider i møte. Så trass i en fin og kald vinter —

Hold ut!

Oddbjørn Brubakk



Mogens Jensenius

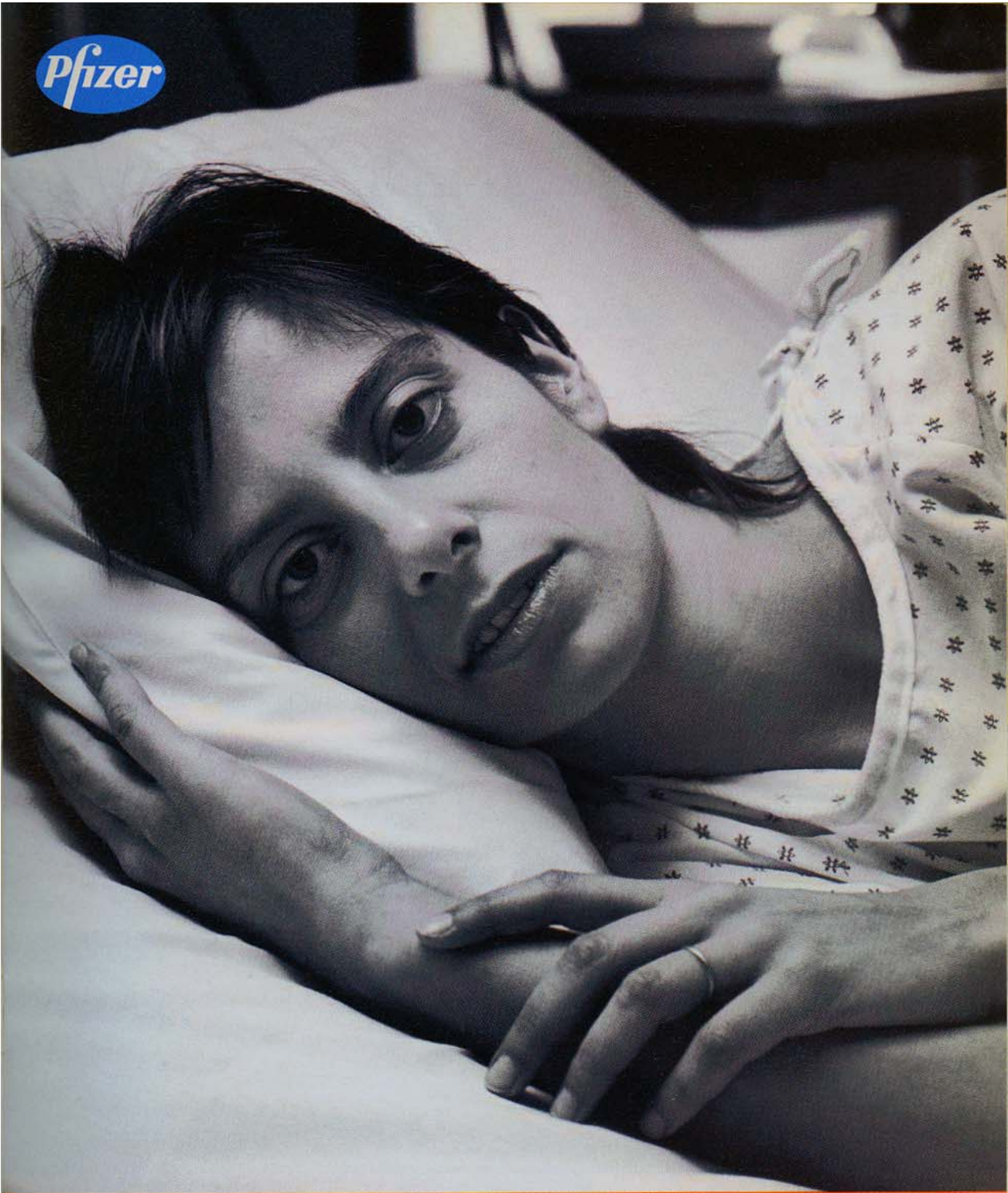
Disputas: 30/8-2003

Veiledere: Professor Bjørn Myrvang og Signe Holta Ringertz

Avhandlingens tittel:
African tick bite fever in travellers. Epidemiology, presentation, inflammatory and immune responses, and prevention.

Sammendrag:
Internasjonal turisme er en av verdens største og raskest voksende næringer. I 2002 ble det registrert nærmere 700 millioner internasjonale reiser, og med en forventet årlig vekst på 4% vil dette tall ha økt til om lag 1,5 milliarder i 2020. Stadig flere mennesker i Europa og Nord-Amerika besøker tropiske områder i Sør-Amerika, Afrika og Asia, hvor de kan smittes av eksotiske sykdommer. Mange av de aktuelle sykdommene er lite kjent blant leger i den vestlige verden, noe som ikke sjelden fører til diagnostiske og behandlingsmessige problemer. Et eksempel på slik reiserelatert og «ukjent» tropesykdom er afrikansk flåttyfus, en akutt febersykdom som i kjølvannet av safariturismen til Afrika er blitt et raskt økende reisemedisinsk problem. Sykdommen tilhører gruppen flekkfeberrickettsioser og forårsakes av bakterien *Rickettsia africae* som overføres av flått på landsbygda i Afrika sør for Sahara. Sykdomsbildet er vanligvis mildt og selvbegrensende, men komplikasjoner forekommer og tilstanden kan forveksles med andre tropesykdommer, som f.eks. malaria og tilbakefallsfeber.

Hensikten med foreliggende arbeid er å beskrive epidemiologiske, kliniske, laboratoriemessige og forebyggende tiltak ved reiserelatert afrikansk flåttyfus. I en seroepidemiologisk studie av 152 førstegangsreisende til landsbygda i Afrika sør for ekvator, fant vi en prevalensrate av *R. africae* infeksjon på 8.6%. I en etterfølgende prospektiv kohortestudie av 940 korttidsreisende til samme region, var insidensraten av afrikansk flåttyfus 4.0%-5.3%. Risikofaktorer i disse to undersøkelser var jakt, langvarig opphold på landsbygda, reise til det sørlige Afrika, samt reise i sommerhalvåret. Sykdomsbildet i kohortestudien var dominert av influensalignende plager, mens mer spesifikke tegn på afrikansk flåttyfus slik som eschar (en svart sårskorpe med tilgrensende rød halo), regional lymfekjertelsvulst og et vesikuløst hudutslett kun ble sett hos opp til 50% av pasientene. I en studie av hematologiske og biokjemiske parametere i akuttfasen av afrikansk flåttyfus, påviste vi signifikante fall i antall hvite blodlegemer, lymfocytter og trombocytter, samt en signifikant økning i serumnivåene av C-reaktivt protein og alaninaminotransferase. Dessuten fant vi at de fleste pasientene hadde økt serum C-reaktivt protein og lymfopeni i løpet av sykdommens første ti dager. I en studie av den inflammatoriske responsen ved afrikansk flåttyfus, påviste vi aktivering av karendotel og en økt utskillelse av ulike inflammatoriske cytokiner og kjemokiner, samt en mer forsinket aktivering av anti-inflammatoriske cytokiner. I en studie av antistoffsvaret, fant vi at pasienter med afrikansk flåttyfus serokonverterte signifikant senere enn pasienter med Middelhavsfeber forårsaket av *Rickettsia conorii*. I tillegg viste vi at tidlig behandling med doksysyklin hindrer utviklingen av antistoffer mot *R. africae* hos mange pasienter med afrikansk flåttyfus. I en laboratoriestudie fant vi at 20% løsninger av diethyl-3-methylbenzamide (DEET), en velkjent insektsrepellent, og KBR 3023, en nylig utviklet piperidinsubstans, kun hadde kortvarig effekt mot *Amblyomma hebraeum* flått, den viktigste vektoren av *R. africae* i det sørlige Afrika.



VFEND®
(voriconazole)

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

6th International Symposium on Febrile Neutropenia

Brüssel, 17.-19.desember 2003

Av Dag Torfoss

Brüssel var julepyntet, den lille statuen av Manneken Pis hadde fått julenissedrakt på og solen skinte da professor Jean Klastersky åpnet det sjette i rekken av to-årige symposier over febril nøytropeni. For infeksjonsmedisinere, hematologer, onkologer og andre med interesse for infeksjoner hos cancerpasienter har dette vært et av de viktige møtestedene. Klastersky har vært en av de drivende kreftene i de store internasjonale studiene av empirisk antibiotikabehandling ved febril nøytropeni siden 60-årene. Nå går han av for aldersgrensen, og han ble hilst med stående applaus.

Disse symposiene vil heretter fortsette i nye former med årlige møter alternerende mellom USA og Europa. Det neste møtet blir i Miami i januar 2005.

RISIKOSTRATIFISERING

Erkjennelsen av at det er stor forskjell på pasienter med febril nøytropeni samt behovet for å drive kostnadseffektivt har bidratt til å utvikle og validere parametre som identifiserer lavrisikopasienter som kan behandles med perorale antibiotika utenfor sykehus. Det understrekes imidlertid at alle pasienter SKAL observeres i sykehus i minst ett døgn før beslutning om poliklinisk behandling tas. En del pasienter viser seg å ha en mer alvorlig tilstand etter et døgns observasjon. Videre må pasientene ha mindre enn en times reise til sykehuset, de må ha tilsyn i hjemmet og det skal være daglig telefonkontakt mellom lege og pasient. MASCC score (1) ser ut til å være det redskapet som best identifiserer lavrisikopasientene (MASCC = Multinational Association of Supportive Care in Cancer). MASCC score regnes ut på en enkel måte basert på anamnese og en enkel klinisk vurdering.

MASCC parameteres	*Score*
Burden of illness: no or mild symptoms	5
No hypotension	5
No chronic obstructive pulmonary disease	4
Solid tumor OR no previous fungal infection	4
No dehydration	3
Burden of illness: moderate symptoms	3
Outpatient status	3
Age < 60 years	2

MASCC score på 21 eller mer identifiserer lavrisikopasienter. Maksimal score er 29.

Gruppen rundt Klastersky i Belgia har gjennom-

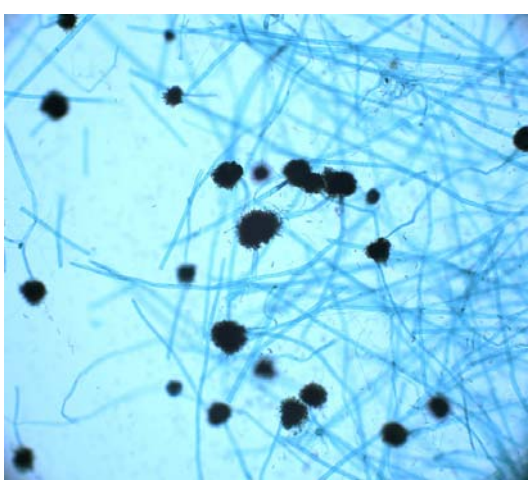
ført en prospektiv validering av MASCC score, og de fant at 100 % av pasientene som etter et døgn i sykehus ble vurdert å være lavrisikopasienter, ble vellykket behandlet poliklinisk.

Antimikrobiell profylakse ved febril nøytropeni ble diskutert, og Dr. Maschmeyer fra Tyskland slo i sitt innlegg fast at verken fluorokinolonprofylakse mot gram-negativ sepsis eller flukonazolprofylakse mot invasiv candidiasis har noen effekt på mortaliteten. Likevel brukes dette i stort omfang særlig i Syd-Europa.

Dr.Calandra fra Sveits holdt et godt foredrag om empirisk antibiotikabehandling ved febril nøytropeni. Han slo fast at antibiotikavalg må basere seg på lokal epidemiologi. Han understreket imidlertid viktigheten av å starte behandling raskt ved mistanke om infeksjon. Nøytropen sepsis kan forløpe like dramatisk som en meningokokksepsis. Dr. Calandra viste også hvordan andre deler av infeksjonsmedisinen hadde lært av behandlingen av febril nøytropeni. Det kliniske utfallet blir bedre ved rask empirisk behandling både av bakteriell meningitt, av sepsis og av andre fulminante infeksjonstilstander.

INVASIVE SOPPINFEKSJONER

Mesteparten av symposiet var viet behandlingen av invasive soppinfeksjoner, og selv om vi fortsatt har få midler å velge mellom var forvirringen stor. Problemet er nok at vi mangler gode diagnostiske metoder, og at evaluering av behandlingsrespons i stor grad må baseres på myke kliniske variabler. Hele behandlingen blir derfor nokså diffus i den forstand at det er vanskelig å gjennomføre gode kliniske studier. Da invasive soppinfeksjoner er svært alvorlige, er det en tendens til å behandle altfor mange pasienter på mistanke. Behandlingen er imidlertid såpass kostbar, at de fleste innser at dette fort blir dårlig ressursutnyttelse. Det ble anbefalt å stramme inn indikasjonene for systemisk soppbehandling fra "empirisk behandling" (persisterende feber under nøytropeni tross bredspektret antibiotikabehandling) til "preemptiv behandling" (i tillegg til feber kreves andre tegn på soppinfeksjon: kliniske og/eller røntgenologiske funn eller biologiske markører som for eksempel antigenpåvisning).



Det ser ut til at de fleste har gått over til å behandle invasiv aspergillose med vorikonazol. Mange velger også caspofungin som førstevalg ved dokumentert invasiv candidiasis, selv om vitenskapelige holdepunkter for at dette er nødvendig mangler. Amfotericin B, også lipidbaserte formuleringer, blir et reservepreparat.

Det ble advart mot rutinemessig kombinasjonsbehandling før det er dokumentert at dette er nødvendig. En håndsopprekning i salen, som stort sett besto av europeere, viste at kombinasjonsbehandling var uvanlig, men mange kunne tenke seg å være med i kliniske studier om kombinasjonsbehandling. Dr. Walsh fra M D Anderson Cancer Center i Texas kunne imidlertid fortelle at en tilsvarende håndsopprekning ved et møte i USA viste at kombinasjonsbehandling allerede var blitt rutinemessig de fleste steder.

NORSKE BIDRAG

Førtifire postere ble presentert. Undertegnede hadde, i samarbeid med Arne Høiby, med en poster (2) som oppsummerte de tre norske studiene til Tangen (3), Hammerstrøm (4) og Sigurdardottir (in press) (5) ved febril nøytropeni. Disse studiene konkluderer med at initial empirisk antibiotikabehandling med penicillin G og et aminoglykosid er trygt og effektivt hvis behandlingen modifiseres avhengig av klinisk forløp og mikrobiologiske funn.

De store internasjonale studiene (6-8) av empirisk behandling ved febril nøytropeni lider dessverre av at definisjonen av manglende respons ikke skiller mellom et fatalt utfall og skifte av antibiotikabehandlingen med et påfølgende vellykket utfall. Det lar seg imidlertid gjøre å trekke denne informasjonen ut av flere av disse studiene, og deretter sammenlikne med dokumentasjon fra norske forhold.

Regime	OK u/skifte	OK m/skifte	Mortalitet
PCN/AG	35 %	60 %	5-10 %
Bredspekt.	60 %	30 %	5-10 %

Tatt i betraktning hvor mange kurer med bredspektrede antibiotika vi sparer i Norge ved å velge penicillin og aminoglykosid initialt, synes dette å være en fornuftig behandlingsstrategi. Signaleffekten av å velge penicillin og aminoglykosid ved alvorlige infeksjoner kan ikke overvurderes for å begrense antibiotikapresset som fører til resistensutvikling.

Ved febril nøytropeni skjer de fleste modifikasjoner av antibiotikaregimene først etter flere dager og ofte opp til en uke etter behandlingsstart. Man har således god tid på seg til å justere behandlingen.

Som en kontrast til de norske forholdene, tok posteren ved siden av opp problemene med økende antall tilfeller av sepsis med Stenotrophomonas maltophilia når meropenem velges som initial empirisk behandling, - et regime som er vanlig ute i Europa. En annen poster dokumenterte at kombinasjonen med fjerdegenerasjons cefalosporinet cefepim sammen med aminoglykosidet amikacin og tillegg av empirisk vancomycin etter 48 timer hos pasienter som ikke var blitt afebrile, også virker. Ikke overraskende, men til hvilken pris!

Dette var et godt og vellykket symposium. Dessverre var vi få fra Norge tilstede. Jeg vil anbefale kolleger med interesse for denne delen av infeksjonsmedisinen å bli med til Miami i januar 2005.

Referanser:

1. Torfoss D. Referat fra 5th International Symposium on Febrile Neutropenia, Pestposten 2002, 8. årgang, nr 1, s 8-12.

2. Torfoss D, Høiby EA. Benzylpenicillin and an aminoglycoside for febrile neutropenia is a well-established and efficacious regimen in Norway; however, based on international clinical studies this may be considered suboptimal – how can

this paradox be explained? Scientific Program and Abstracts. 6th International Symposium on Febrile Neutropenia. 2003, abstract 5.

3. Tangen JM, Berentsen S, Dahl IM, Ly B, Myrvang B. Empirisk antibiotikabehandling hos pasienter med akutt myelogen leukemi. Tidsskr Nor Lægeforen, 1999; 119:35-8.

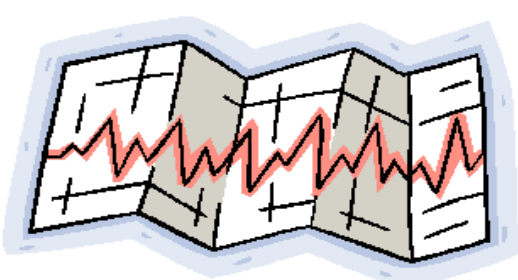
4. Hammerstrøm J, Jacobsen T. Bakteremi ved granulocytopeni – mikrobiologisk og empirisk antibiotikabehandling. Tidsskr Nor Lægeforen, 1998; 118:4370-5.

5. Sigurdardottir K, Harthug S, Digranes A, Nesthus I, Tangen J, Dybdahl B et al. Febrile neutropenia in Norway. Microbiological findings and antimicrobial susceptibility. (in press)

6. Klastersky J, Gaya H, Glauser MP et al. The EORTC International Antimicrobial Therapy Project Group (IATPG). Three antibiotic regimens in the treatment of infection in febrile granulocytopenic patients with cancer. J Infect Dis 1978; 137: 14-29.

7. Klastersky J, Glauser MP, Schimpff SC et al. and the IATPG of the EORTC. Prospective randomized comparison of three antibiotic regimens for empirical therapy of suspected bacteremic infection in febrile granulocytopenic patients. Antimicrob Agents Chemother 1986; 29: 263-70.

8. EORTC, IATPG. Ceftazidime combined with a short or a long course of amikacin for empirical therapy of gram-negative bacteremia in cancer patients with granulocytopenia. N Engl J Med 1987; 317: 1692-8.



Glem ikke ——

At Scandinavian society for antimicrobial chemotherapy (SSAC) holder sitt årlige møte i Oslo fra 3. - 5. september. Vi håper at ikke bare det faglige programmet, men også været vil varme de som deltar.

Komiteen har lagt opp til et program som vi håper skal skape interesse for de fleste i faget, både mikrobiologer og infeksjonsmedisinere.

Møtet skal starte med et minikurs i behandling av tuberkulose og fortsetter med behandling av alvorlige infeksjoner, infeksjoner hos rusmisbrukere, kronisk utmattelsessyndrom, nosokomiale infeksjoner, globale infeksjonsproblem etc.

Viktig er det å huske at SSAC sterkt ønsker at unge medlemmer skal ta del i møtet ikke minst for å kunne presentere sine forskningsresultater i et forum som ikke er skremmende stort, men med kompetente deltagere som kan gi ris og ros på veien ut til større fora. SSAC støtter derfor unge deltagere med reise stipend som søkes samtidig med påmeldingen.

Ved de to siste møtene henholdsvis i Turku og i Odense var finner og dansker sterkt representert både på deltagerlista og ikke minst med postere og innlegg. Det ble en flott mønstring av de to landenes vitenskaplige aktiviteter innen faget. Vi håper inderlig at mange møter opp og gjerne presenterer sine resultater. I en tid hvor norsk, klinisk forskning har vært utsatt for gjennomgang av en komité fra andre nordiske og blitt utsatt for sterk kritikk for manglende forskningsaktivitet, spredt og lite målrettet etc., kunne det være fint å vise våre nordiske kollegaer at vi jobber med saken og er på vei.

Hotell Bristol midt i Oslo skal være ramme for møtet, en flott ramme i klassisk stil.

Vel møtt i Oslo, merk av dagen og
http://www.srga.org/ssac/ssac2004.html

For organisasjonskomiteen, Oddbjørn Brubakk

MINNEORD

Helge Bell

Helge Bell døde brått og uventet 25. januar, bare 57 år gammel. Helge var gastroenterolog med hepatologi som sitt spesialfelt, og når han var en kjenning og venn av mange av *pest*-POSTENs lesere, så var det fordi behandling av pasienter med kronisk hepatitt C de siste 10-15 år var hans hovedinteresse. Mange infeksjonsmedisinere ble gjennom dette arbeidet hans gode samarbeidspartnere, og noen ble også hans gode venner.

I utprøvningen av medikamenter til behandling av kronisk hepatitt C la Helge ned et betydelig arbeid, som skal verdsettes høyt. Han utarbeidet protokoller, ledet gjennomføringen av studier, og skrev artikler. I dette arbeidet maktet han å få gastroenterologer og infeksjonsmedisinere ved de fleste sykehus i Norge til å samarbeide. Her fikk Helge vist sine uvanlige evner til å knytte kontakter, og til å inkludere kolleger i et hyggelig og fruktbart samarbeid. På den europeiske leverkongressen i Berlin april i år skal det siste arbeidet presenteres, et arbeid som vi regner med vil vekke internasjonal interesse.

Helge Bell var en etterpurt foredragsholder, også på møter i infeksjonsmedisinske fora. To dager før han døde, ledet han med vanlig ro og soliditet et møte om hepatitt C på Rochedagen 23. januar. Etterpå var han som vanlig humørfylt og prateglad. Men to dager seinere fant man ham død i skiløypa i Bærumsmarka, hvor han kjente hver sti og hver løype.

Helge Bells tidlige bortgang er et sårt tap først og fremst for hans familie, men også for Aker universitetssykehus, for det gastroenterologiske fagmiljø i Norge, og for alle som arbeidet med hepatittproblemer, og dermed også for infeksjonsmedisinen i Norge. Personlig har jeg mistet en god og kjær venn.

Bjørn Myrvang

Helge Bell var ikke bare interessert i leversykdommer, men levende opptatt av malerkunst og litteratur.
Her ser vi ham (i midten) sammen med venner ved Franz Kafkas grav i Praha.

Referat fra

Infeksjonsforum Øst-Norge

GSK Innovasjonssenter, 25.09.2003

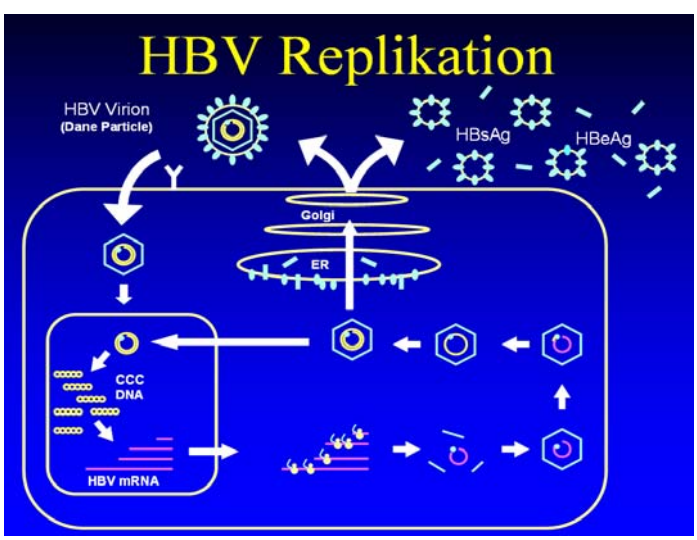
Av Jetmund Ringstad

Infeksjonsforumets høst-møte i Oslo var et tema-møte om hepatitt B. En oppdatering om sykdommen og belysning og diskusjon om nye behandlingsmuligheter, var et ønske fra flere av foreningens medlemmer. Møtet samlet da også et sytti-talls infeksjonsinteresserte leger i Glaxos flotte lokaler i Forskningsparken.

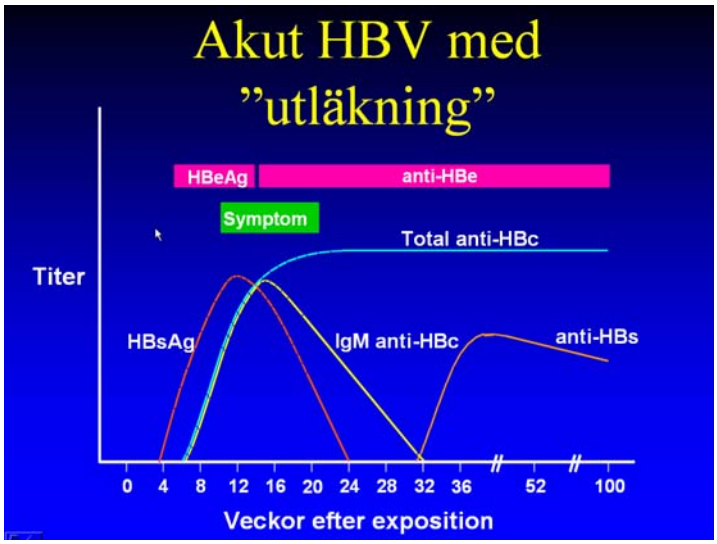
Rådgiver **Øyvind Nilsen** ved Nasjonalt Folkehelseinstitutt var som alltid positiv til å presentere data fra Avd. for smitteovervåkning. Han pekte i sitt foredrag **"Epidemiologi ved kronisk og akutt hepatitt B"** på en økning i forekomsten av hepatitt B (til ca. 450 årlig) i siste halvdel av 1990-årene. Spesielt ble det diagnostisert mange nye sprøytenarkomane i denne perioden. De siste årene har imidlertid antall nyoppdagete falt til omkring 200 personer årlig. Han minnet om at det fortsatt i mange land er mulig å bli smittet via blodtransfusjon og at det i Norge er 10 personer som er smittet via stikkskader i yrket de siste ti årene. Nilsen poengterte nytten og nødvendigheten av smittevernarbeid blant misbrukerne (oppsøkende virksomhet, informasjon, tilgang på rent brukerutstyr, samt vaksinasjon mot hepatitt A og B).

Når det gjelder kroniske bærere i Norge, er ca. 80% utenlandsfødt, med innvandrere fra Somalia og Vietnam som de største gruppene. I alt regner Folkehelseinstituttet med at det finnes 12-14000 HBV-bærere i Norge.

Olav Dalgard fra Aker Universitetssykehus refererte fra Helseundersøkelsen i Oslo. Han konkluderte at blant Oslos voksne befolkning er prevalensen av anti-HBc 6.0%, mens prevalensen av HBsAg er 0.4%. Dette er noe høyere enn i prevalensundersøkelser fra Sverige og Danmark og illustrerer nok det store antall innvandrere i Oslo.



Martin Lagging fra avdeling for klinisk virologi ved Sahlgrenska Universitetssjukhuset snakket om "**HBV diagnostikk"**. Viruset er et DNA virus, 40 nm stort, tilhørende familien Hepnadaviridae. Ved den serologiske diagnostikken benyttes HBsAg, Anti-HBc IgG og IgM, anti HBs, anti HBe og HBeAg. Forløpet og dermed nytten av de serologiske markørene illustreres av første bilde på neste side.



Med real-time PCR åpnes mulighetene for bruk av HBV-DNA i klinikken. Nå kan behandlingsresponsen følges og en kan oppdage resistens (lamivudin kan gi mutasjoner i DNA-polymerasen). Ved < 1000 kopier er det liten sjanse for smitte og pasienten er som oftest ”frisk”, mens høye virustall (>500 millioner kopier/ml) gir liten sjanse for terapirespons.

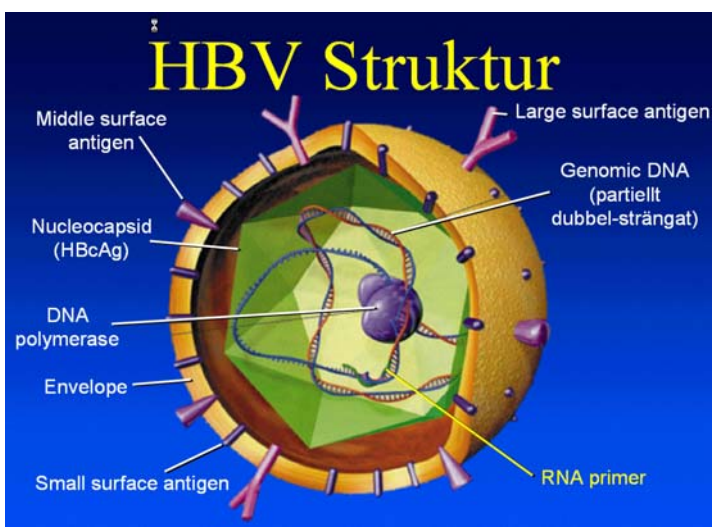
Lagging nevnte også at i Europa er genotype A mest vanlig, mens det i Kina og sør-øst Asia er genotype B og C som er mest vanlige. Genotypene skiller seg > 8 % i sekvens - og genotype C synes å være mer alvorlig enn B - og å respondere dårligere på behandling.

Avdøde kollega **Helge Bell** fulgte deretter opp med en beskrivelse av **”Naturlig forløp av kronisk hepatitt B”**. Han tok utgangspunkt i en pasient som etter å ha blitt seksuelt smittet med hepatitt B, utviklet en kronisk infeksjon, for deretter å få cirrhose og hepatocellulært karsinom (HCC). Blant verdens 370 millioner mennesker som har hepatitt B, vil årlig 50 000 dø i en akutt HBV infeksjon, mens 470 000 vil dø av cirrhose/cancer.

Risikoen for å forbli HBsAg positiv er < 5% hos de som er smittet i voksen alder. Blant de inaktive HBsAg-bærerne (HBeAg neg. og anti-HBe pos.) er prognosen oftest god. De har lavt HBV-DNA, normale ASAT/ALAT og som regel lite eller ingen nekroinflammasjon ved histologisk undersøkelse av lever. Prediktorer for cirrhose er høy alder, høy HBV-DNA og HCV/HDV/HIV superinfeksjoner. Mellom 8–20 % vil utvikle cirrhose etter 5 år, men kronisk HBV fører til HCC hos 0.2-0.7% årlig. Prognosen ved HCC er dårlig; ca. 80 % vil dø innen et år. Studier fra Taiwan dokumenterer at risikoen for HCC øker betraktelig, dersom man i tillegg til å være HBsAg+ også er HBeAg+.

Overlege **Bent von der Lippe** ved Ullevål universitetssykehus snakket om ”**Behandling av hepatitt B”**. Behandlingsmålene er reduksjon av inflammatorisk respons i lever, hindring av cirrhoseutvikling -og ved etablert cirrhose, redusere utvikling til dekompensert leversvikt, redusere viruspool, hindre perinatal smitte og hindre utvikling av HCC.

Indikasjon for behandling er pasienter med høy viremi og aktiv leversykdom. Man starter gjerne med **Lamivudin** 100 mg dgl.; i første omgang et års



behandling. Et problem ved slik behandling kan være en kraftig immunrespons ved brå seponering (økning av villtype-virus). Steroider og dose-avtrapping anbefales. Kombinasjonsstudier med lamivudin og **pegIFN-a2b** viser høyere serokonversjon enn lamivudin alene. **Adefovir dipivoxil** behandling av HBeAg+ kronisk hepatitt B (10 mg dgl. i 48 uker) fører til histologisk bedring og ALAT normalisering hos ca. 50 %. Andre nukleosid-analoger (famciclovir, entecavir) vil etter hvert også være gode alternativer. Behandlingen bør skreddersys den enkelte pasient etter vurdering av transaminaser, serologiske markører, alder, etc.

Arild Mæland (for anledningen utstyrt med gips) tok så for seg den kompliserte problemstillingen: "**Hepatitt B og HIV"**. Dette foredraget har han også holdt ved Infeksjonsforum Nord-Norge og referatet kan leses i *pest*-POSTEN nr. 4, 2003, side 10.

Hans Blystad, (avd. for infeksjonsovervåkning ved Folkehelseinstituttet) redegjorde så for **"Hepatitt B vaksinasjonsstrategi i Norge".** Målgruppene er a) personer med langvarig omgang med kjente kroniske smittebærere b) personer med utenlandsk bakgrunn c) personer med visse sykdommer eller tilstander som gjør dem mer utsatt for hepatitt B eller dens konsekvenser d) personer som utsettes for smittefare under utdanningen i Norge. Han minnet om "Forskrift til stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler og spesielt medisinsk utstyr" (Blåresept forskriften, § 4. pkt.3) samt "Retningslinjer for immunisering mot hepatitt A og B, gitt av Sosial- og helsedepartementet 19. mai 2000". Når det gjaldt posteksposisjonsimmunisering var det en del uenighet mellom klinikere og Folkehelseinstituttet i synet på administrasjon av HBIG. Klinikerne mente at det pr. i dag ikke er grunnlag for å gi HBIG, men at man kun vaksinerer.

Det var også tid til presentasjon av et par kasuistikker som viste nytten av HBV-DNA samt bruk av alfa-føtoprotein ved oppfølgingen av hepatitt B pasienter.

Minner til slutt om at lysbildeforedragene ligger på **www.infeksjonsforum.no**

Kort før dead-line:

Kan noen tenke seg å bruke sin overlegepermisjon ved et AIDS-prosjekt i Tanzania?

Haydom Lutheran Hospital i Tanzania har ved hjelp av støtte fra samarbeidspartnere i Norge startet HIV/AIDS behandling i Tanzania høsten 2003. Prosjektet trenger regelmessig oppfølging av infeksjonslege med erfaring med HIV/AIDS.

Hvis noen kan tenke seg å bistå kan dere ta kontakt med meg etter at jeg returnerer fra Tanzania 050504.

Johan N. Bruun
Infeksjonsmedisinsk avdeling
Ullevål universitetssykehus HF
Tlf: 22 11 90 94
E-post j.n.bruun@medisin.uio.no

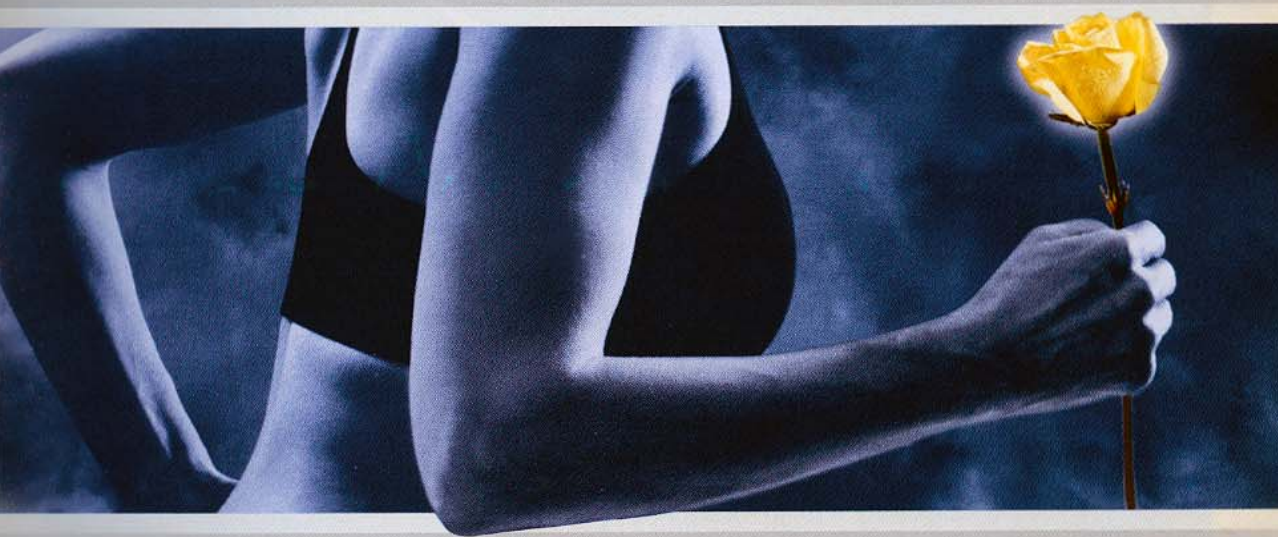
Kurs i reise-og tropemedisin i sør-øst Asia

Lesere av *pest*-POSTEN har ikke kunnet unngå å registrere at en gruppe norske infeksjonsmedisinere og allmennmedisinere gjennomgikk et lære- og opplevelsesrikt kurs i reise- og tropemedisin i Brasil høsten 2003.

I 2004 vil vi se på en annen del av verden og planlegger å arrangere et «tilsvarende kurs» i sør-øst Asia med undervisning bla. på Mahidol-universitetet i Bangkok og i Borneos jungel. Kurset vil bli annonsert i «Tidsskriftet».

Bjørn Myrvang
Infeksjonsmedisinsk avdeling
Ullevål Universitessykehus HF
Tlf: 47 22 11 90 97
Faks: 47 23 01 60 20
E-post bjmy@uus.no

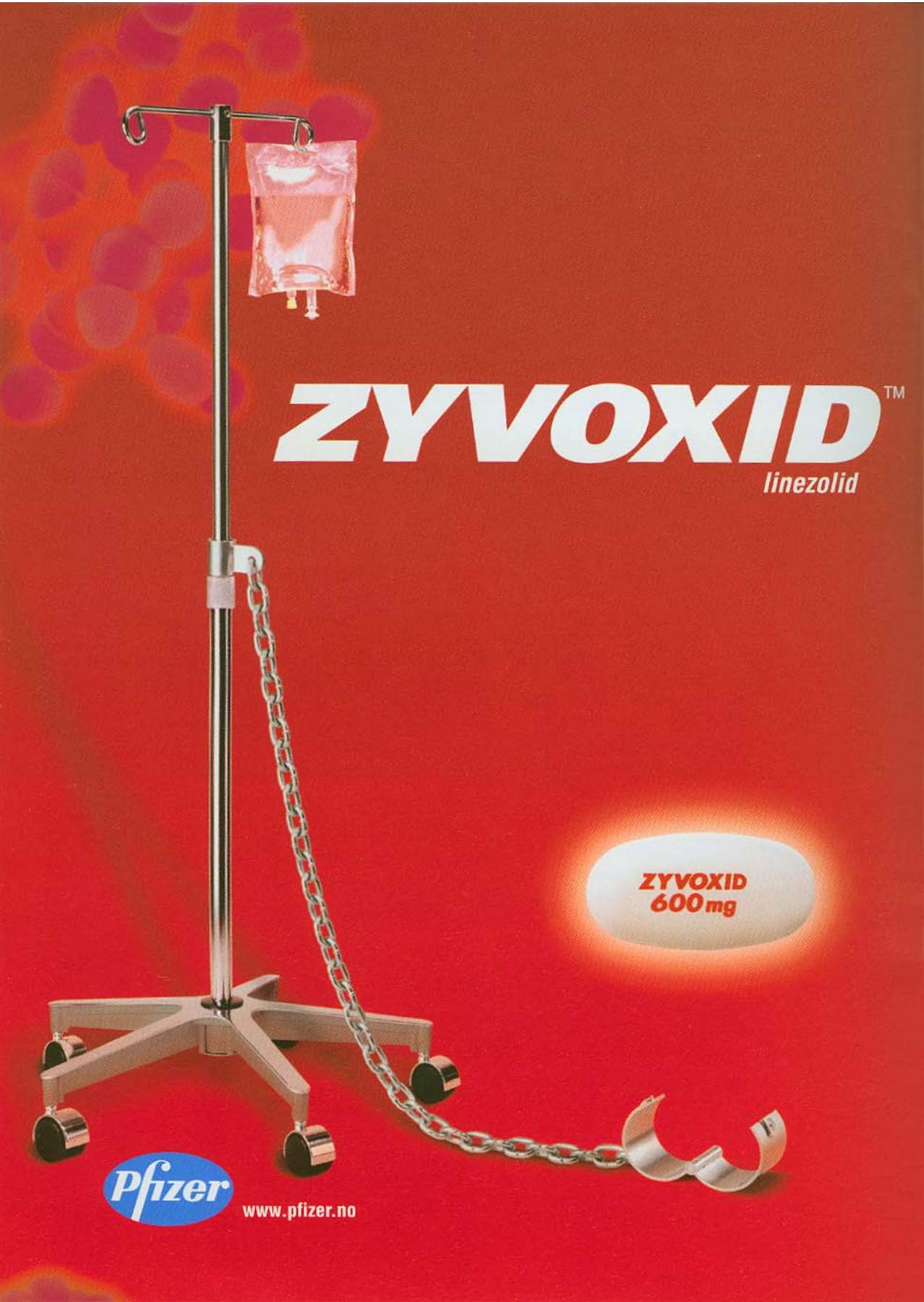
FIRST-CHOICE PI



FOR LONG-TERM SUCCESS

abbott norge as

kaletra®
(lopinavir/ritonavir)


ZYVOXID™
linezolid
ZYVOXID
600 mg
Pfizer
www.pfizer.no

Referat fra

Infeksjonsforum Vest-Norge

Bergen, 14. november 2003

Av Frank O. Pettersen

Infeksjonsforum Vest-Norge avholdt sitt høstmøte på Hotel Admiral i Bergen. Programmet for møtet ble forkortet da vår avdøde kollega Stein Robin Lund-Tønnessen ble bisatt samme dag. Mange av oss ønsket å delta i bisettelsen for å ta farvel med en respektert og savnet kollega. Vi ønsker å takke for tiden med Stein som kollega og lyser fred over hans minne.

Infeksjonsforum Vest-Norge

14. november 2003
Alvorlige bakterielle infeksjoner

1330-1430	Lunch	
1430-1435	Åpning	
1435-1530	Pneumokokkinfeksjoner	
	Epidemiologi og resistensforhold	*E Arne Høiby*
1530-1540	Pause	
1540-1610	Pneumokokkvaksiner:	
	gammel vaksine for de eldre	
	ny vaksine for de små	*Hanne Nøkleby*
1610-1640	Kasuistikk (10 min.)	*Jarle Moldestad*
	Kasuistikk (10 min.)	*Ole Rysstad*
	Diskusjon (10 min.)	
1640-1700	Pause	
1700-1800	Betahemolytiske streptokokker	*Steinar Skrede*
	i Hordaland vinteren 2003	*Haima Mylvaganam*
1800-1815	Pause	
1815-1900	Sepsisalgoritme fra	
	Haukeland sykehus	*Nina Langeland*
1900-1915	Kasuistikk	*Per Espen Akselsen*
1915-1945	Smågodt fra Virologisk seksjon	
	- en oppdatering av diagnostiske	*Gro Njølstad*
	tilbud	*Helge Myrmel*
2000	Middag	

Hovedtemaet for møtet var alvorlige bakterielle infeksjoner, i tillegg til nytt om denguevirus-diagnostikk som dessert. Nestleder i Infeksjonsforum Vest-Norge, Steinar Skrede, loset oss elegant gjennom programmet.

Pneumokokker

E. Arne Høiby og **Hanne Nøkleby** fra Folkehelseinstituttet kom over fjellet for å snakke om pneumokokker, henholdsvis om resistensforhold og vaksiner. E. Arne Høiby beskrev i sitt foredrag en økende forekomst av systemisk pneumokokksykdom i Norge på begynnelsen av 1990-tallet. Fram mot årtusenskiftet har økningen flatet ut på et nivå på vel 800 meldte tilfeller per år. I følge Høiby rammer sykdommen de helt yngste og i økende grad med økende alder. Det er særlig antallet av annen systemisk pneumokokksykdom enn meningitt som har økt. Når det gjelder pneumokokkenes reisistensforhold har vi ennå en lav forekomst av penicillinresistente isolater i Norge, men i følge tall fra NORM for 2000-2002 har andelen penicillininsensitive pneumokokker økt til 3,5%

(PISP def. MIC=0,12-1 mg/L), mens andelen penicillinresistente pneumokokker (PRSP def. MIC > 2 mg/L) har ligget stabilt på < 0,5%. Andelen erytromycinresistente pneumokokker har også vist en økning til vel 5% i 2002. Andelen erytromycinresistente pneumokokker er langt høyere i en del andre land med 52% i Spania for 1994-95 og hele 68% i Singapore for 1997-99. Det må forventes at slike stammer også importeres til Norge. Det registreres årlig isolater som er resistente mot klindamycin, doksycyklin og kloramfenikol i Norge, men det er ikke registrert cefotaksim- eller vankomycinresistente pneumokokker i Norge etter årtusenskiftet.

Det var noe forskjell i hvilke serotyper av pneumokokker som infiserte barn og voksne. De fire vanligste serotypene som ble isolert fra barn < 5 år med systemisk pneumokokksykdom var serotypene 1, 6B, 14 og 18C, og disse utgjorde til sammen cirka halvparten av alle isolatene, mens det i aldersgruppen >65 år oftest ble isolert serotypene 1, 4, 9 og 14. Høiby beskrev en finsk studie publisert i NEJM i 2001 der en 7-valent pneumokokkvaksine viste signifikant nedgang i andelen pneumokokkotiter forårsaket av de samme serotypene som vaksinen inneholdt, og av kryssreagerende serotyper. Samtidig så man imidlertid en økning i andelen andre serotyper enn de vaksinen inneholdt. Totalt sank andelen pneumokokktiter med 34%, mens det totale antallet otitter bare sank med 6%. I en annen studie hevdet man at vaksinasjon mot antibiotikaresistente kloner, ville redusere bærerskapet av disse resistente klonene i samfunnet. Høiby konkluderte med at det viktigste verktøyet for å redusere akkumulasjon av resistente pneumokokker i samfunnet, er et lavt antibiotikatrykk. Et alternativt tilleggsverktøy kunne være å vaksinere bærere av resistente kloner.

Nøkleby diskuterte vaksinevalg til barn og eldre. Hun fortalte oss om den kjente 23-valente polysakkaridvaksinen som dekker 90% av alle serotypene som forårsaker invasiv pneu-mokokksykdom. Problemet med polysakkaridvaksiner er som kjent, at de er ineffektive for barn < 2 år. Den 7-valente pneumokokk-konjugatvaksinen gir imidlertid både beskyttelse og hukommelse hos barn < 2 år. Det vil variere fra land til land hvor god dekning vaksinen har blant de yngste barna avhengig av hvilke serotyper som er dominerende årsak til invasiv pneumokokksykdom i det gitte landet. I følge undersøkelser fra USA ser det ut til at beskyttelseseffekten er best mot de alvorligste sykdomsmanifestasjonene, og det er ikke vist økning av andre serotyper som årsak til invasiv pneumokokksykdom etter vaksinering. Dette i motsetning til undersøkelser på årsak til otitt etter vaksinasjon med denne konjugatvaksinen. Vaksinen er inkludert i vaksinasjonsprogrammet i USA. En generell innføring av vaksinen i Norge vil koste like mye som summen av hele dagens vaksinasjonsprogram. Foreløpige indikasjoner i Norge er miltløse eller hiv-positive barn < 2 år (refusjon på blå resept) og til selvkost for barn < 2 år med alvorlig hjerte- eller lungesykdom, med spinalvæskelekkasje eller tidligere invasiv pneumokokksykdom. Det diskuteres om aldersgrensen skal økes til < 6 år, og om man skal inkludere barn med recidiverende otitter og voksne med dårlig respons på polysakkaridvaksinen.

Beta-hemolytiske streptokokker

Fra medio desember 2002 til ut februar 2003 ble det innlagt 16 pasienter med invasiv sykdom forårsaket av beta-hemolytiske streptokokker på Haukeland universitetssykeshus (HUS), og dette var flere enn vanlig, se for øvrig MSIS-rapport 20/2003 (http://www.folkehelsa.no/). **Steinar Skrede** presenterte karakteristika ved disse pasientene, hvorav 9 hadde nekrotiserende fasciitt, og da i hals- og nakkeområdet eller underekstremitetene. I samarbeid med Avdeling for mikrobiologi og immunologi (AMI) ved HUS ble det gjort undersøkelse for å forsøke å finne ut om disse tilfellene hadde noen fellestrekk. Var det et cluster med en spesielt virulent mikrobe som herjet Vestlandet? Eller var det en tilfeldig opphopning av tilfeller? Det forelå blodkulturer eller kulturer fra vevsprøver på 13/16 pasienter. Hos 9 pasienter ble det påvist gr. A streptokokker og hos 4 gr. G streptokokker. Sju pasienter hadde en eller flere kroniske tilstander i bunn som kunne tenkes å disponere for alvorlig infeksjonssykdom. **Haima Mylvaganam** fra AMI presenterte

resultatene av de mikrobiologiske undersøkelsene. Det ble gjort bestemmelse av isolatenes *emm*-sekvens, dvs. PCR-amplifisering av en sekvens av 5'-enden av *emm*-genet som koder for M-proteinet. Kun 3 isolater av GAS hadde identisk rekombinant *emm*-sekvens. Ett annet GAS-isolat og ett GGS-isolat viste samme sekvenstype. De resterende 6 pasientene hadde alle ulike sekvenstyper. Ett interessant funn hos en pasient var funn av samme sekvenstype av bakterien før og etter behandling som mulig tegn på reetablering av asymptomatisk bærerskap fra reservoar i hjemmet. Konklusjonen ble at dette ikke var snakk om et klonalt utbrudd, kanskje bortsett fra 3 tilfeller med identisk klon og nærhet i tid. Ett spørsmål som Mylvaganam reiste var om genetisk rekombinasjon mellom *emm*-genene til GAS, GCS og GGS kunne tenkes å bidra til økt virulens.

Kasuistikker

Fra en barneavdeling

Jarle Moldestad fortalte oss om en tankevekkende sykehistorie der en 5 måneder gammel tvilling nr 2 som var vekstretardert *in utero*, og derved ble forløst ved keisersnitt i uke 36, og som fikk en invasiv pneumokokkinfeksjon med fatale følger. Det viste seg at barnet hadde Waterhouse-Friedrichsens syndrom med ASD, manglende cauda pancreatis og kun en rudimentær milt som veide bare ¼ g mot normalt 18 g. Dette var en påminnelse om hvor aggressive pneumokokker og andre kapselkledte mikrober kan være hos miltløse personer. Kongenitt aspleni er ellers en ekstrem sjelden tilstand.

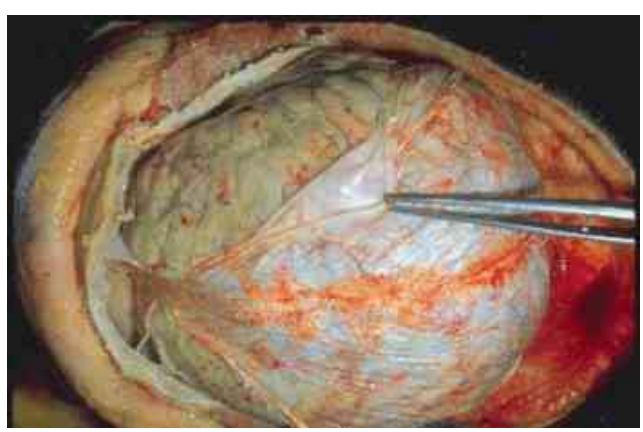
Fra en voksenavdeling

Ole Rysstad gav oss et annet eksempel på hvor aggressive pneumokokker kan være. Etter en klassisk sykehistorie ble en eldre kvinne innlagt og diagnostisert med pneumokokkmeningitt. Pasienten viste rask og god behandlingsrespons initialt, men etter 10 dager tilkom tegn til sentralnervøse komplikasjoner med TIA-liknende anfall, og hun ble overflyttet Rikshospitalet for videre utredning. Det ble der påvist en hjerneabscess i området grensende til temporalmassivet på samme side som de initiale øresymptomene startet på. Pasienten fikk intensivert antibiotikabehandling og kom seg gradvis. Pasienten fikk ikke steroider initialt.

Rysstad ønsket å belyse indikasjonen for steroidbehandling ved pneumokokkmeningitt og tanker for og imot spinalpunksjon før eller etter CT-cerebrum. Det hersket bred enighet om å følge nyere anbefalinger om å gi steroidbehandling ved pneumokokkmeningitt, jf artikkelen til De Gans et al i NEJM Vol 347:1549-1556 Nov 14 2002: "Dexamethasone in Adults with Bacterial meningitis" der det konkluderes med at dexametason reduserer risikoen for dårlig utkomme, inkl. død, etter spesielt pneumokokkmeningitt. På møtet ble dette applaudert som gjeldende standard prosedyre ved norske sykehus, og det bør implementeres der dette ikke er rutinemessig innført ennå.

Diskusjonen om man ved indikasjon for spinalpunksjon skal vente til etter CT-cerebrum er utført eller ikke, er nok like gammel som CT-maskinen. Man ser at tiden til spinalpunksjonen utføres, forlenges med ca. 2 timer hvis CT utføres først. Hvis man ikke har igangsatt antibiotikabehandling i mellomtiden, kan denne forsinkelsen få alvorlige følger for pasienten. I følge Hasbun et al i NEJM vol 345:1727:1733 Dec 13 2001, "CT of the Head before Lumbar Puncture in Adults with suspected Meningitis", kan pasienter uten følgende funn spinalpunkteres før CT-cerebrum tas:

- Tidl CNS sykdom
- Kramper siste uke før innleggelse



- Manglende evne til å svare på to enkle spørsmål
- Dysfasi
- Motoriske utfall

Sepsis

Nina Langeland presenterte et foreløpig resultat av et pågående arbeid på HUS om å lage retningslinjer for diagnostikk og behandling av pasienter med sepsis. Arbeidsgruppen bestod av leger fra Intensivavdelingen, Hjerteavdelingen og Infeksjonsseksjonen. Bakgrunnen for arbeidet er at pasienter med sepsis finnes på alle kliniske avdelinger og involverer alle kliniske spesialiteter slik at det er en mulig gevinst i å ha enkle rutiner som alle kan forholde seg til. Ny litteratur bekrefter effekt av enkle tiltak som gjennomføres raskt. Erfaringene er at alarmklokkene ringer for sent, og at det er noe å hente på økt kunnskap om adekvat og systematisk mikrobiologisk og klinisk-kjemisk prøvetaking. I tillegg ser det ut til at pasienter med riktig diagnose ikke får tilstrekkelig støttende behandling tidsnok, som for eksempel adekvat væsketilskudd eller pressorstøtte. Det er sannsynligvis noe å hente på bedre rutiner rundt valg av overvåkingsparametre.

Sepsiskriteriene til Bone *et al* fra 1992 ligger til grunn for definisjonen av sepsis, dvs. pasienten må ha klinisk infeksjon og tre av fire følgende kriterier oppfylt:

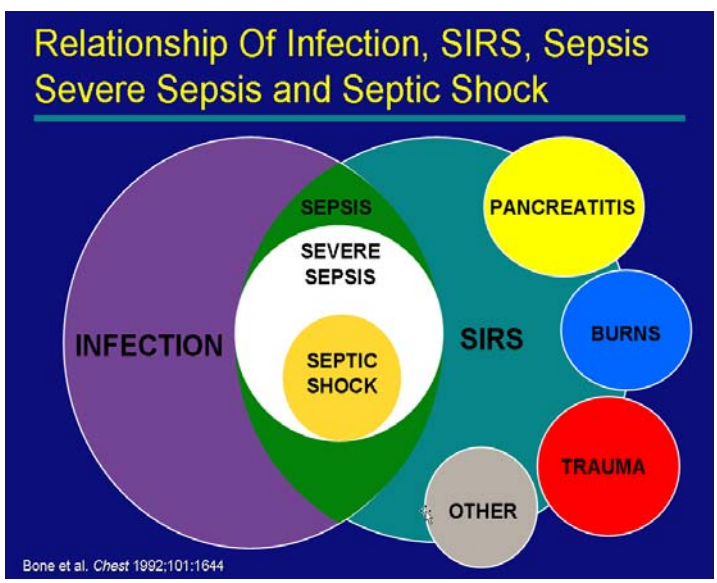
1. Takykardi, pulsfrekvens > 90/min
2. Respirasjonsfrekvens > 20/min eller PaCO2 < 4,3 kPa
3. Temperatur < 36 eller > 38°C
4. Leukocyttall < 4 eller > 12 x 10^9

Ved samtidig organdysfunksjon, har man alvorlig sepsis, og aktuelle parametre for de ulike organsystemene må overvåkes. Det er laget en egen sepsisalgoritme til hjelp i diagnostikk og behandling av sepsispasienter.

Kritisk syke pasienter på intensivavdelinger kan ha relativ binyrebarksvikt. Steroidsubstitusjon gir bedre følsomhet for adrenergika. I studien til Annane, publisert i JAMA 2002 ble det gjort synachtentest på alle intuberte pasienter med alvorlig sepsis, refraktært sjokk under 8 timer etter sjokk-diagnose. Non-respondere fikk ikke s-cortisolstigning > 9 mg/dL (> 250 nmol/L). Non-respondere mottok hydrokortison 50 mg i.v. x 4 og fluorocortison 50 mg per sonde x 1 i 7 døgn.

I praksis kan alle med septisk sjokk og alvorlig organdysfunksjon få tilskudd inntil prøvesvar foreligger, mens tilskuddet kan avbrytes hos respondere. Ett problem kan være å tolke resultatene og skille respondere (883/855nmol/L) fra non-respondere (680/512nmol/L).

Det er vist bedre overlevelse blant hjerteinfarktpasienter med diabetes med god blodsukkerkontroll (glu < 12 mmol/L). Hyperglykemi eller insulinresistens er hyppig blant intensivpasienter og disponerer for komplikasjoner som alvorlig infeksjon, polynevropati, multiorgansvikt og død. I studien til van den Berghe, publisert i NEJM 2001, ble pasientene randomisert til intensiv blodsukkerkontroll med behandlingsmål 4,4-6,1 mmol/L eller



konvensjonell blodsukkerkontroll med behandling av hyperglykemi over 11,9 mmol/L og behandlingsmål 10,0-11,9 mmol/L. Resultatet synes å vise at de sykeste pasientene hadde mest å vinne på en slik streng blodsukkerkontroll. I denne studien var dette hovedsakelig kirurgiske pasienter, men ved HUS går man nå inn for en noe strengere blodsukkerkontroll ved alvorlig sepsis enn det som har vært vanlig til nå, i påvente av flere studier direkte rettet mot intensivpasienter.

Rekombinant aktivert protein C (rh-APC, drotecogin, Xigris) er lansert som et mulig behandlingstilbud til pasienter med alvorlig sepsis. Foreløpige forskningsdata (Bernard, NEJM, 2001) er imidlertid ikke entydige når det gjelder hvilke pasientgrupper som synes å profittere mest på slik behandling. Noen pasientgrupper ser heller ut til å kunne ta skade av denne behandlingen som i tillegg er svært kostbar. Først og fremst trenger man flere studier, både av de "friskeste" pasientene med liten grad av organdysfunksjon og liten grad av alvorlig underliggende sykdom. Behandlingen skal initieres innen 48 timer etter fra symptomdebut, og eksklusjonskriteriene er mange, slik som: alder < 18 år, trombocytter < 30 x10^9, blødningsrisiko (kirurgi, spinalanestesi), kronisk nyresvikt, hemodialyse, kronisk leversykdom, behandling med antikoagulantia (heparin siste 12 t, warfarin siste 7 dager, ASA siste 3 dager) m.m. Det er flere ankepunkter ved studien. Inklusjonskriteriene ble endret etter at de 720 første pasientene var inkludert slik at det blant de sist inkluderte pasientene var færre med alvorlige grunnsykdommer, og de hadde hatt organsvikt i kortere tid. I subgrupper, for eksempel pasienter med APACHE II-score > 24 ved inklusjonstidspunktet, så man bedret utkomme med rh-APC-behandling, samme hos pasienter > 50 år med refraktært sjokk. APACHE II-score < 20, én-organsvikt og kirurgiske pasienter hadde ingen effekt av slik behandling. I tillegg så man økt overlevelse blant pasienter i placebo-gruppen som fikk heparin.

Ved HUS har man konkludert med at rh-APC kan være aktuelt hos noen få pasienter med alvorlig volumresistent septisk sjokk og organdysfunksjon i flere organer. Organdysfunksjon er spesifisert for de aktuelle organene i den nye sepsisalgoritmen. Behandlingen kan startes opptil 48 timer etter diagnosetidspunktet slik at man har tid til grundig gjennomgang med infeksjonslege og intensivmedisiner før slik behandling vurderes.

Denguefeber

Gro Njølstad, overlege ved AMI på HUS, fortalt oss om ny denguevirusdiagnostikk som nå er tilgjengelig ved HUS. Denguefeber er den mest utbredte arbovirusinfeksjonen hos mennesket, og den overføres med den dagbitende *Aedes*-myggen (hovedsakelig *Aedes aegypti* i byområder og *Aedes albopictus* på landsbygda, ref.anm.). Eggene legges i små vannreservoarer og de tåler godt inntørking og transport. Beregninger fra WHO antyder 50-100 millioner tilfeller per år. 40% av verdens befolkning bor i risikoområder for smitte. Det antas at opptil 5% av reisende og utearbeidende fra ikke-endemiske områder kan bli smittet av dengueviruset. Foruten en gjennomgang av klinikk og behandling av denguefeber krydret med et par kasuistikker, presenterte Njølstad de nye ELISA-testene (IgM og IgG) som nå er tilgjengelig på HUS, i tillegg til hurtigtesten. Tidligere måtte alle prøver sendes Smittskyddinstitutet for verifisering.

I Norge har det blitt diagnostisert fra 1 til 14 importtilfeller av denguevirusinfeksjon ved Smittskyddinstitutet per år fra 1995-2002, men bare ett tilfelle med dengue haemorragisk feber i 1996. Denguefeber er ikke meldepliktig til MSIS, men TropNetEurope (www.tropnet.net) overvåker forekomsten i Europa, og tropesentrene på Ullevål Universitetssykehus og Haukeland Universitetssykehus rapporterer til TropNetEurope (ref.anm.).

Til slutt vil jeg få takke vår sekretær i Infeksjonsforum Vest-Norge, Ole Jacob Tveitdal, for iherdig innsats for Infeksjonsforum Vest-Norge, slik at leger med interesse for infeksjonsmedisin på Vestlandet nok en gang fikk anledning til å utveksle faglig kunnskap i en hyggelig og uformell atmosfære. Vi ser fram til neste møte i forumet!

****

DIKTSPALTEN

Karla Maria Wine 1912 - 2003

Kjente diktere har preget ”diktspalten” opp gjennom åra. Denne gang har vi valgt en forfatter som kanskje ikke så mange av *pest*-POSTENs lesere kjenner til. Men i Sverige er hun velkjent og hedret med både Bellmannprisen (1974) og Frødingprisen (1998). Maria Wine var en mangslungen forfatter med bakgrunn fra barneheim og fosterheim i København. Hun flyttet til Sverige da hun i 1936 giftet seg med den kjente svenske forfatteren Arthur Lundkvist, som var et viktig og noen hevder et dominerende medlem av Svenska Akademien i en årrekke.

Maria Wines skildring av sin barndom (”Man har skjutit ett lejon”) er utkommet i en rekke opplag og utgaver siden førsteutgivelsen i 1951. Samlivet med forfatter-kollegaen har hun fortalt om i ”Minnena vakar” (1994), tre år etter ektefellens død. Men mest kjent er Maria Wine utvilsomt for sine mange diktsamlinger. Hun var en moderne lyriker, og er ofte beskrevet som en mester i patos-poesi. En stor del av hennes dikt handler om kjærligheten.

Og kjærlighetsdikt kan vel passe godt nå når det stunder mot vår, og det forhåpentligvis begynner å rykke litt både i unge og skrukne kropper. Kanskje har noen av leserne også savnet kjærlighetsdikt i spalten ? Her kommer i alle fall et lite utvalg av Maria Wines intense kjærlighetsdikt – i diktenes originale svenske språkdrakt.

Jag vill mitt jag inom dig
Jag vill ditt jag inom mig
Jag vill min frihet genom dig
Jag vil din frihet genom mig
Tilsammans skal vi plocka
ögonblick av rosor utan taggar

****

Älskade
tala inte til mig når du stiger upp
från vår kärleksbedd
låt mig stanna kvar
i vårt kärleksmörker
låt mig somna in
till minnet av dina
smekningar

¤¤¤¤

Nu har vi älska tills
solnedgången
blivit rödare än röd
nu har vi smekst tills
floderna
funnit sin vila
nu har vi kyssts til de spetsiga
knopporna slagit ut
och vaggande näckrosor seglat
berusande
under våra vällustiga slutna
ögonlock
nu har vi spelat kärlekens symfoni
tills våra violinkroppar om och
om igjen brusit
för nya gryningar
nu har vi användt orden för sådd
och tystnaden för at skörda
havets vaggsång har droppat
ögonblick av trygghet och vila
i våra sammanflätade hander

—----

Jag älskar dig
med mina händers
frihetslängtan
älskar dig från kaktussnåret
kring mitt kaos
älskar dig med avståndets
djärva mod
med närhetens fega ångest
Jag längtar ständigt efter dig
så som natt og dag längtar
efter varann
Jag attrår dig
så som livet åtrår evigheten!

~~~~~~~~

Kärlek
som är att vakna tillsammans
och möta den blåögda
morgonen
att utbyta leende som värmer
och värnar om den nya dagens
framtid
att på resan genom dagen
vila tilsammans på
klockslagens små väntstationer
och intaga gemensamma
måltider
upplysta av lingonsyltens
röda glädje

BM
~~~~~~~~

NFIM/NFMM

Vårmøtet i Bergen

10. – 11. juni 2004

PROGRAMFORSLAG - oppdatert per 12.03.04

Hovedtema: Vert-mikrobe interaksjon

Inviterte fordrag: 20 min + 10 min diskusjon
Frie foredrag: 10 min + 5 min diskusjon

Torsdag 10. juni

08.30 - 09.15	Registrering/kaffi/utstilling
09.15 - 09.30	Velkomst Elling Ulvestad
MØTELEDER:	***Elling Ulvestad***
09.30 - 10.00	**Evolusjon av interspecies relasjoner - et utenomjordisk argument** Elling Ulvestad
10.00 - 10.30	**Virulensfaktorer hos tuberkelbasiller** Harald Wiker
10.30 - 11.00	PAUSE Kaffi/utstilling/postere
11.00 - 11.30	**Virus og cancer** Karl Henning Kalland
11.30 - 12.00	**ETEC-infeksjoner hos barn** Halvor Sommerfelt
12.00 - 13.30	LUNSJ
MØTELEDER:	***Reidar Hjetland***
13.30 - 13.45	**Fritt foredrag 1:**
13.45 - 14.00	**Fritt foredrag 2:**
14.00 - 14.15	**Fritt foredrag 3:**
14.15 - 14.30	**Fritt foredrag 4:**
14.30 - 15.00	PAUSE Kaffi/utstilling/postere
15.00 - 15.15	**Fritt foredrag 5**:
15.15-15.30	**Fritt foredrag 6**:

Fredag 11. juni

MØTELEDER:	***Alfred Halstensen***
09.00 - 10.0	**Scheringprisvinnerne holder foredrag**
10.00 - 10.30	PAUSE Kaffi/utstilling/postere
10.30-11.00	**Infeksjoner ved granulocyttfunksjonsdefekter** Are Næss
11.00-11.30	**Hvorfor er meningokokkene så "hårete"?** Tone Tønjum
11.30-13.0	LUNSJ
MØTELEDER:	***Claus Ola Solberg***
13.00-13.30	**Fugleinfluensa** Lars Haaheim
13.30-14.00	**HIV-behandling: Immunsystemet i rekonstitueringsfasen** Anne Dyrhol Riise
14.00 - 14.15	**Fritt foredrag 7**
14.15 - 14.30	**Fritt foredrag 8**
14.30 - 15.00	PAUSE Kaffi/utstilling/postere
15.00 - 15.15	**Fritt foredrag 9**
15.15 - 15.30	**Fritt foredrag 10**
15.30 - 16.00	**Infeksjoner ved immunglobulinmangeltilstander**
16.00	SLUTT

Programkomite: Alexander Leiva, Gro Njølstad, Harald Wiker

Kommentarer til programmet kan sendes til rale@helse-bergen.no

Schering-Plough prisen

Årets Schering-Plough's pris skal som vanlig utdeles på årets Vårmøte (program s. 26).

Priskomiteen anmoder foreningens medlemmer om å sende inn begrunnete forslag på kandidater til de to prisene. Det er **mikrobiologene** som står for tur denne gang!

Forslagene må være komiteen i hende senest innen 7. mai.

Til orientering følger prisens statutter:

FORMÅL

Prisen har til formål å hedre mikrobiologer og infeksjonsmedisinere som gjennom forskning eller praktisk arbeid gjør en betydelig innsats for forebyggelse, diagnostikk og/eller behandling av infeksjonssykdommer i Norge.

Prisen er todelt:

I) En etablert mikrobiolog eller infeksjonsmedisiner som oppfyller ovennevnte.

II) En yngre mikrobiolog eller infeksjonsmedisiner med sikte på støtte til fullførelse av ovennevnte.

PRISENS STØRRELSE

I) Prisens størrelse er 15 000.-

II) Prisens størrelse er kr. 10 000.-

Beløpets størrelse vil bli vurdert hvert 5. år, neste gang i år 2005.

Forslag sendes til en av komitémedlemmene:

Per Bjark, Sykehuset i Vestfold,
Oona Dunlop eller Arild Mæland,
Ullevål universitetssykehus.

Tropemedisinsk kurs, Ullevål 2003

Malaria

Vi du oppfriske/utvide dine malariakunnskaper?

Royal Perth Hospital i Australia har en utmerket «web site» hvor du kan oppfriske og utvide dine malariakunnskaper. Her finner du omtale av bl.a. diagnostikk av malaria, malariaprofylakse og medikamentell behandling. Det beste av alt er en interaktiv «test and teach» avdeling. Gå inn på http://www.rph.wa.gov.au/labs/haem/malaria/index.html

Jeg kan slutte meg til det meste av teksten, men noen kritiske kommentarer har man alltid. Bl.a. burde kartet over utbredelsen av malaria vært bedre oppdatert. Men alt i alt meget bra om malaria. Lykke til - spesielt med «test and teach».

Bjørn Myrvang
Senior consultant - professor
Centre for Imported and Tropical Diseases
Department of Infectious Diseases
Ulleval University Hospital
0407 Oslo - Norway
Phone: 47 22 11 90 97

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

"11th Annual Meeting of the IHMF"

"The Norwegian Herpes Management Forum"(NHMF) arrangerte i en femårsperiode på 90-tallet årlige møter for norske leger med interesse for herpesinfeksjoner. Men de siste åra har NHMF av flere grunner ligget i dvale.

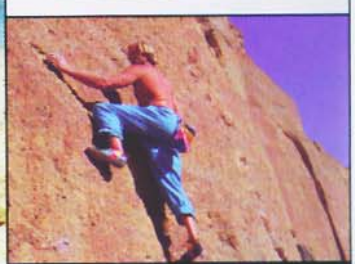
"The International Herpes Management Forum" (IHMF) har imidlertid sin fortsatt virksomhet. IHMF utgir tidsskriftet "Herpes", utarbeider retningslinjer for diagnostikk og behandling av herpesinfeksjoner, og arrangerer årlige møter hvor leger fra mange land møtes.

Årets møte ble arrangert i Noordwijk aan Zee i Nederland 27.-29.februar. En rekke temaer stod på årets program, men det var langt mellom nyhetene. Og det kan være et spørsmål om hvor lenge IHMFs møtevirksomhet vil vedvare. En vesentlig del av årets møte gikk med til diskusjon og oppdatering av tidligere utarbeidde "guidelines" for "Management of CMV disease" og for "Management of HSV-infection in HIV-positive individuals".

Er du interessert i de oppdaterte retningslinjene eller ønsker å få kjennskap til IHMFs øvrige aktiviteter, finner du informasjon på www.ihmf.org.

Verdens første hepatitt A + B vaksine

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



Twinrix™
Verdens første hepatitt A og B vaksine

Twinrix Paediatric «SB»
Twinrix Voksen «SB»

Vaksine mot hepatitt A (inaktivert) og hepatitt B.

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

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

Egenskaper: ***Klassifisering:*** Kombinasjonsvaksine av renset, inaktivert hepatitt A-virus og renset hepatitt B overflateantigen (HBsAg), separat adsorbert til aluminiumhydroksid og aluminiumfosfat. Hepatitt A-viruset er fremstilt ved dyrking i humane diploide 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 flesteparten av de vaksinerte varer i minst 4-5 år etter primærvaksinasjonen. For å etablere langtidsbeskyttelse anbefales boostervaksinasjon med enten de monovalente vaksinene eller kombinasjonsvaksinen.

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

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

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

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

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

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

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

Oppbevaring og holdbarhet: 2 - 8 °C. Beskyttet mot lys. Må ikke fryses.
Andre opplysninger: Vaksinen skal ikke blandes med andre vaksiner i samme sprøyte.
Pakninger og priser pr. 1. mai 1999: ***Twinrix Paediatric:*** Endosesprøyte: 0,5 ml. kr. 254,50. ***Twinrix Voksen:*** Endosesprøyte 1 ml. kr. 402,50, 10 x 1 ml. 3654,00

SB
SmithKline Beecham AS
Pharmaceuticals
Tlf.: 67 92 24 00 – Fax: 67 92 24 99

E-post adresser pr. 01.04.2004

Tore Abrahamsen	Barneavdelingen, Rikshospitalet	Tore.Abrahamsen@rh.uio.no
Bjørg Marit Andersen	Avd. for hygiene og smitteven, Ullevål	BjorgMarit.Andersen@ulleval.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, Folkehelseinstituttet	arne.broch.brantsaeter@fhi.no
Oddbjørn Brubakk	Infeksjonsmed. avd., Ullevål univ.sh	oddbjorn.brubakk@ulleval.no
Johan N. Bruun	Infeksjonsmed. avd., Ullevål univ.sh	j.n.bruun@ioks.uio.no
Trond Bruun	Med. avd., Haukeland universitetssh	trond.bruun@helse-bergen.no
Åse Berg	Med. avd., Sentralsh i Rogaland	Bergaase@yahoo.no
Bente M. Bergersen	Infeksjonsmed. avd. Ullevål sh	b.m.bergersen@ulleval.no
Kåre Bergh	Avd. for mikrobiologi, RiT	kare.bergh@medisin.ntnu.no
Tor Einar Calisch	Barneintensiv avd., Ullevål univ.sh.	toreinar.calisch@ulleval.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.backer.christensen@unn.no
Peter Csango	Mikrobiol. avd., Sørlandssh.	peter.csango@sshf.no
Miklos Degre	Mikrobiologisk institutt, Rikshospitalet	degre@rh.uio.no
Oona Dunlop	Infeksjonsmed. avd., Ullevål sh	oona.dunlop@ulleval.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
Marianne Fredriksen	Barneavd., Univ.sh. i Nord-Norge	marianne.fredriksen@unn.no
Oddvar Frøholm	Avd.for bakteriologi, Folkehelseinstituttet	oddvar.froholm@fhi.no
Nils Grude	Telelab, Skien	nils.grude@telelab.no
Svein G. Gundersen	Med.avd., Sørlandssh.	svein.gunnar.gundersen@sshf.no
Tore Jarl Gutteberg	Mikrobiol.avd., Univ.sh. i Nord-Norge	tore.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 sykehushygiene, Haukeland	stig.harthug@helse-bergen.no
Jon Birger Haug	Med. avd., Sykehuset Østfold	jobhaug@broadpark.no
Gunnar Haukenes	Avd. for virologi, Haukeland univ.sh	gunnar.haukenes@vir.uib.no
Hanne Husom Haukland	Mikrobiol.avd., Univ.sh. Nord-Norge	hanne.husom.haukland@unn.no
Bernt Heger	Infeksjonsmed. avd., Ullevål univ.sh	bernt.heger@ulleval.no
Reidar Hjetland	Mikrobiologisk avd., ssh i S & Fj.	reidar.hjetland@helse-forde.no
Terje Hoel	Smitteverno.l. for Oslo, Ullevål univ.sh	terje.hoel@ulleval.no
Are Martin Holm	Med. avd., Sykehuset Asker og Bærum	aremholm@online.no
Ottar Hope	Med. avd., Haraldsplass sh Bergen	otho@haraldsplass.no
Gunnar Hopen	Med. avd., Telemark ssh	gunnar.hopen@tss.telemax.no
Berit Hovig	Bakt. institutt, Rikshospitalet	berit.hovig@labmed.uio.no
Dag Hvidsten	Mikrobiol. avd., Univ.sh. i Nord-Norge	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 univ.sykehus	eyrun.kjetland@ulleval.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, Rikshospitalet	egil.lingaas@rikshospitalet.no
Elisabeth v. d. Lippe	Infeksjonsmed. avd., Ullevål univ.sh.	elisabeth.vonderLippe@ulleval.no
Martinus Løvik	Folkehelseinstituttet, Oslo	martinus.lovik@fhi.no
Turid Mannsåker	Div. for smittevern, Folkehelseinstituttet	turid.mannsaker@fhi.no
Arne Mehl	Med. avd., Innherred sykehus	arne.mehl@innherred-sykehus.no
Kjetil K. Melby	Mikrobiol. avd., Ullevål univ.sh.	k.k.melby@ulleval.no
Tore Midtvedt	CMB, Karolinska Institutet	tore.midtvedt@cmb.ki.se
Liisa Mortensen	Mikrobiol.avd., Nordlandssh	liisa.mortensen@nordlandssykehuset.no
Fredrik Müller	Mikrobiologisk institutt, Rikshospitalet	fredrik.muller@labmed.uio.no
Bjørn Myrvang	Infeksjonsmed. avd., Ullevål univ.sh	bjorn.myrvang@ulleval.no
Arild Mæland	Infeksjonsmed. avd., Ullevål univ.sh	arild.aaeland@ulleval.no
Svein A. Nordbø	Avd. for mikrobiologi, RiT	Svein.A.Nordbo@medisin.ntnu.no
Ingvild Nordøy	Inst. for mikrobiologi., Rikshospitalet	ingvild.nordoy@rikshospitalet.no
Aira Nurminen-Bucher	Med. avd., Diakonhjemmets sykehus	aira.bucher@diakonsyk.no
Are Næss	Inst. for indremedisin, UiB	are.nass@med.uib.no
Vidar Ormaasen	Infeksjonsmed. avd., Ullevål univ.sh.	vidar.ormaasen@ioks.uio.no
Frank Olav Pettersen	Med. avd. Haukeland sykehus	frank.olav.pettersen@helse-bergen.no
Even Reinertsen	Medisinsk avd., Sh Innlandet Gjøvik	even.reinertsen@sykehuset-innlandet.no
Anne Ma Dyrhol Riise	Virussenteret, Univ. i Bergen	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	Mikrobiologisk institutt, Rikshospitalet	per.sandven@rikshospitalet.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
Bjørg Sørensen	Med. avd., Fsh. i Molde	bjorg.sorensen@helsenr.no
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
Mette Walberg	Mikrobiologisk avd., Sh Asker og Bærum	mette.walberg@labmed.uio.no
Rolf Walstad	Medisinsk avd., St. Olavs hospital	rolf.walstad@ntnu.no
Karl Olaf Wathne	Barnemed. avd., Ullevål univ.sh	Karl-Olaf.Wathne@ulleval.no
Ivar Ørstavik	Avd. for virologi, Folkehelseinst.	ivar.orstavik@fhi.no
Einar Aandahl	Avd. for mikrobiol,.Sh Innlandet	einar.aandahl@sykehuset-innlandet.no

OBS OBS OBS OBS OBS OBS OBS OBS OBS OBS OBS OBS OBS OBS OBS OBS OBS OBS

* Adresse- og tittelendringer for NFIM-medlemsregisteret og tilsending av *pest*-POSTEN sendes sekretær Bente Bergersen (b.m.bergersen@ulleval.no)

* Endring av arbeidssted og E-postadresse for denne spalten sendes redaksjonssekretær Jon Birger Haug (jobhaug@broadpark.no)

* Samlepermer for *pest*-POSTEN kan bestilles fra Bristol-Myers Squibb, Knut Larsen: (knut.larsen@bms.com)

Kongresser og møter

2004

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

17. - 21. august: **Emerging Infectious Diseases Conference.** Maui, Hawaii.
- Kontakt: Gwenn Welsch / Continuing Medical Education, 3560 Business Drive, Suite 130, Sacramento, California 95820 Tlf: +916-734-5390 / 866-263-4338, faks: +916-736-0188 / 916-453-9429.
E-mail: gvwelsch@ucdavis.edu

30. aug. - 1. sept.: **AIDS Vaccine 2004.** Lausanne, Sveits.
- Kontakt: AIDS Vaccine 2004, Administrative Secretariat, c/o AKM, Congress Service, P.O. Box, 4005 Basel / Sveits. Tlf: +41-616-867-711, faks: +41-616-867-788. E-mail: aids2004@akm.ch

3. - 5. september: **21th Annual Meeting of the Scandinavian Society for Antimicrobial Chemotherapy.** Oslo, Norge. (- Se side 11 i dette nummer av *pest*-POSTEN).

30. sept. - 4. okt.: **Infectious Disease Society of America 2004 Annual Meeting.** Boston, USA.
- Kontakt: Infectious Diseases Society of America, 66 Canal Center, Plaza, Suite 600, Alexandria, VA, 22314. Tlf: +703-299-0200. E-mail: info@idsociety.org Web: www.idsociety.org

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

10. - 13. oktober: **5th Congress of the International Federation of Infection Control.** Porec, Kroatia.
- Kontakt: Pamela Allen, Honorary Executive Administrative Officer 6 Cullenfadd Road Dungannon, County Tyrone, Northern-Ireland BT70 1RU. Tlf: +44-0-283-861-654. E-mail: PmAllen@aol.com

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

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

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

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

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

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

VEILEDNING FOR ANNONSØRER

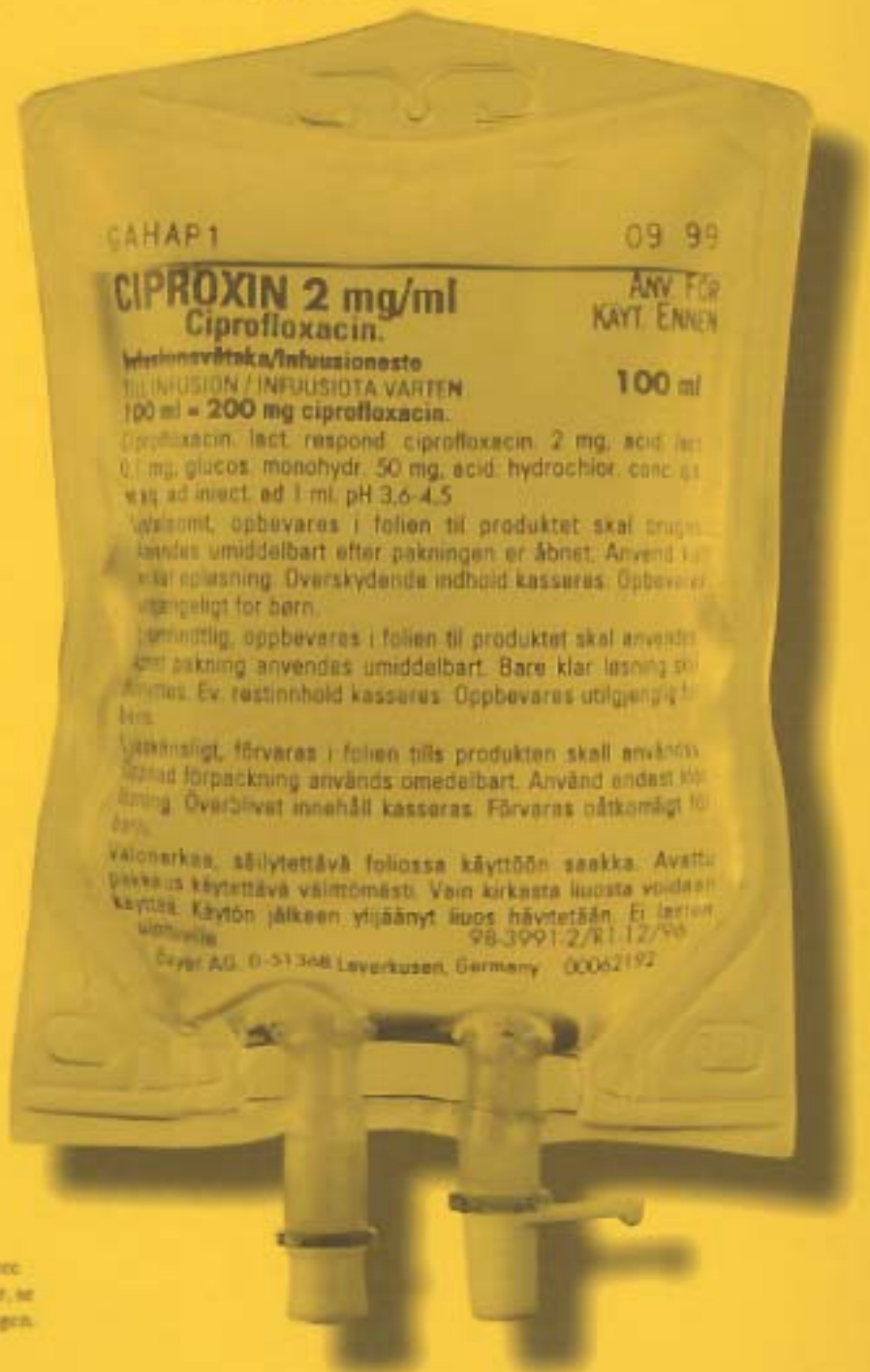
Vi er takknemlige for bidrag i form av annonser i "*pest-POSTEN*". Bladet blir trykket i et opplag på ca. 300 og distribuert gratis til alle medlemmer av Norsk Forening for Infeksjonsmedisin.

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

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

Ciproxin®

Ciprofloxacin



For ytterligere opplysninger, se Felleskatalogen.

Bayer

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