pest-POSTEN

Nr. 2, 2005 - 11. årgang

MEDLEMSBLAD FOR
NORSK FORENING FOR INFEKSJONSMEDISIN

REDAKSJONEN :

- Ansvarlig redaktør :

Arild Mæland
Infeksjonsmedisinsk avdeling,
Ullevål universitetssykehus

- Medredaktør :

Jan Erik Berdal
Medisinsk avdeling,
Akershus universitetssykehus

- Redaksjonssekretær :

Jon Birger Haug
Medisinsk avdeling,
Aker universitetssykehus

- Annonsesjef :

Eivind Ragnhildstveit
Mikrobiologisk avdeling,
Sykehuset Østfold Fredrikstad

- Øvrige medarbeidere :

Faglig medarbeider - Alexander Leiva
Infeksjonsmedisinsk avdeling,
Haukeland universitetssykehus

Ansvarlig diktspalten - Bjørn Myrvang
Infeksjonsmedisinsk avdeling,
Ullevål universitetssykehus

INNHOLD :

Redaksjonelt	s. 4
Frykt-Post eller hets-Post?	s. 5
Kurs i trope- og reisemedisin	s. 5
Bibelanmeldelse - Mandel den 6.	s. 6
Fotogåten	s. 9
Diktspalten	s. 10
NFIM/NFMM vårmøte	s. 11
Fotospalten	s. 18
pest-navn, NAVN-POSTEN	s. 19
Luftveisinfeksjoner hos intensivpasienter	s. 20
Litt foreningsstoff m.m.	s. 32
Doktorgrad-resyme Ormaasen	s. 35
Kan du SuDoku?	s. 36
Tropekurs ved foten av Mt. Kili	s. 36
Et forsommerminne	s. 41
Veiledning for forfattere og annonsører	s. 43

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

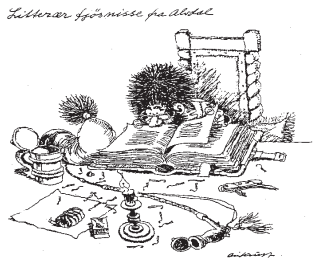
Adresse: **Arild Mæland,**
Infeksjonsmedisinsk avd.,
Ullevål universitetssykehus
0407 Oslo

Telefon: **22 11 92 86**
Telefax: **22 11 91 81**
E-mail: **jon.haug@chello.no**

ISSN: 080 - 2510

Forsiden: Claude Serre 1978 (6)
«Humour Noir et Hommes en Blanc»

REDAKSJONELT



*pest-*SPONSING, *sponse-*POSTEN

Det har den siste tiden vært mye oppmerksomhet omkring vårt forhold til legemiddelindustrien. For oss har det vært instruktivt å lese et høringsnotat som Helse- og omsorgsdepartementet har sendt ut nå i mars: Forslag til forskrift om helsepersonells adgang til å motta gave, provisjon, tjeneste eller annen ytelse i tjenesten.

Det er sponsing av deltagelse på konferanser som er det sentrale både i dette forslaget og i den interesse media viser våre relasjoner til legemiddelindustrien. Det slås fast at konferanse-sponsing er å betrakte som en gave og skal vurderes som sådan; dvs. om den er egnet til å påvirke helsepersonells tjenestlige handlinger på en utilbørlig måte.

Det er to lover som ligger i bunn for de avtaler og reguleringer vi nå får; helsepersonelloven og lov om spesialisthelsetjeneste, begge fra 1999. Helsepersonnelloven pålegger oss å drive forsvarlig virksomhet, herunder holde oss faglig oppdatert. Dette er en plikt, men gir oss også rettigheter, fordi helsepersonnellets lovpålagte plikt til å drive forsvarlig yrkesutøvelse vil være overordnet en eventuell arbeidsgivers eller andres styrings- og instruksjonsrett.

Lov om spesialisthelsetjeneste sier at virksomheter (les: helseforetakene) som yter spesialist-helsetjeneste skal sørge for at ansatt helsepersonell gis slik opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig.

Siste hendelse i den pågående interesse for saken er ifølge Aftenposten 18.6 at Helse Øst (på vegne av alle helseforetak) har vedtatt en samarbeidsavtale med Legemiddelindustrien. Det nye her er at invitasjoner ikke skal gå til den enkelte lege men til helseforetaket og at all vår «samhandling» med industrien skal være kjent og godtatt av arbeidsgiver.

Viktige momenter ved vurdering om sponsing av konferansedeltagelse er utilbørlig vil være det faglige nivå, mengden av faglig virksomhet i forhold til total tid som går med til reise etc, og aller viktigst: relevansen for den jobben du har.

Det flaue ved all den debatt og avtaler og høringer som nå er gjort på dette felt er at ingen, og slettes ikke våre arbeidsgivere, med ett ord diskuterer hvem som bør betale den videreutdanning vi her snakker om. Faktum er jo at legemiddelindustrien betaler store deler av norske sykehuslegers lovpålagte oppdatering. Ingen tør nevne at helseforetakene som så gjerne vil kontrollere det hele, i utangspunktet er den naturlige betaler for den ekspertise som er helseforetakenes *raison d'etre*. Hvorfor er det ingen som snakker om denne offentlige fattigdom?

Så konklusjonen vår er klar: våre samhandlinger med industrien slik de i vårt infeksjonsmiljø har vært bedrevet til nå er fortsatt fullt lovlige og vil fortsette som før, eneste forskjellen er egentlig bare mer byråkrati i norske sykehus. Dette siste bør neppe overraske noen.

Og hvis du får problemer med din arbeidsgiver når du vil reise på en konferanse betalt eller arrangert av et legemiddelfirma, hvis møtet er relevant og det faglige nivå bra, så er det ikke deg, men din arbeidsgiver som er i ferd med å bryte loven. La oss hjelpe våre helseforetak til å unngå kriminell virksomhet!

Arild Mæland

Frykt-post eller hets-post?

Gratulerer med 10-årsjubileum og takk til avgått redaktør Oddbjørn Brubakk for verdifull innsats i 10 blomstrende år!

Overgang til ny redaktør, Aril Mæland, ser ut til å føre med seg en «frykt-post» eller «hetspost»? I alle fall slår Mæland til på stortrommen og henger helsepersonell, inkludert kolleger ved Ullevål universitetssykehus ut med at «helsepersonell totalt synes å ha mistet sansen for proporsjoner».

Bruk av «romdrakter» og mottak av flodbølgeoffer som han har observert på TV var et resultat av infeksjonmedisinernes innsats ved Ullevål universitetssykehus, der smittevernansvarlig lege/sykehushygieniker ved sykehuset dessverre ikke var kontaktet på forhånd.

Denne saken må Mæland derfor ta opp med kolleger på egen avdeling.

Han henviser også til «å finne seg en annen jobb» for de av oss som arbeider 100% med smittevern («for å unngå smitte») og «0% for å ta deg av pasienten». Dette var jo ei grusom salve fra en nybakt redaktør for selveste pest-POSTEN!

Jeg foreslår at redaktøren går litt i seg selv med hensyn til saklighetsnivå, er mer gjennomtenkt i sine uttalelser og vurderer sin egen jobb.

Med vennlig hilsen

Bjørg Marit Andersen MD, PhD
Avdelingsoverlege
Sykehushygieniker
Avdeling for hygiene og smittevern
Ullevål universitetssykehus

___

Kurs i reise- og tropemedisin

Kompetansesenter for import- og tropesykdommer, Ullevål universitetssykehus arrangerer i samarbeid med Infektionsmedicinsk Afdeling Q, Skejby Sygehus, Århus i tidsrommet 25.11. – 5.12.05

Kurs i reise- og tropemedisin i Amazonas og i Rio de Janeiro

Kurslederne, lokale leger og utvalgte kursdeltakere vil stå for undervisningen, som dels vil foregå i Manaus, om bord på båt på Amazonas og i Rio de Janeiro. Interessante sykehusbesøk og utflukter inngår i kursprogrammet.

Kursavgift: norske kr. 4.200.-

Reise - oppholdsutgifter: norske kr. 20 – 25.000.-

Kursledere: Bjørn Myrvang og Mads Buhl

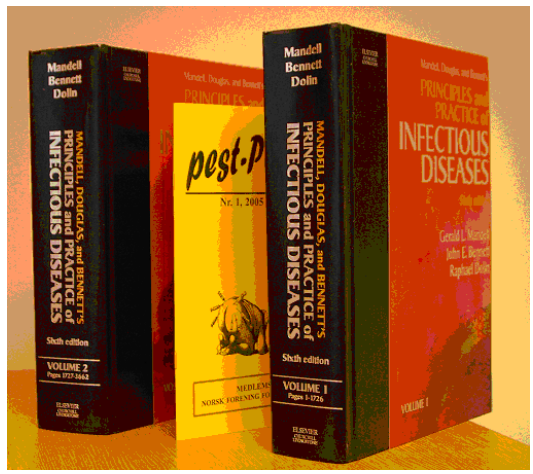
Kurset vil bli søkt godkjent som tellende i videre- og etterutdanningen i allmennmedisin, infeksjonssykdommer og andre aktuelle spesialiteter. Godkjenning vil innebære at spesialister har muligheter for økonomisk støtte fra legeforeningens fond II og fond III.

Søknad om å delta på kurset sendes Bjørn Myrvang, Infeksjonsmedisinsk avdeling, Ullevål universitetssykehus, 0407 Oslo innen 10. juli. Send påmeldingen pr. e-post til bjmy@uus.no

Søkere bes oppgi autorisasjonsår, spesialitet, arbeidssted og postadresse, og gjerne om det er spesielle grunner til at man vil delta på kurset. De som får plass på kurset, får beskjed i løpet av juli måned, og vil seinere motta kursprogram, kursmateriell, opplysninger om reiserute etc.

Bibelanmeldelse

Mandell den 6.



Olympiader kommer hvert fjerde år, en ny utgave av Mandell, Douglas & Bennett's Principles & Practice of Infectious Diseases er en større begivenhet og kommer derfor hvert femte år. De to bindene, til høyre avbildet med en annen sentral trykksak i vårt fag, er like tunge som den forrige utgaven, men bruk av farver i figurer og tabeller gjør den friskere og lettere å ferdes i enn 5. utgaven som nå virker noe grå av seg.

Nye kapitler dukker opp i hver utgave. Ernæring, vitaminer og spormetallers forhold til infeksjonsforsvaret er nå tatt med. SARS-utbruddet har avstedkommet et kapitel om sykehusberedskap overfor nye og uvanlig smittsomme infeksjoner. Seksjonen om intraabdominelle infeksjoner er utvidet fra ett til seks kapitler og i takt med tidens frykt kan du lese mer om bioterrorisme her enn tidligere. Et kapitel om shunt-infeksjoner i CNS-delen er også nytt. En del forfattere er byttet ut.

Det virkelige nye er dog at det nå foreligger en internettutgave. Du kan nå slå opp i din Mandell hvor du enn måtte være, bare du har internett-tilgang. Ved kjøp av boken får du adgang til *www.ppid.online* og der kan du lese og laste ned det du vil av tekst og illustrasjoner. Dertil kommer det på nettet hver eneste uke en oppdatering, slik at f.eks viktige nye studier integreres i teksten. Som Mandell-eier får du tilgang her de fire-fem årene til neste utgave. Men da må du kjøpe neste utgave for å være med videre. Du får også med en CD-plate med alle bokens illustrasjoner, og de er ikke få, og de er bedre enn tidligere. For alt dette må du ut med over tre tusen kroner. Du får ikke internettutgaven uten å kjøpe bøkene.

Mandell er fortsatt den ruvende ener blant våre lærebøker i infeksjonsmedisin og slik den fornyer seg vil den neppe la noen andre komme opp på siden. Mandell må du ha adgang til. Men som du ser, gir den raust plass til lesing også av mer lokale utgivelser.

AM

Lesverdig Lektyre

Følger du med ? pest-POSTEN anbefaler deg å lese intervjuet med Arne Høiseth i OVERLEGEN's mars-nummer om evidensbasert medisin og Nasjonalt Kunnskaps-senter for Helsetjenesten.

REYATAZ®
(atazanavir)

-Et nytt hiv-legemiddel

Reyataz 300 mg boostered med 100 mg ritonavir har sammenlignbar virologisk effekt med lopinavir/ritonavir hos moderat erfarne pasienter*).

De potensielle fordelene er:
- dosering en gang i døgnet,
- liten risiko for dyslipidemier og
- bedre gastro-intestinal toleranse (mindre diaré)*)

**Europakommisjonen EMEA CPMP/5860/03*

BMS Virology™
Bristol-Myers Squibb Company

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

C Reyataz Bristol-Myers Squibb

Proteasehemmer.
ATC-nr.: J05A E-

KAPSLER, harde 100 mg, 150 mg og 200 mg: Hver kapsel inneh.: Atazanavirsulf. tilsv. atazanavir. 100 mg, resp. 150 mg et 200 mg, lactos., const. q.s. Fargestoff: Indigotin (E 132), titandioksid (E 171).
Indikasjoner: Behandling av HIV-1-infiserte voksne som har hatt antiretroviral behandling, i kombinasjon med andre retrovirale legemidler.

Dosering: Kapslene svelges hele og tas sammen med mat. Voksne: Anbefalt dose er 300 mg 1 gang daglig i kombinasjon med ritonavir 100 mg 1 gang daglig. Hvis atazanavir med ritonavir administreres sammen med didanosin, anbefales det å ta didanosin 2 timer etter atazanavir med ritonavir, tatt med mat. Anbefales ikke til spedbarn, småbarn, barn eller ungdom, da effekt og sikkerhet av atazanavir ikke er fastslått i denne populasjonen.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for atazanavir eller for et eller flere av hjelpestoffene. Moderat til alvorlig leversvikt. Samtidig bruk med rifampicin, CYP 3A4-substrater med smalt terapeutisk vindu (f.eks. astemizol, terfenadin, cisaprid, pimozid, kinidin, bepridil, ergotalkaloider) og preparater med prikkperikum.

Forsiktighetsregler: Forholdsregler må benyttesfor ikke å smitte andre med HIV gjennom blod eller seksuell kontakt. Samtidig administrering med ritonavir i doser på mer enn 100 mg 1 gang pr. dag er ikke klinisk evaluert. Bruk av høyere doser ritonavir kan endre sikkerhetsprofilen av atazanavir (bivirkninger på hjertet, hyperbilirubinemi) og anbefales derfor ikke. Nedsatt leverfunksjon: Bør brukes med forsiktighet hos pasienter med mild leversvikt. Pasienter med nedsatt leverfunksjon, deriblant kronisk aktiv hepatitt, har større hyppighet av unormale leverfunksjoner under antiretroviral kombinasjonsbehandling og skal overvåkes i.h.t. vanlig praksis. Ved tegn på forverring av leversykdom, må avbrudd eller seponering av behandlingen vurderes. Overledningsproblemer: Preparatet bør brukes med varsomhet hos pasienter som har overledningsproblemer (2. grads eller høyere AV-blokk eller kompleks grenblokk), og bare hvis fordelene er større enn risikoen. Økt blødningstendens: Hos pasienter med hemofili A og B er det rapportert om økt blødningstendens med spontane hudhematomer og leddblødninger ved behandling med proteasehemmere. Pasienter med hemofili bør derfor gjøres oppmerksomme på muligheten for økt blødningstendens. Hyperbilirubinemi: Reversible økninger i indirekte (ukonjugert) bilirubin forbundet med hemming av UDP-glukoronyltransferase (UGT) kan forekomme. Økning i hepatisk transaminase som forekommer med økning i bilirubin hos pasienter som får atazanavir bør evalueres for alternative etiologier. Annen antiretroviral behandling enn atazanavir bør ev. vurderes dersom gulsott eller skleral ikterus er uakseptabelt. Dosereduksjon av atazanavir anbefales ikke da det kan resultere i at terapeutisk effekt og motstandsutvikling går tapt. Kapslene inneholder laktose. Pasienter med galaktoseintoleranse, Lappisk laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorbsjon skal ikke bruke preparatet.

Interaksjoner: Atazanavirkonsentrasjonen reduseres ved samtidig bruk med tenofovir. Efavirenz reduserer konsentrasjonen av atazanavir. Ved samtidig administrering med efavirenz anbefales det å gi atazanavir 400 mg med ritonavir 100 mg og efavirenz 600 mg som én døgndose med mat. Samtidig administrering med indinavir anbefales ikke da indinavir er forbundet med indirekte (ukonjugert) hyperbilirubinemi pga. hemming av UGT. Preparatet kan interferere med metabolismen av irinotecan pga. hemming av UGT, og kan gi økt irinotecantoksisitet. Atazanavir med ritonavir skal administreres 2 timer før eller 1 time etter bufrede legemidler. Samtidig bruk med orale antikonseptiva bør unngås, alternativ prevensjon bør brukes. Dosereduksjon av rifabutin på opp til 75% anbefales når det gis samtidig med atazanavir med ritonavir. Ved samtidig bruk av sildenafil bør pasienten advares mot mulig økning i sildenafilbivirkninger, bl.a. hypotensjon, visuelle endringer og priapisme. For øvrig anbefales forsiktighet ved samtidig bruk med antiarytmika, diltiazem, verapamil, HMG-CoA-reduktaseinhibitorer, mavesyresuppressorer, nevirapin, klaritromycin, warfarin, høye doser triazolfungicider og andre proteasehemmere enn ritonavir.

Graviditet/Amming: Overgang i placenta: Det foreligger ikke tilstrekkelig dokumentasjon ved bruk hos gravide. Skal bare brukes under graviditet hvis klinisk fordel kan forsvare potensiell risiko. Ekstra overvåking og alternativ behandling til atazanavir bør overveies i perinatalperioden. Overgang i morsmelk: Ukjent. For å unngå overføring av HIV, bør HIV-smittede ikke under noen omstendighet amme.
Bivirkninger: Erfaringene omkring sikkerhet og toleranse av atazanavir 300 mg i kombinasjon med ritonavir 100 mg er begrensede. Følgende bivirkninger er observert ved bruk av atazanavir i kombinasjonsbehandling med andre antiretrovirale midler: Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Abdominalsmerter, diaré, dyspepsi, kvalme, oppkast. Hud: Utslett. Lever: Gulsott. Metabolske: Lipodystrofi. Neurologiske: Hodepine, søvnløshet, perifere neurologiske symptomer. Syn: Skleral ikterus. Øvrige: Asteni. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Dysgeusi, flatulens, gastritt, pankreatitt, aftøs stomatitt. Hud: Alopeci, pruritus, urticaria. Lever: Hepatitt. Metabolske: Anoreksi, større appetitt, vekttap, vektøkning. Muskel-skjelettsystemet: Artalgi, muskelatrofi, myalgi. Neurologiske: Unormale drømmer, amnesi, forvirring, svimmelhet, somnolens. Psykiske: Angst, depresjon, søvnforstyrrelser. Urogenitale: Hematuri, nefrolitiasis, pollakisuri. Øvrige: Allergisk reaksjon, synkope, dyspné, gynekomasti, brystsmerter, tretthet, feber, malaise. Sjeldne (<1/1000): Gastrointestinale: Abdominal distensjon. Hud: Eksem, vasodilatasjon, vesikulobulløst utslett. Lever: Hepatosplenomegali. Neurologiske: Unormal gange. Muskel-skjelettsystemet: Myopati. Sirkulatoriske: Hypertensjon, ødem, palpitasjon. Urogenitale: Nyresmerter, proteinuri. Laboratorieverdier: Forhøyet total bilirubin, forhøyede amylaseverdier, forhøyet kreatinkinase, forhøyet ALT/SGPT, forhøyet AST/SGOT, lave nøytrofile verdier, forhøyet lipase.

Overdosering/Forgiftning: Symptomer: Erfaring med akutt overdosering hos mennesker er begrenset. Enkeltdoser på opptil 1200 mg er tatt av friske, uten symptomatisk negativ effekt. Høye doser kan gi gulsott (uten samtidig endring i leverfunksjonsprøver) eller forlenget PR-intervall. Behandling: Støttetiltak som overvåking av vitale tegn, EKG og observasjon av pasientens kliniske tilstand. Uabsorbert atazanavir kan fjernes med emese, maveskylling eller administrering av aktivt kull. Dialyse har sannsynligvis liten effekt. Intet spesifikt antidot.
Rekvireringsregel: Behandlingen bør initieres av lege med erfaring i behandling av HIV-infeksjon.

Utlevering: Etter resept/rekvisisjon fra spesialist i infeksjonsmedisin.

Pakninger og priser: 100 mg: Enpac: 60 stk. kr 4459,80, 150 mg: Enpac: 60 stk. kr 4644,20, 200 mg: Enpac: 60 stk. kr 4644,20.

Sist endret: 24.06.2004

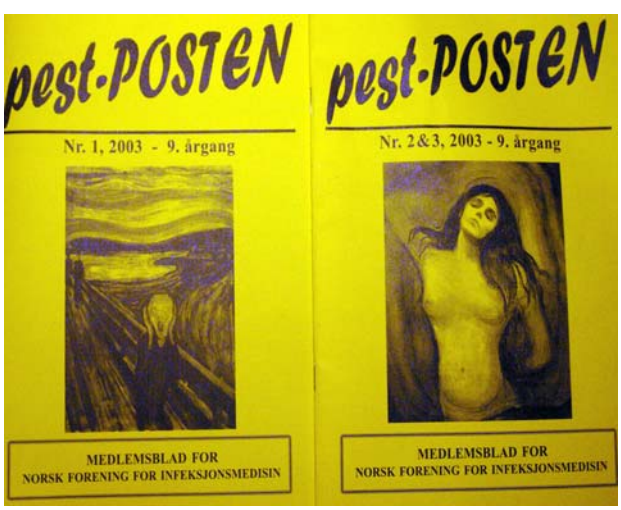
Fotogåten

Foto-gåten beveger seg denne gang ut fra de medisinske sirkler, men vi holder oss innenfor den naturvitenskapelige verden. Hva og hvor er dette? Hva skal her demonstreres? Og hvor ville du klarest kunne vise dette? Og hvor ville du ikke kunne vise det? Svar til vår e-post adresse som du finner foran i bladet

DIKTSPALTEN

Jeppe Aakjær (1866 -1939)

Som Horats skrev, så kan dikt glede på ulike vis, og innholdsmessig kan diktet ha nesten uendelige variasjoner. Kanskje ikke så vanlig i dag, men noen dikt kan fortelle en historie, som like gjerne kunne vært fortalt i form av en roman eller en novelle. Velger forfatteren diktet som uttrykksform, må hun/han konsentrere sin fortelling i langt større grad enn om han/hun holder seg til prosa. Diktet om «Jens Vejmand» av Jeppe Aakjær er historien om en sliter fortalt i seks vers. Aakjær var både opplysningsskribent, gjendikter, romanforfatter og lyriker. Han skrev om Jyllands folk og natur, han gjendiktet Robert Burns til dansk, og han skrev romaner, hvor han spesielt var opptatt av kårene til de vanskeligstilte i samfunnet. Men først og fremst var han lyriker. Diktet om «Jens Vejmand» er en hverdagshistorie som avspeiler sosiale forhold slik de var i det danske, og også det norske, samfunn for hundre år siden, i 1906, da diktet stod i «Rugens dikte», et av hovedverkene i dansk lyrikk.



Redaksjonen ber innstendig om at den pest-POST-leser som ble så betatt av våre ovenstående forsider at han bare måtte ha originalene, henvender seg til nærmereste politimyndighet.....

Jens Vejmand

Hvem sidder der bag skærmen
med klude om sin hånd,
med læderlap for øjet
og om sin sko et bånd?
Det er såmænd Jens Vejmand,
der af sin sure nød
med ham'ren må forvandle
de hårde sten til brød.

Og vågner du en morgen
i allerførste gry
og hører ham'ren klinge
på ny, på ny, på ny,
så er det såmænd Jens Vejmand
på sine gamle ben,
som hugger vilde gnister
af morgenvåde sten.

Og ager du til staden
bag bondens fede spand,
og møder du en olding,
hvis øje står i vand-
så er det såmænd Jens Vejmand
med halm om ben og knæ.
der neppe ved at finde
mod frosten mer et læ.

Og vender du tilbage
i byger og i blæst,
mems aftensstjernes skjælver
af kulde i sydvest,
og klinger hammerslaget
bag vognen ganske nær-
det er såmænd Jens Vejmand,
som ennu sidder der.

Så jævned han for andre
den vanskelige vej,
men da det led mod julen,
da sagde ham'ren nej;
det er såmænd Jens Vejmand,
han tabte ham'ren brat,
de bar ham over heden
en kold december nat.

Der står på kirkegården
et gammelt frønnet bræt;
det hælder slemt til siden,
og malingen er slet.
Det er såmænd Jens Vejmands.
Han liv var fuldt av sten,
men på hans grav – i døden,
man gav ham aldri én.

BM

Referat fra

NFIM/NFMM vårmøte

- *med feiring av Norsk forening for infeksjonsmedisins 30-års jubileum*

Fredrikstad, 1. - 3. juni 2005

Av Trond Bruun

At vårmøtet fant sted i Fredrikstad kort tid etter at legionella-epidemien var ved sitt høydepunkt gav en ekstra aktualitet til møtet og fagområdet. I tillegg til et variert og godt faglig program sto feiringen av infeksjonsforeningens 30-års-jubileum sentralt. Vårmøtet samlet i år noe over 70 deltagere.

Møtet åpnet i Fredrikstad handelstands forening med en sosial og kulturell kveld viet minnet etter jassgitaristen Robert Normann fra Østfold. Fremføringen «Robert og eg, i bilete, ord og tonar» ved Oddbjørn Brubakk var en flott åpning på jubileumsmøtet. Det andre sosiale høydepunktet var jubileumsfesten om kvelden neste dag. Den foregikk i Tøyhuset i Gamlebyen etter at det først hadde vært omvisning i «Nordens best bevarte festningsby». Jetmund Ringstad var lokalt vertskap og hadde god grunn til å være stolt av rammene rundt møtet. Bjørn Myrvang var både leder for arrangementskomiteen og festens «toastmaster». Han ledet festen med humor og trakk trådene bakover til fremveksten av infeksjonsmedisin som egen spesialitet. Etableringen av *pest*-POSTEN ble spesielt nevnt da den gjennom de siste 10 år har vært et viktig organ for foreningen og fagområdet. Myrvang kom også i sentrum da han som tredjemann i NFIMs historie ble utnevnt til æresmedlem, noe han ble for sin innsats for faget og ikke minst for foreningen. Heder ble også tildelt Jon Birger Haug og Alfred Halstensen som begge fikk Scheringprisen, som nå deles ut til henholdvis

«Vert og legionær-helt» Jetmund Ringstad med hustru Arnhild

yngre og noe mer «tilårskomne» viktige bidragsytere innen fagområdet. Bristol-Myers Squibb sitt forskningsstipend ble også utdelt, og dette ble fordelt mellom Jetmund Ringstad og Dag Kvale/Vidar Ormaasen. Den faglige delen av møtet fant sted ved Høyskolen i Østfold og var inndelt i ni bolker:

1) Glimt fra forskningen ved våre universitetssykehus I.

Infeksjonsmedisinsk forskning ved Rikshospitalet – en fot ved sengekanten og en i laboratoriet.
Stig Frøland, Rikshospitalet.

Frøland startet med å understreke betydningen av pasient-orientert forskning og ikke minst forskning som bygger bro mellom molekylærbiologi, cellebiologi og klinisk medisin. For å oppnå dette har en ved Frølands seksjon bevisst satset på å ha en bredt sammensatt forskergruppe som også inkluderer ikke-medisinere, men som ledes av klinikere. En har hatt hovedfokus på egne pasientgrupper og har satset på å arbeide sammen innen seksjonen, med en langsiktig strategi og bruk av mange ulike laboratoriemetoder. De har også bevisst vært kresne i valg av samarbeidspartnere. Blant satsningsområdene er kartlegging av viktige patogenetiske mekanismer ved HIV/AIDS, bl.a. ubalanse i cytokin-nettverket, økning i oksidativt stress og dysregulering av cAMP/protein kinase A type 1-systemet (bremsemekanisme hos T-celler). Tilsvarende mekanismer har en også funnet ved andre infeksiøse og noninfeksiøse sykdommer, blant annet hypogammaglobulinemi, Wegeners granulomatose og atherosklerotisk hjertesykdom. En ønsker å arbeide etter en tre-trinns-modell bestående av : 1) Kartlegging av sykdomsmekanismer. 2) Identifikasjon av nye angrepspunkter for behandling. 3) Egne originale terapiforsøk. Arbeidet har resultert i en rekke publikasjoner og innsikt i flere ulike sykdomsmekanismer og angrepspunkter for behandling. Frøland understreket avslutningsvis betydningen av samarbeid og brobygging.

«Robert og eg». Eks-redaktør for pesta, OB kåserte engasjert om sin venn Robert Normann, og trakterte trekkspill og piano assistert også av Gunnar Hasle.

Ti år med infeksjonsmedisin på Aker. Kan man forske på et «hverdagssykehus»?
Dag Berild, Aker universitetssykehus.

Berild startet med å gi innblikk i hvordan Aker universitetssykehus de siste årene har bygget opp en infeksjonsmedisinsk seksjon som nå innbefatter fem leger, 16 senger og en økende forskningsvirksomhet. Blant forskningsfeltene har vært infeksiøse hepatitter, ikke minst gjennom studier av hepatitt C i Oslo ved Olav Dalgard og under ledelse av nå avdøde Helge Bell. En ny Skandinavisk multisenterstudie er underveis som nettopp er ledet av dette forskningsmiljøet. Mogens Jensensius har stått for et annet satsingsområd gjennom sine studier og avhandling om afrikansk flått-tyfus. Berild har selv stått i spissen for studier om

rasjonell antibiotikabruk. En har utført intervensjon både ved Aker og ved andre sykehus (i Tromsø og St Petersburg) og har påvist en tydelig nedgang både i antibiotikabruk generelt og bredspektrede antibiotika spesielt samt en betydelig reduksjon i kostnader til antibiotika. Intervensjonen har blant annet bestått i ulike informasjonstiltak. Overraskende fant en tegn til økning i C. difficile-infeksjoner etter intervensjonen. Berild benyttet også anledningen til å understreke at den store økningen både i bruken av antibiotika generelt og bredspektrede midler spesielt er den viktigste utfordringen for infeksjonsmiljøet i Norge. Kjennetegnene ved infeksjonsforskningen på Aker har vært satsing på hyppige kliniske problemstillinger, uselekterte pasientmaterialer, epidemiologiske og kliniske studier og vektlegging av samarbeid.

Seksuelt overførbare infeksjoner (SOS) i Russland – et norsk-russisk samarbeidsprosjekt.

HVA MED ET BIDRAG TIL HØSTNUMMERET? Deadline er 30. september., og sommeren er lang! Redaksjonen

Vegard Skogen, Universitetssykehuset i Nord-Norge.

Skogen gav et levende innblikk i kontrastene mellom Norge og Russland, både når det gjelder samfunnsforhold, helsevesen og ikke minst forekomst av seksuelt overførbare sykdommer. Han påpekte samtidig hvordan deler av russiske samfunnet har tatt steget inn i en moderne vestlig kultur og at Russland således er et samfunn med store kontraster. Forekomsten av gonoré, syfilis og HIV er høy i Russland og representerer store utfordringer for helsevesenet. Norsk satsing i Nordvest-Russland innbefatter bl.a. samarbeid om klinisk diagnostikk i regi av bl.a Olafiaklinikken. Enkle metoder som «bedside» mikroskopi står her sentralt. Skogen har selv vært involvert i samarbeid om laboratoriediagnostikken ved SOS, et arbeid som har avdekket svakheter i deler av diagnostikken som brukes i Russland, for eksempel serologiske teknikker ved Syfilis og nukleinsyrebaserte teknikker ved *Chlamydia trachomatis*. Kartlegging av resistens hos gonokokker har også vært utført. Det norsk-russiske samarbeidet har således bidratt til både kartlegging av utfordringer og iverksetting av tiltak i møte med SOS i Russland.

2) Varia.

Rickettsioser blant turister/reisende.
Mogens Jensenius, Aker universitetssykehus.

Rickettsioser er et økende problem blant reisende, ikke minst pga økende reisevirksomhet og turisme under primitive forhold slik som ved såkalt økoturisme. Rickettsioser er Gram-negative intracellulære stavbakterier som gir vaskulitt og overføres med ulike vektorer, deriblant flått. Mange får et mildt sykdomsbilde, men noen får alvorlig sykdom. Rickettsiosene deles ofte inn i tre hovedgrupper: 1) Tyfusgruppen (*R. prowazekii* og *R.*

FIRST CHOICE PI

FOR LONG-TERM SUCCESS

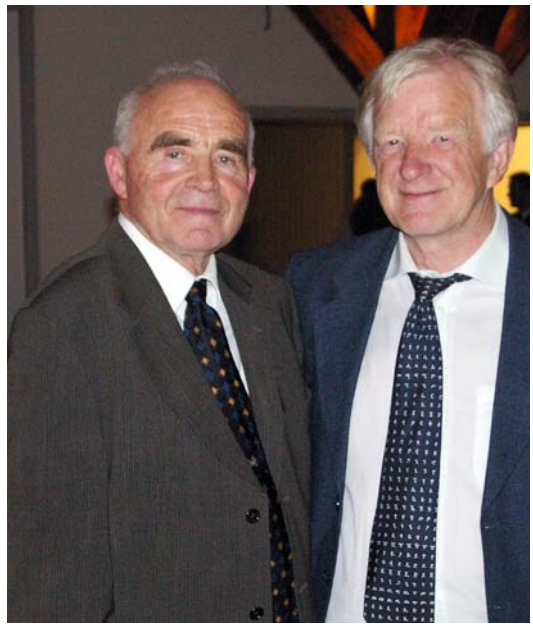
abbott norge as

kaletra®
lopinavir/ritonavir

typhi), 2)Flekkfeber (bl.a. *R. conorii* og *R. Africae*) og 3)»Scrub typhus» (*R. tsutsugamushi*). Flåttbåren flekkfeber er den vanligste Rickettiosen, og Jensenius har i en studie blant reisende fra Oslo til landsbygda i det sørlige Afrika påvist afrikansk flått-tyfus hos 4%. Mange av de infiserte hadde vært på safari el.l., men den høyeste forekomsten var blant jegere. Det mest typiske tegnet på flekkfeber er eschar (bittmerke). I studien hadde ca 30% et vesikulært utslett, noen hadde artritt, og det var også andre mer sjeldne symptomer. Rickettsioser kan påvises serologisk. Standardbehandlingen er med doxycyklin. Jensenius understreket avslutningsvis at rickettsioser ikke er uvanlig hos reisende, og at det er en tilstand en må være oppmerksom på, ikke minst siden alvorlige former forekommer.

Malariadødsfall i Norge.
Åse Berg, Stavanger universitetssykehus.

Åse Berg (t.h.) også innvalgt i styret i NFIM. Nytt styremedlem Even Reinertsen (t.v.) og i midten ny leder Bente M. Bergersen. GRATULERER!



To kjente og kjære æresmedlemmer av NFIM: CO Solberg og Bjørn Myrvang - sistnevnte mottok æresbevisningen under dette årsmøtet. pest-POSTEN gratulerer!

Berg har nylig gjort en uformell henvendelse til infeksjonsmedisinere i Norge for å få et overblikk over malariadødsfall i Norge siden 1990. Totalt har en hatt minst tre malariadødsfall i perioden. Berg refererte det siste tilfellet, en kvinne på 51 år. Hun hadde vært i Togo og Ghana, men hadde ikke brukt malariaprofylakse pga frykt for bivirkninger. Hun ble så innlagt i Stavanger pga svingende feber, hodepine og tørrhoste. Ved innkomst fant en ikke tegn til plasmodier i malariautstryket, og hun ble ikke behandlet for malaria. Pasienten ble raskt dårligere. Ved ny vurdering av malariautstryket fra innkomst konkluderte en med plasmodium ovale-infeksjon med lav parasittemi. Nytt utstryk tatt etter at pasienten var blitt dårligere viste plasmodium falciparum-infeksjon med ca. 50% parasittemi. Pasienten ble behandlet med kinin intravenøst og overført til Haukeland for utskiftningstransfusjon. Hun var ved overflytting komatøs med dilaterte, lysstive pupiller og behandlingen ble avsluttet etter kort tid. Aktuelle momenter i forhold til dette og andre liknende tilfeller ble diskutert: Artemeter kan ha bedre/raskere effekt enn kinin

og kan kanskje med fordel gis i kombinasjon med kinin. Flere rapporter tyder på at rask utskiftningstransfusjon kan være livreddende. Det kan være vanskelig å avgjøre når en pasient med cerebral malaria er død, da selv pasienter med lengre perioder med dilaterte, lysstive pupiller har blitt friske. Speciesdiagnostikk er vanskelig ved lav parasittemi, og dobbeltinfeksjoner kan vanskeliggjøre diagnostikken. Kanskje bør en imidlertid være rask til å dekke mot falciparum-malaria hos pasienter som kommer fra høyendemiske områder som Vest-Afrika selv om utstryket primært ikke gir mistanke om falciparum-malaria. Antigen-test ble også nevnt som et viktig tilskudd i diagnostikken. Betydningen av profylakse ble understreket.

Genteknologisk diagnostikk av luftveisinfeksjoner i akuttfasen.
Nina Evjen/Tom Øystein Jonassen, Akershus universitetssykehus.

Evjen gikk først igjennom fordeler og ulemper ved de ulike typer diagnostikk for luftveisvirus og atypiske agens. Dyrkning har en begrenset betydning. Antigenpåvisning er nyttig både for virus, legionella og pneumocystis. Serologi har liten nytteverdi i akuttfasen, men har en plass i diagnostikken av bl.a mycoplasma, chlamydophila, legionella og kikhoste. Jonassen tok for seg verdien av nukleinsyrebaserte teknikker ved luftveisinfeksjoner. Vanligste tekikker er PCR (DNA) og RT-PCR (for RNA-virus), og en kan enten benytte kommersielle «kits» eller «hjemmebryggede» oppsett. Det er vanlig å benytte oppsett som kan påvise flere virus (multiplex-PCR). Blant de agens en har metoder for ved Akershus universitetssykehus er parainfluensavirus, influensavirus, RSV, humant metapneumovirus, B. pertussis, C. pneumoniae, M. pneumoniae og L. pneumophila. Aktuelle prøvematerialer er nasofarynx-pensel, nasofarynx-aspirat (rikere materiale enn pensel), halspensel, halsskyllevæske, sputum og BAL. Blant fordelene ved nukleinsyrebaserte teknikker er mulighetene for diagnose tidlig i forløpet, rask diagnostikk, høy sensitivitet og høy analytisk spesifisitet. Ulemper er kostnader, kontaminasjonsfare og vansker med å avgjøre om en har påvist etiologisk agens eller kun bærerskap. Nukleinsyrebaserte teknikker er totalt sett blitt et nyttig tilskudd ved diagnostikk av luftveisinfeksjoner.

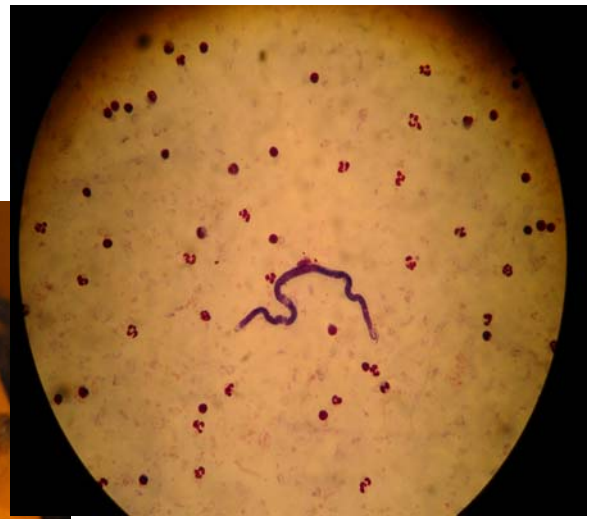
Legionellaepidemien i Fredrikstad/ Sarpsborg: Utfordringer for en infeksjonsmedisiner.
Jetmund Ringstad, Sykehuset Østfold.

Ringstad gav en fersk rapport fra arbeidet under legionella-epidemien. En begynte å ane uråd ved sykehuset i Fredrikstad da det fra midten av mai hadde kommet svært mange pasienter med pneumoni til sykehuset, noe som også førte til kapasitetsproblemer. Flere av pasientene responderte dessuten dårlig på penicillin. Fredag 20. mai kom den første positive testen for legionella-antigen i urin. Dagen etter var det flere nye positive tilfeller, og en katastrofeledelse ble da etablert. Blant utfordringene de første dagene var å skaffe seg kunnskap om legionella og å nå ut med dette til personalet. Intranettet ble brukt aktivt. Det var dessuten helg og ansatte måtte beordres på jobb. Etter hvert fikk en startet internundervisning av personalet og kommet med anbefalinger om diagnostikk, behandling og smittevern. Smitteoppsporingen var kommuneoverlegene ansvarlige for. Innhenting av erfaringer fra epidemien i Stavanger var nyttig. Pga kapasitetsproblemer ble bl.a. operasjonsprogrammet redusert, og en benyttet seg også av andre sykehus i regionen til å ta seg av noen av pasientene. Informasjon både internt og eksternt krevde mye ressurser. Det ble holdt daglig pressekonferanser. En så seg nødt til å stenge andre innganger enn hovedinngangen for å ha kontroll med pressens kontakt med pasienter og pårørende. Blant de diagnostiserte hadde alle pneumoni, og mange hadde hyponatremi. Mange flere enn de som testet positivt for legionella fikk for sikkerhets skyld legionella-behandling. Andre utfordringer har vært bl.a. de kostnadsmessige. Å utnytte materialet til forskning blir viktig fremover, og dette arbeidet er allerede startet opp.

Legionellaepidemien i Fredrikstad/ Sarpsborg: Utfordringer for mikrobiologisk avdeling.
Eivind Ragnhildstveit, Sykehuset Østfold.

Fortsetter på side 23

FOTOSPALTEN



Huggorm har vi sett, men en orm i øyet hadde vi ikke sett før denne kvinnen på godt bergensk fortalte hun hadde en makk i auet og at hun nå etter flere år var godt lei av den. Nei, hun hadde ikke fått den i Bergen, men i Kamerun hvor hun vokste opp. Og ved middagstider (etter landsens tidsmåling) tok vi en bloddråpe fra henne og la under mikroskopet og der var der tydelig små slanger som svømte omkring. Hvor mange makrofilariae hun har vet vi ikke men på godværsdager tar de seg en tur over hennes høyre øye. Og hvis vi prøver å beregne antallet mikrofilariae i forhold til antall hvite blodlegemer i en tykk dråpe slik som på bildet til høyre mener vi at hun har mellom 10 000 og 100 000 pr ml blod. Så selv et par år med regnvær i Bergen vasker ikke disse ut, for Loa Loa ormene lever så lenge og føder så mange mikrofilariae at de er der allerede i første synsfelt. Og hvis du setter ditt lille digitalkamera mot okularet kan du få en flott videosnutt. Disse utallige små barneormene gjør påfallende lite av seg og er ikke terapikrevende. Men vår pasient mente hun hadde mange voksenormer som kravlet og bet henne under huden både her og der. Og etter at vi lot henne se de små svømme omkring i hennes eget blod ville hun i hvert fall ha behandling!

AM

pest-navn, NAVN-POSTEN

Nye spesialister 2004

Infeksjonssykdommer

Kristine Mørch
Vibeke Hedager Nissen
Trond Egil Ranheim
Lars Willumsen (overført fra Danmark)

Medisinsk mikrobiologi

Regine Barlinn
Kirsten M. Gravningen
Gorm Atle Hansen
Ståle Tofteland

Nye spesialister 2005

Medisinsk mikrobiologi

Haima Mylvaganam
Trond Jacobsen
Bente Jørgen
Anne Torunn Mengshoel

Nye ansettelser

Jon Birger Haug er ansatt som overlege ved infeksjonsmedisinsk seksjon, Aker Sykehus

Mogens Jensenius og Vidar Ormaasen er ansatt som overleger ved infeksjonsmedisinsk avdeling, Ullevaal Sykehus

***pest*-POSTEN gratulerer !**

Luftveisinfeksjoner hos intensivpasienter

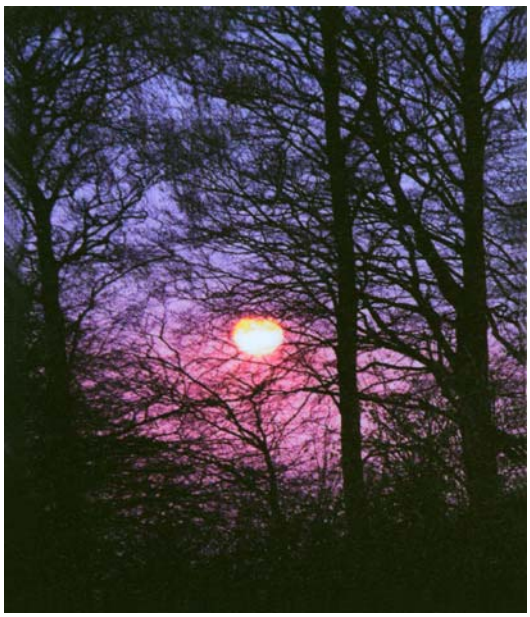
Av Arild Mæland

Under denne titel, som kan forkortes VAP - inviterte Wyeth til møte en solrik maidag i hovedstadens midte. Wyeth er på banen med piperacillin/tazobactam (PIPTAZ blant venner) og håper også å komme med tigecyclin, et tredje-generasjons tetracyclin til neste år. Og jeg vet ikke engang hva som er andre-generasjonstetracycliner, du visste vel at tigecyclin er et glycocyclin, et minocyclinderivat. Hvis ikke så vet du det nå, pest-POSTEN gir deg mer å snakke om.

Moderator Brubakk med et knippe glimrende foredragsholdere: Berdal, Steinbakk og Flaatten.

Martin Steinbakk fra AHUS, med sexy røst også uten mikrofon, startet med en oversikt over epidemiologi og resistensutvikling. Han er med i NORM – overvåkingspolitiet – og forteller oss at våre mikrober er fortsatt sensible - dvs sensitive – uten foruroligende resistensøkning. Bedømt etter blodkulturisolater har vi bl.a. ikke hatt økning i MRSA-infeksjoner de siste årene, det kan bare virke slik. Faktisk rører den gamle kikhosten mer på seg, i 2004 hadde vi her i landet dobbelt så mye som i årene tilbake til i hvertfall 1996.

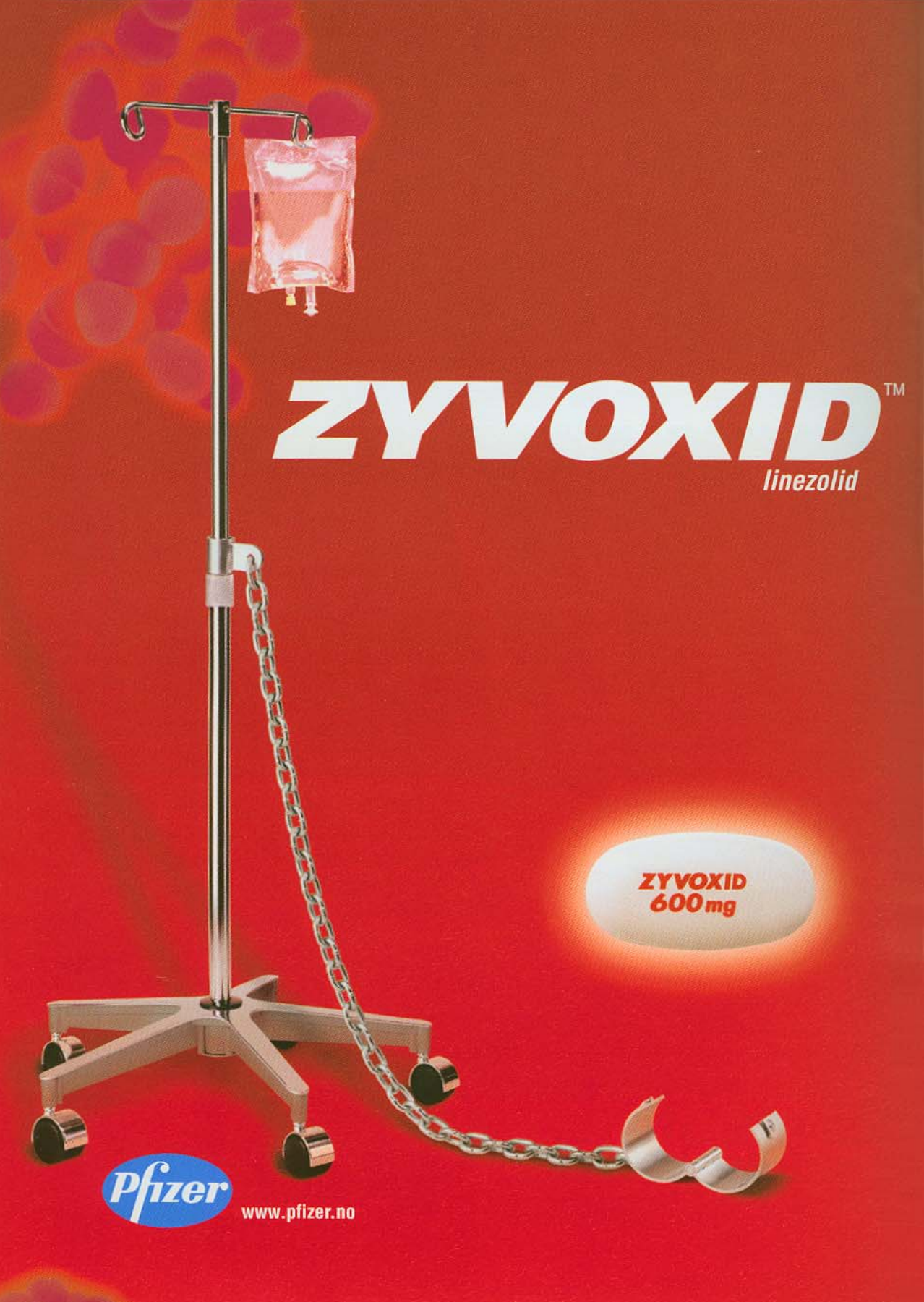
Og for de som liker taxonomi så er det nå fra 1999 foreslått at Chlamydia pneumoniae og C. psittaci skal hete Chlamydophila, mens C. trachomatis beholder sitt gamle genus-navn. Dette på grunn av sekvensering av ribosomalt RNA som gir grunnlag for inndeling i to forskjellige genus (genera?). Steinbakk liker ikke neseprøver selv om han medgir at pneumokokker i nesa hos voksne med pneumoni er et signifikant funn. Da liker han bedre pneumokokk-antigen testene, men han synes de er dyre.



Jane-Erik Berdal, stadig AHUS, holdt så et elegant, elokvent og empatisk innlegg om VAP – ventilator assosierte pneumonier. Han mener blind BAL er nesten like bra som bronchoscopi og bør brukes mer, han er en ekte infeksjonsmedisiner som mener du kan gramfarve det du får opp og finner du ikke bakterier har pasienten oftest ikke VAP. Han foreslår bred initial antibiotikaterapi, det betyr virkelig noe at førstevalget har effekt på de isolerte mikrobene, du kan heller deeskalere til mer smalspektret terapi når du får dyrkningssvar. Hvis du har et adekvat middel er det ikke vist effekt av kombinasjonsterapi. Antibiotikaeeffekt kan avventes 2-3 dager. Han bryr seg ikke om alle Candida-isolatene, sopp-pnumoni er ekstremt sjeldent og det er også VAP forårsaket av anaerobe bakterier. Det kan være en god ide å rotere antibiotika hos pasienten når tiden går, og terapien skal også være kortere enn mange gir, kanskje en uke er nok for de fleste. Berdal har lenge interessert seg for VAP og har bl.a sett på mikrobene de finner på AHUS. Til tross for at det er vanlig å skille mellom tidlig og sen VAP – før og etter 5 dager i sykehus – finner han de samme bakteriene før og etter dette tidspunkt.

Hans Kristian Flaatten fra intensivavdelingen på HUS – hvorfor ikke Bergenhus? – sørget for den geografiske balanse. Når det gjelder VAP synes ikke langfjellene å markere noe skille. Vanligste start for VAP er etter 5-6 dager, hemophilus og stafylokokker opptrer tidligere enn E.coli. Det har merkelig nok vært vanskelig å påvise økt mortalitet pga. VAP og også vanskelig å påvise nedsatt mortalitet ved de forskjellige tiltak som foreslås, men i hvert fall gir VAP lengre sykehusopphold. SSD – selektiv digestive decontamination - er kommet på moten igjen, og pasienten har godt av å ha hevet hodeende, i hvert fall hvis han får ernæring, og det bør han få med en sonde gjennom munnen, ikke via nesen, og denne bør helst gå forbi pylorus.

Vi lever i en tid hvor man skal ha guidelines, helst evidence-based. På dette feltet er det nå rykende ferske retningslinjer på markedet. De kom nylig i American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine (2005;171:388-416) og er «the official statement» fra American Thoracic Society og Infectious Diseases Society of America. Disse skal du kjenne til hvis du følger med på dette feltet, hovedlinjene er stort sett som antydet ovenfor. Det er dog litt skuffende at de bare rangerer evidensen for, og ikke viktigheten av eller styrken i sine anbefalinger. For man kan gi viktige og avgjørende anbefalinger uten at evidensen for disse kommer fra høyvitenskapelige studier. Skal du hoppe fra et fly, anbefaler jeg sterkt å bruke fallskjerm, selv om vi mangler randomiserte studier.


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

Vårmøtet- fortsetter fra side 17

De første utfordringene for mikrobiologisk avdeling var å få tak i nok legionella-antigen-»kits», å lage nok medier til legionella-dyrkning og å skaffe nok folk til å utføre diagnostikken. En valgte raskt å organisere en separat avlesning for legionella-diagnostikk. En var også nødt til å holde kveld-åpent for å få utført arbeidet. En fant raskt ut at en måtte sette grenser for hvem en hadde kapasitet til å undersøke prøver fra. Det viste seg vanskelig å få dype luftveisprøver til dyrkning. Typestamme av legionella måtte dessuten skaffes til veie. De fleste positive dyrkningsprøver kom fra døde. Kapasiteten til å undersøke på andre agens enn legionella hos pasientene var liten de første dagene. En tok kontakt med andre laboratorier for å kartlegge hvor mye de evt kunne avlaste. Per 2. juni hadde en 46 pasienter med positiv antigentest i urin, to pasienter som kun var dyrkningspositive og to pasienter som kun var positive på PCR, dvs 50 pasienter totalt. Det var totalt 7 pasienter som var dyrkningspositive.

3) Hilsen fra Broderfolket

Orientering om Svenska Infektionsläkarforeningen.

Göran Günther, Centrallassarettet, Västerås.

Representanten fra NFIM's søsterforening i Sverige var invitert i anledning jubileet for foreningen og hundreårsmarkeringen for unionsoppløsningen. Han orienterte først om infeksjonslegeforeningen som opprinnelig hadde navnet «Svenska epidemiologföreningen» og ble stiftet i 1948. I Sverige er infeksjonmedisin egen hovedspesialitet til forskjell fra Norge. De har mange flere spesialister enn i Norge, og i 2004 var medlemstallet 679 hvorav 120 var leger under utdanning i infeksjonsmedisin. Günther orienterte om organiseringen av foreningen. Blant arbeidet de er involvert i er videre- og etterutdanningen. Foreningen deltar i ulike referansegrupper, bl.a. STRAMA, et program mot antibiotikaresistens som nå er blitt en modell også for andre land i Europa. Foreningen har eget tidsskrift, «Infektionsläkaren». De har også utarbeidet «Vårdprogram»(retningslinjer) for endokarditt, bakterielle CNS-infeksjoner, ledd- og skjelett-infeksjoner, urinveisinfeksjoner og pneumoni ervervet utenfor sykehus. Retningslinjene er å finne på foreningens nettsted, www.infektion.net.

«Vårdprogram for samhällsförvärvad pneumoni.»

Göran Günther.

Günther tok for seg hovedpunktene i de nye svenske retningslinjene for pneumoni ervervet utenfor sykehus. En har tatt utgangspunkt i British Thoracic Society sine retningslinjer fra 2001. Insidensen i Sverige er på ca 1%. Omtrent 20% av pasientene innlegges. Mortaliteten blant de som er innlagt ved infeksjonsavdelinger i Sverige er på 3,5-6%. En har valgt å gå vekk fra begrepet atypisk pneumoni. For gradering av alvorlighetsgrad har en valgt graderingssystemet CURB-65. Ulike poengsummer beregnet hos pasientene gir ulike anbefalinger om tiltak. Som mikrobiologiske prøver er både ekspektorat og nasofarynx-prøve anbefalt i tillegg til bl.a. antigentester og blodkultur. Legionella-antigen-test bør taes ved alvorlig pneumoni og ved mistanke om legionella. Nukleinsyrebaserte metoder har en naturlig plass i diagnostikken, bl.a. for *Mycoplasma pneumoniae*. Penicillin angis fremdeles å være hjørnestenen i behandlingen. Økt dose er aktuelt ved pneumokokker med intermediær følsomhet for penicillin. Ved peroral behandling er amoxicillin aktuelt ved mistanke om pneumokokker med intermediær følsomhet for penicillin og ved mistanke om *H. influenzae*. Kombinasjonsbehandling med fluorokinolon eller makrolid i tillegg til et betalaktam er indisert hos kritisk syke og ved mistanke om atypisk agens. Behandlingstiden angis til 7 dager ved ikke alvorlig pneumoni, 10 dager ved alvorlig pneumoni med ukjent etiologi og 14-21 dager ved legionella, stafylokokker eller gram negative tarmbakterier. Vurderinger ved behandlingssvikt ble også gjennomgått, bl.a. med hensyn til alternative diagnoser/komplikasjoner, aktuell utredning og endring av antibiotikabehandling.

4) Glimt fra forskningen ved våre universitetssykehus II.

Rifampicin og ciprofloxacin i behandlingen av tidlige proteseinfeksjoner – en prospektiv observasjonell studie.
Jan Erik Berdal, Akershus universitetssykehus.

Med utgangspunkt i bl.a. studien til W. Zimmerli et al (JAMA 1998), hvor kombinasjonen av ciprofloxacin og rifampicin viste god effekt ved ortopediske fremmedlegemeinfeksjoner, har en ved Akershus universitetssykehus utført en studie ved tidlige proteseinfeksjoner. Tjueni pasienter med tidlig (mindre enn tre måneder etter innsetting) proteseinfeksjon ble inkludert. Det ble gjort omfattende kirurgisk revisjon, men protesen ble beholdt. Dikloxacillin ble benyttet (i 4-7 dager) frem til inklusjonstidspunktet, deretter rifampicin 450mg x 2 og ciprofloxacin 500mg x 2. *S. aureus* var vanligste agens, dernest *S. epidermidis*. Kriterier for behandlingssvikt var lokale infeksjonstegn, CRP>7 og radiologiske tegn på infeksjon. Behandlingssvikt tilkom hos kun fem av pasientene. En konkluderte med godt tolerert behandling, lav sviktrate også ved infiserte kneproteser og at ciprofloxacin 500mg x 2 er høy nok dose. Det ble understreket at studien kun er gjort på tidlige infeksjoner og at det ble uført omfattende kirurgisk revisjon.

Behandling av terapi-indusert ansiktsatrofi hos HIV-pasienter – et pilotprosjekt.
Bente Magny Bergersen, Ullevål universitetssykehus.

Ansiktsatrofi hos HIV-pasienter under antiviral behandling er et kjent problem. Ved Ullevål har en utført en studie med 20 pasienter hvor en i samarbeid med plastikk-kirurg har installert Restylane-SubQ®, et absorberbart produkt basert på hyaluronsyre. Effekten er blitt evaluert med ultralydmessig bedømmelse av kutan tykkelse og med ulike skalaer for estetisk resultat og pasienttilfredshet. Pasientene hadde lite bivirkninger. Tre pasienter fikk en følbar klump i huden. De fleste pasientene hadde effekt ved evaluering etter seks uker, men etter 6 måneder var effekten tydelig redusert. Behandlingen må derfor gjentaes. Årlige utgifter til vedlikeholdsbehandling med Restylane-SubQ® er på ca. 2000-3000 kroner.

Forskning og epidemier – meningsfull forskning akkurat når det skjer. Utfordringer og gevinster.
Nina Langeland, Haukeland universitetssykehus.

Langeland tok utgangspunkt i egne erfaringer med utbrudd og mulighetene dette gir for forskning. Utbrudd av ampicillin-resistente enterokokker (ARE) ved Haukeland har ført til både case-control-undersøkelser og intervensjonsstudier. En kuttet bl.a. ut cefalosporiner ved en affisert sengepost og sammenlignet forekomsten av ARE med en tilsvarende sengepost. Det viste seg imidlertid at intensive sykehushygieniske tiltak var nok. Det lot seg derfor ikke gjøre å vise effekt av reduksjon i cefalosporinbruken selv om forekomsten av ARE er assosiert med bruk av cefalosporiner. Utbruddet har også ført til molekylærbiologiske studier av resistensmekanismer og markører for resistens. Real-time-PCR for rask påvisning av ARE er også blitt utviklet. Ved Haukeland har en også hatt en svært høy forekomst av nekrotiserende fasciitt. Vinteren 2003 hadde en 16 pasienter i Hordaland med invasiv infeksjon med gruppe A og G streptokokker i løpet av 11 uker. Det ble utført emmgen-analyse på isolatene, noe som imidlertid avkreftet klonalitet. Langeland har også vært involvert i studier av ESBL i blodkulturisolater fra barn med sepsis i Tanzania. Studiene har vist spesielt høy dødelighet blant barna med ESBL og at det dreier som om nosokomial smitte. Langeland konkluderte avslutningsvis med at utbrudd gir gode muligheter for forskning, men at en har kort tid på design av studier og at det kan være vanskelig å få ekstra ressurser til tross for utbrudd. En er dessuten tradisjonelt gode på deskriptive studier, men randomiserte studier og intevensjonsstudier bør også tilstrebes. Biobank bør en dessuten ha godkjent på forhånd.

5) Diagnostiske utfordringer i klinikk og laboratorium («kasuistikker»)

Kvinne på 63 år med revmatoid artritt.

Kåre Bø, Sykehuset Buskerud.

Pasienten sto på immunsupprimerende behandling med metotreksat og auranofin (gull-preparat). Hun hadde de siste årene vært årlig i Spania og hadde også vært i Egypt. Etter en langtrukken sykehistorie med nattesvette, svingende feber og vekttap ble det påvist pancytopeni og stor milt. Hun gjennomgikk omfattende hematologisk utredning og fikk flere antibiotikakurer og blodtransfusjoner uten at diagnose ble funnet. Ved en senere benmargsbiopsi ble det så funnet amastigoter forenlig med visceral leishmaniasis. Dyrkning på NNN-medium var negativ, men serologi var positiv. Pasienten ble frisk på behandling med amphotericin B. Bø minnet om at en bør tenke på Visceral leishmaniasis hos pasienter med pancytopeni og stor milt.

Mann på 22 år fra Georgia.

Eivind Ragnhildstveit, Sykehuset Østfold.

Pasienten ble innlagt med feber og brystsmerter. Pneumoni ble avkreftet, men CT og MR viste funn forenlig med spondylitt med paravertebral abscess i nedre thorakal-columna.

Prøve fra abscessen viste ved direkte mikroskopi små Gram-negative staver. Etter 3-4 døgn kom det vekst på blodskål av små, korte Gram-negative staver som viste seg å være Brucella. Blodkulturer var for øvrig negative. Serologi for Brucella var positiv. Brucella er en ikke uvanlig årsak til spondylitt i andre deler av verden.

Mann på 63 år med myelomatose.

Martin Steinbakk, Akershus universitetssykehus.

Pasienten hadde fått høydose kjemoterapi med autolog stamcellestøtte. Han ble innlagt på mistanke om pneumoni, hadde høy CRP og fikk behandling med penicillin og senere et cefalosporin. Han ble bedre og derfor utskrevet, men etter åtte dager ble han igjen innlagt pga forverring med mye hoste. Han fikk behandling med cefotaxim og senere penicillin og ble bedre. I mellomtiden hadde han vekst i blodkultur tatt under første opphold. Den viste Gram-negative staver som viste seg vanskelig å identifisere inntil sekvensering viste *Bordetella pertussis*. Dette ble bekreftet ved positiv dyrkning og PCR ca. 2 uker etter at han først ble innlagt. Serologi var også positiv. Pasienten fikk klaritromycin uten effekt, men ble gradvis bra av seg selv. Kun to tilfeller med *B. pertussis* i blodkultur er publisert tidligere.

Mann på 24 år fra Vietnam.

Mogens Jensenius, Aker universitetssykehus.

Pasienten ble innlagt pga magesmerter og kløe. Det ble påvist eosinofili. Ultralyd og CT viste en uregelmessig struktur i lever. Biopsi av dette viste eosinofil abscess. Avføringsprøve var negativ med tanke på cyster og egg. Serologi var imidlertid positiv for *Fasciola hepatica* som er en leverikte. Dette er det tredje tilfellet som er påvist i Norge. På verdensbasis er flere millioner affisert. Behandlingen er med triclabendazole.

Mann på 48 år fra Eritrea.

Even Reinertsen, Sykehuset Innlandet.

Pasienten hadde bodd tre år i Norge da han tilfeldig fikk påvist Hemoglobin på 10,9, leukocytter på 1,4 og trombocytter på 5. Ultralyd viste lett forstørret milt. På mistanke om autoimmunt betinget trombocytopeni fikk han steroider. Anti-HIV viste seg å være positiv. CD4-tallet var 0,08 og antall HIV-RNA-kopier var >1mill/ml. Han ble akutt dårlig og innlagt med kvalme og magesmerter. Da hadde han lavt blodtrykk, høy puls, høy senkning og høy D-dimer. Rtg thorax viste fortetning basalt i høyre lunge. CT viste ikke tegn til lungeemboli. CT abdomen viste kun litt stor milt. Gastroskopi viste soppøsofagitt. Det ble startet behandling med penicillin, gentamicin og flukonazol. Han ble etter hvert høyfebril. Benmargsbiopsi var negativ. Han ble liggende med svingende feber. Malaria-utstryk var negativt. Det ble så tatt en sternalmarg hvor det var tegn til noe som kunne se ut som amastigoter. Pasienten fikk derfor amphotericin B på mistanke om visceral leismaniasis, noe som hadde effekt. Serologi var sterkt

positiv, og PCR av sternalmarg var positiv for leishmaniasis.

6) Scheringprisforedrag.

Malaria i Norge og på «Hvaløerne».
Jon Birger Haug, Aker universitetssykehus.

Årets juniorprisvinner tok et interessant historisk tilbakeblikk som også hadde lokalhistorisk interesse. Det finnes mange kilder som bekrefter forekomsten av malaria i Norden. På 1700- og 1800-tallet forekom malaria trolig så langt nord som polarsirkelen. Malaria forekom også på begynnelsen av 1900-tallet i Europa, i hver fall så langt nord som England. Sikre rapporter om malaria under første verdenskrig har en fra tyske tropper som var stasjonert ulike steder i Europa. Hva gjelder Norden gir dikteren Carl Michael Bellmann et poetisk bilde av malaria fra 1700-tallets Stockholm, nemlig i Fredmans sång nr 18 der han levende beskriver egne erfaringer med symptomene. I Norge er «Koldfeber» godt beskrevet på 1850-tallet av Vogt og Lund som har gitt en god beskrivelse av malarias klinikk og behandling (kinin). Fra Hvaler finnes det kilder som indikerer årlige plager med malaria på 1700-tallet. Man mente da at sykdommen var brakt med fra sydligere strøk av militære. I 1850-årene var det et større utbrudd av malaria på Hvaler hvor over 200 ble syke. Utbruddet er detaljert beskrevet av T.D. Reymert som da var distriktstlege. Det finnes ulike teorier for hvorfor malaria forsvant fra Norge. Det skjedde bl.a. store endringer i jordbruket med en utstrakt drenering og utdiking av våtmarksområder. Standarden på husene ble bedre, og en fikk også kinin tilgjengelig som behandling. Klimaendringer har trolig betydd mindre da middeltemperaturen steg med ca en grad fra 1880- til 1920-årene. Malaria forsvant til tross for det, og analogt med tilbakegangen for tuberkulose har nok sosioøkonomiske forhold vært viktigst.

Mitt liv med bakteriene…
Alfred Halstensen, Haukeland universitetssykehus.

Seniorprisvinneren delte interessante erfaringer fra så vel forskning som klinisk virksomhet. Som for mange andre infeksjonsmedisinere var utdanningen ved det sterke fagmiljøet på Medisin B ved Haukeland sykehus viktig både klinisk og forskningmessig. Halstensen trakk fram mange dyktige samarbeidspartnere. Halstensen har mest arbeidet med meningokokksykdommen, og bl.a.

Stolt vinner av Scheringprisen junior 2005, Jon Birger Haug (t.v.), gratuleres av Oddbjørn Brubakk og Scherings Plough`s Finn Grasmo.

Ditto vinner av Schering`s seniorpris 2005, Alfred Halstensen (t.v.), gratuleres av Finn Grasmo.

sett på opsoninenes betydning. Et epidemiologisk funn de også gjorde var at dødeligheten var høyere hos de som ble innlagt om formiddagen, noe som trolig skyldes manglende observasjon om natten. Blant de kliniske erfaringene arbeidet har brakt med seg er også betydningen av tidlig og lett tilgjengelig respirator- og annen intensivbehandling. Kartlegging av meningokokk-epidemien på Vestlandet har fortsatt i det senere med Ingrid Smith. Som sentral aktør under meningokokk-utbruddene på Vestlandet har Halstensen også lagt vekt på gode strategier i forhold til befolkningen, spesielt når det gjelder informasjon om faresignaler (utslett). Han har også, i samarbeid med bl.a. Julia Chelsom, vært med på å kartlegge klinikk og forekomst av nekrotiserende fasciitt og andre invasive streptokokkinfeksjoner på Vestlandet. Også her har informasjon vært en viktig del av arbeidet, ikke minst i forhold til kirurger i innledningsfasen av epidemien som startet på 80-tallet. Halstensen orienterte også om arbeidet ved Institutt for indremedisin som er blitt et stort institutt med stor faglig bredde. Avslutningsvis understreket han spesielt viktigheten av rekruttering til infeksjonsmedisinen, rekruttering til klinisk forskning på dette området og betydningen av samarbeid med basalfagene og da spesielt molekylærbiologien. Satsing på opprettelse av biobanker og registre for kliniske og andre data ble også fremhevet som viktig for fremtiden.

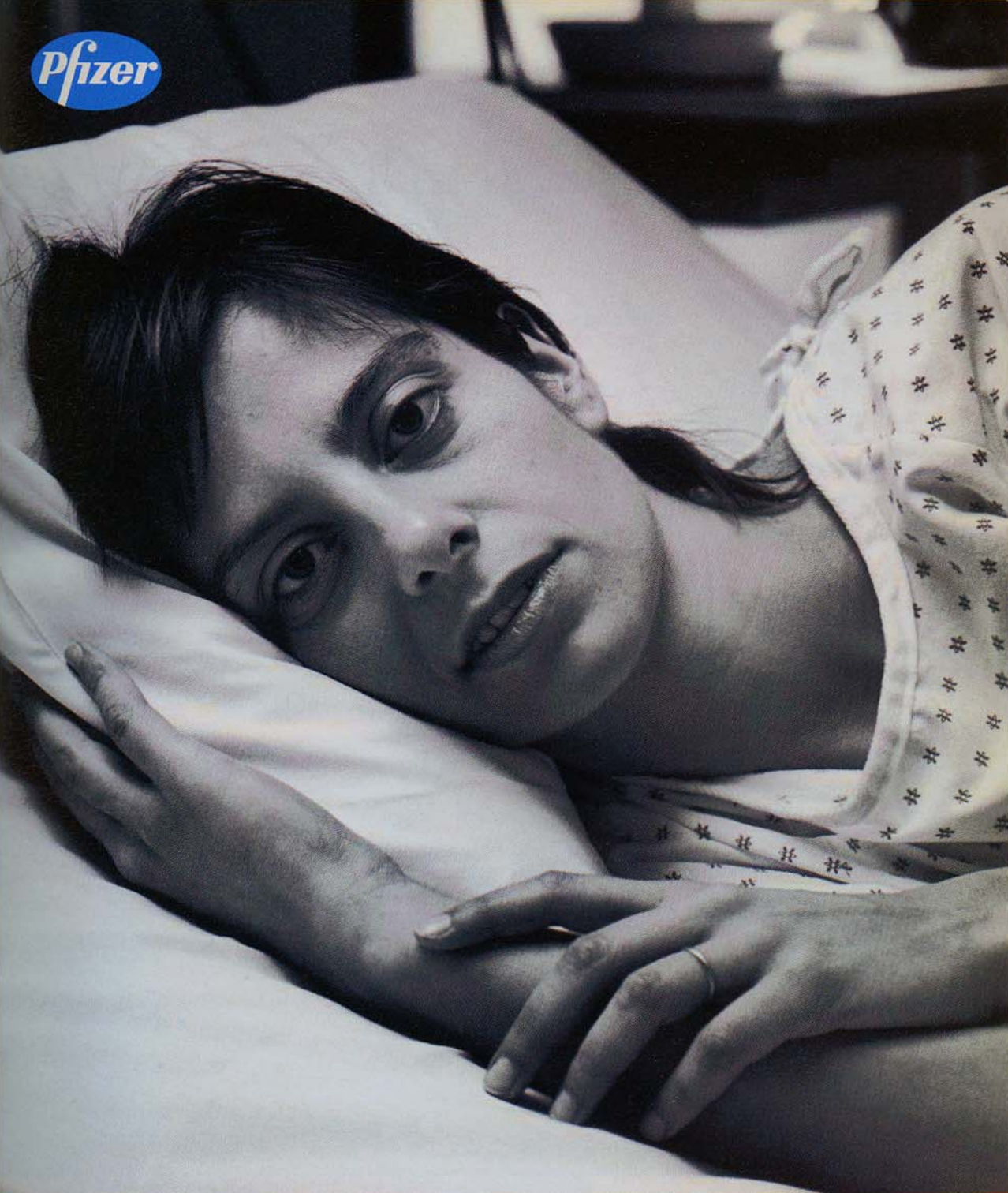
7) Epidemier og smittefrykt.

Giardiaepidemien i Bergen – en oppsummering. *Øystein Søbstad, Bergen kommune.*

Mistanken om utbrudd kom for alvor den 29. oktober 2004. Da hadde en ved Haukeland universitetssykehus på kort tid påvist *Giardia lamblia* i 27 feces-prøver. Mange av de smittede hadde Svartediket som drikkevannskilde. Det var imidlertid tatt prøver fra Svartediket 28. september som viste at mengden Giardia-cyster var innenfor vanlig bakgrunnsnivå. Smittede ble intervjuet ved hjelp av et modifisert skjema for matbåren sykdom. Andre felles faktorer enn bosted sentralt i Bergen ble ikke funnet. Den 5. november ble Giardia-cyster påvist i flere prøver av rentvann fra Svartediket. Mattilsynet bekreftet da kokepåbudet som var antydet uoffisielt noe tidligere. Det ble tatt mange nye prøver fra tilførselområdene til Svartediket, og det ble nedlagt et stort arbeid for å finne og utbedre kloakklekkasjer i området. Under epidemien ble det pr uke påvist fra 20-30 (uke 44) og opptil 295 (uke 47) nye tilfeller. Totalt ble det påvist noe over 1300 tilfeller under epidemien. Blant et utvalg smittede var 57% yrkesaktive, 25% var studenter og 58% drakk over 5 liter vann per dag. Kvinner var overrepresentert, men det var få barn og eldre. Hvert enkelt av symptomene diare, illeluktende avføring, kvalme, magesmerter og luftplager forekom med en frekvens på over 90% hos et utvalg. Så mange som 83% hadde vekttap. Gjennomsnittlig varighet av symptomer var 30 dager. Data om innsykningstidpunkt viste at ubruddet nok hadde startet allerede ni uker før utbruddet ble konstatert. Data fra målinger av vannkvaliteten i Svartediket har dessuten vist at det ved starten av utbruddet var en økning i mengden coliforme bakterier i drikkevannet forenlig med kloakkforurensning. Starten av utbruddet var dessuten assosiert i tid med store mengder nedbør. Mest sannsynlige kilde for tilsig av forurensning til Svartediket er kloakklekkasjer fra et boligområdet i nærheten. UV-stråling-anlegg er nå installert som forebyggende tiltak. Evaluering i etterkant av utbruddet har også satt søkelyset på mangel på systemer for varsling som kan fange opp et utbrudd tidligere en det for eksempel MSIS gjør. I tillegg avdekket utbruddet en uklar rollefordeling mellom legevakten og fastlegene i Bergen. Kostnadene etter utbruddet har vært store. Mye har imidlertid fungert bra.

Salmonellaepidemien i Kristiansand. *Anders Sundøy, Sykehuset Sørlandet.*

Den 21. oktober 2004 ble det påvist *Salmonella infantis* i i feces hos tre inneliggende pasienter ved sykehuset i Kristiansand. Det ble raskt startet med sykehushygieniske tiltak som isolasjon, rådgivning og kostanamnese av de smittede. Det ble utført inspeksjon av kjøkken, og det ble tatt mat- og vannprøver fra hovedkjøkkenet. En fikk relativt tidlig mistanke om at kaldmaten fra hoved-



VFEND®
(voriconazole)

kjøkkenet kunne være smittekilde. Kaldmatproduksjonen ble stanset. Kjøkkenansatte som nylig hadde vært i utlandet ble testet. Det ble avdekket store mangler i opplæring og praktisering av håndhygiene på hovedkjøkkenet. Det ble derfor igangsatt hygienekurs og praktisk tilrettelegging for å bedre håndhygienen. På dag 8 ble det påvist salmonella hos tre av de kjøkkenansatte. En antar at kaldmat-produksjonen/kjøkkenansatte har vært smittekilde for utbruddet. Screening-test ble tilbudt alle ansatte som ønsket dette. I tillegg valgte en å utføre testing systematisk bl.a. ved to affiserte sengeposter samt av personale som arbeidet med immunsupprimerte pasienter. Totalt under utbruddet ble det påvist *S. infantis* hos 79 personer, omtrent likelig fordelt mellom pasienter og ansatte. De fleste affiserte hadde moderate symptomer. I evalueringen etter utbruddet kom det fram kritiske merknader knyttet til bl.a. savn av overordnet ledelse, for dårlig informasjonsflyt, grov svikt i hygieneopplæringen av kjøkkenansatte og for sen screening av hele kjøkken-personalet. Noe av det som fungerte bra var at en kom raskt i gang med hygieniske tiltak og at hyppige pressemeldinger i stor grad fylte informasjonsbehovet og derfor minsket pågangen fra pressen.

Diagnostikk av intestinale protozoinfeksjoner: Mikroskopi eller antigenpåvisning?

Lucy Robertson, Norges veterinærhøyskole.

Mikroskopi og antigenpåvisning er aktuelt både ved Giardia-, Cryptosporidium- og Entamoeba-infeksjoner. Mikroskopi kan gjøres av ufarget preparat, av farget preparat og ved fluorescensmikroskopi (for så se etter autofluorescens). Fordeler ved mikroskopi er høy spesifisitet, rask undersøkelse, lave kostnader og at en til en viss grad kan kvantitere parasittmengden. Ulemper ved mikroskopi er at det krever erfaring, at sensitiviteten kan være lav (spesielt hos pasienter med intermitterende ekskresjon av parasitter) og at en ikke kan skille mellom patogene og apatogene parasitter. Antigenpåvisning foregår i hovedsak ved EIA eller immunkromatografi (bl.a. STAT® og ColorPac®). Immunkromatografi er kvalitativ, men EIA kan evt. være kvantitativ. Antigentestene har høy spesifisitet, oftest høy sensitivitet og er raske og enkle å utføre. De kan evt. skille mellom patogene og apatogene arter og er mer sensitive enn mikroskopi ved intermitterende ekskresjon. For *Giardia lamblia* er sensitiviteten angitt til 76-100% og spesifisiteten 98-100% i ulike kommersielle antigentester. For *Cryptosporidium parvum* er sensitiviteten 92-99% og spesifisiteten 93-98%, og for *Entamoeba histolytica* henholdsvis 87-95% og 79-99%. Robertson konkluderte med at antigentester og mikroskopi supplerer hverandre, men at det er viktig å kjenne begrensningene ved de ulike teknikkene.

Epidemifrykt og fryktepidemiologi.

Preben Aavitsland, Folkehelseinstituttet.

Med oppstandelse rundt MRSA i Oslo, angivelig smittsomme lik etter tsunamien i Thailand og WHO's overvurdering av epidemifaren etter tsunamien som aktuelle eksempler satte Aavitsland søkelyset på hvordan smittefrykt kan stå i veien for de rette smitteverntiltakene. Det kan eksempelvis føre til overisolering eller det kan lede til overdreven frykt og uheldige tiltak i forhold til omgang med smittede. En trend i tiden er at vi søker mot en mikrobefri verden, noe som bl.a. reflekteres i et økende antall antibakterielle produkter i dagligvarehandelen. Det er også lett å få medieoppslag om utbrudd og smittsomme sykdommer. Det er derfor svært viktig at fagfolk er nøkterne og forsiktige i sine uttalelser slik at en ikke bygger opp under irrasjonell epidemifrykt. Et poeng er å skille mellom smittsomhet og alvorlighet. Ofte er det slik at det som er mest alvorlig ikke er så smittsomt og omvendt. Et høyst aktuelt eksempel er legionella hvor mange ulike faktorer er nødvendig for at legionella i nærmiljøet skal forårsake smitte og sykdom hos en person.

Aavitsland orienterte også om metodene i jakten på smittekilden for **legionella-epidemien i Fredrikstad/Sarpsborg.** I arbeidet har en fulgt tre hovedlinjer. For det første er det gjort epidemiologiske undersøkelser basert på pasientenes bosted

og bevelser. Her har en også brukt spredningsmodeller for utslipp fra mulige kilder. For det andre har en utført miljøundersøkelser fra mulige smittekilder. For det tredje er det gjort mikrobiologiske undersøkelser med sammenligning av legionella fra pasienter og mulige kilder ved hjelp av nukleinsyrebaserte teknikker.

8) Aktuelt om tuberkulose.

Tuberkulose og andre infeksjonsproblemer i kjølvannet av anti-TNF-behandling.

Jan Kristian Damås, Rikshospitalet.

Damås understreket først TNF-α sin viktige rolle i immunforsvaret og da spesielt mot intracellulære mikrober. TNF-α er også vist å ha betydning i immunpatogenesen ved AIDS og tuberkulose. De viktigste anti-TNF-medikamentene brukt mot inflammatoriske sykdommer er monoklonale antistoffer (bl.a. infliximab) og et rekombinant TNF-reseptor fusjonsprotein (etanercept). I de kontrollerte behandlingsstudiene er det ikke registrert økt infeksjonfrekvens, men studiene er gjort på selekterte grupper hvor risikoen for infeksjoner er lavere enn i den vanlige pasientpopulasjonen. Studiene er dessuten gjort med relativt få pasienter. Funn som indikerer økt infeksjonsrisiko ved anti-TNF-behandling er økt forekomst av infeksjoner hos behandlede sammenlignet med bakgrunnspopulasjonen. Det er spesielt tuberkulose, listeriose og histoplasmose som det er registrert økt forekomst av. I tillegg er det hos anti-TNF-behandlede påvist høyere frekvens av former for tuberkulose som er typiske for immunsupprimerte. En har dessuten vist at anti-TNF-behandling kan gi disintegrering av granulomer ved latent tuberkulose. Dette er en viktig mekanisme ved disseminert sykdom. I forsøksdyr har en også påvist reaktivering av latent tuberkulose ved anti-TNF-behandling. Pasienter behandlet med infliximab synes å være mer utsatt enn pasienter behandlet med etanercept. Tuberkulin-testing og evt. videre utredning og behandling med tanke på latent tuberkulose er nå anbefalt før oppstart med anti-TNF-behandling.

Erfaringer med linezolid som tuberkulostatikum.

Bent von der Lippe, Ullevål universitetssykehus.

Femten pasienter med multiresistens tuberkulose er ved Ullevål blitt behandlet med linezolid. To av pasientene hadde HIV. Begrunnelsen for bruk av linezolid var behandlingssvikt hos fire av pasientene og ekstrem resistens hos fem av pasientene. De siste seks pasientene har fått linezolid som en del av det primære regimet da en så en svært raskt sterilisering av kulturene hos de andre pasientene som hadde fått linezolid. Det var negative kulturer 10-37 dager etter instituering av linezolid. En av pasientene som ble inkludert døde raskt av disseminert sykdom og ønsket ikke videre behandling. De andre 14 pasientene ble behandlet i 6-40 uker med linezolid. Fem av pasientene fullførte behandlingen med linezolid uten bivirkninger av betydning. Ni av pasientene seponerte behandlingen (etter 6-37 uker) pga bivirkninger. Fem av disse pasientene hadde hematologiske bivirkninger, men benmargsfunksjonen var normalisert 1-2 uker etter seponering. Nevropati oppsto hos åtte pasienter, og det har kun vært delvis bedring etter seponering. En kan ikke utelukke at samtidig behandling med etambutol har hatt betydning for utviklingen av nevropati. Von der Lippe konkluderte med at linezolid er nyttig ved multiresistent tuberkulose, men at slik behandling må vurderes opp mot faren for alvorlige bivirkninger.

Vil en blodprøve være mer nyttig enn tuberkulintesten i det diagnostiske og forebyggende arbeid?

Einar Heldal, Folkehelseinstituttet.

Resensibilisering med antigener fra tuberkelbasiller fører til produksjon av interferon-γ hos pasienter som tidligere er sensibilisert. Dette har ledet til et nytt analyse-prinsipp som alternativ til tuberkulin-testing. En kan enten måle mengden interferon-γ (Quantiferon-TB-Gold®)eller mengden interferon-γ–produserende celler (ELISPOT®) i blod som etter prøvetaking stimuleres med antigener. De nye testene er ikke mer sensitive enn tuberkulin-tester. De har gitt noe motstridende resultater

ved HIV og de har en lav sensitivitet ved tidligere behandlet tuberkulose. Fordelene er blant annet at de er mer spesifikke enn tuberkulin-test, en slipper å møte mer enn en gang, det er lettere å lese av resultatet og det er ingen boostereffekt. Testene er uegnet ved HIV, hos immunsupprimerte, hos barn og ved ekstrapulmonal tuberkulose. De nye testene er spesielt løfterike når det gjelder smitteoppsporing. Flere studier er underveis, også i Norge. Målet er en mer målrettet og effektiv forebyggende tuberkuloseomsorg.

Får vi snart en ny og bedre vaksine mot tuberkulose?
Harald Wiker, Haukeland universitetessykehus.

En har i mange år arbeidet med å utvikle en bedre vaksine enn BCG mot tuberkulose. BCG har bl.a. vist liten effekt i India, trolig pga at befolkningen der ofte er naturlig immunisert med atypiske mykobakterier og at BCG gir liten tilleggseffekt utover dette. Mye tyder på at kombinasjonen av pre- og posteksposisjonell vaksine vil være tilstrekkelig for å ha kontroll med tuberkulose selv om vaksinene har relativ lav effektivitet. I land med lav prevalens av tuberkulose og godt behandlingstilbud er preeksposisjonell vaksine ansett å være tilstrekkelig. Det vil være vanskelig å få godkjent studier med og uten BCG, så det mest aktuelle i fremtiden er nok en «prime-boost»-strategi hvor BCG eller en forbedret BCG er det som gis primært. Som «boost»-vaksine er det flere kandidater, bl.a. en levende rekombinant vaccinia-virusvaksine. Flere levende vaksine-kandidater har vist bedre effekt enn BCG i dyremodeller. DNA-vaksiner og subenhetsvaksiner er også utviklet, men de har vist dårligere effekt enn BCG i dyremodeller. Et viktig poeng er at en ikke bør bruke samme antigener i vaksiner som de som brukes i diagnostikken.

9) «Ultrakorte ferske nyheter»

Leukocidin-produserende MRSA erhvervet utenfor sykehus.
Fredrik Müller, Rikshospitalet.

De siste årene har det vært økende antall rapporter om MRSA-stammer som produserer eksotoksinet leukocidin og gir alvorlig former for hudinfeksjoner, bløtdelsinfeksjoner og pneumoni.. Leukocidin-produksjon er assosiert med vevsnekrose og leukocytt-inhibering. Dette er bl.a. funnet hos MLST-type 80 som er en kjent MRSA-stamme utenfor sykehus.

Rifaximin til forebygging og behandling av reisediare.
Arild Mæland, Ullevål universitetssykehus.

Rifaximin er et ikke-absorberbart rifamycin som har vist god effekt både i profylakse og behandling av reisediare. Det har lite bivirkninger og liten effekt på tarmfloraen. Det har ikke vært problemer med resistensutvikling, og det kan også gis til barn og gravide. (Ref.: Al-Abri S.S. et al. Lancet Infect Dis, juni 2005).

Oral erytromycin og plutselig hjertedød
Jetmund Ringstad, Sykehuset Østfold.

Erytromycin forlenger repolariseringen i hjertet. Erytromycin metaboliseres via cytochrom P450-3A isozymer (CYP3A) i likhet med flere andre medikamenter. Ved kombinasjon med slike medikamenter kan en få økning i erytromycin-konsentrasjonen, og en ny studie (Ray, WA et al, NEJM sept. 2004) viser en oddsratio for plutselig død på 2,01 ved erytromycin alene og en oddsratio på 5,35 ved kombinasjon med andre medikamenter som brytes ned av CYP3A. En skal derfor være forsiktig med å kombinere erytromycin med slike medikamenter.

TAKK FOR I ÅR, OG VELKOMMEN TIL NESTE ÅRSMØTE.

Glem heller ikke årets Høstmøte, på SAS-hotellet 3. - 4. oktober.... *Prioriter!*

Styret i

Norsk forening for infeksjonsmedisin

Perioden 3/6-05 til 3/6-07

Leder

Bente Bergersen, *leder*
(b.m.bergersen@medisin.uio.no)

Sekretær

Mogens Jensenius
(mogens.jensenius@ioks.uio.no)

Styremedlemmer

Even Reinertsen
Steinar Skrede
Åse Berg

Varamedlemmer

Kristine Mørk
Jan B Christensen

UTVALG OG KOMITEER

Stipendkomitè

Olav Øktedalen
Even Reinertsen
Per Espen Akselsen

Schering komitè

Are Næss
Jan-Erik Berdal
Øystein Strand

Valgkomitè

Arild Mæland
Harald Steinum
Alfred Halstensen

Det var vanskelig å komme gjennom doktorskolen uten å få med seg denne franske kirurg, han med kontrakturen og fornavnet Guillaume . Monsieur Dupuytren var ikke mindre enn baron da han virket under brødrene Ludvig den 18. og Karl den 10, og ble en av grunnleggerne av den patologiske anatomi. Nei, norske kirurger er ikke baroner, det bare virker slik av og til.

AM

OBS!

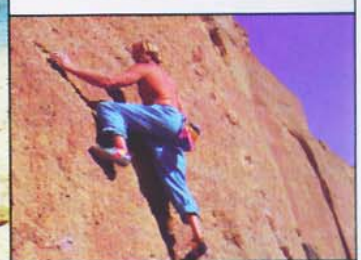
Fra «Tidsskriftet» DNLF nr. 10 - 2005 sakser vi følgende:

«Lånekassen ga for en tid tilbake beskjed om at det ikke lenger skulle ytes støtte til kurs ved utenlandske universiteter som ikke fører til akademisk grad som Master, Bachelor eller PhD. Dette gjaldt for en stor del av det medisinske fagområdet. Bl.a. ville diplom-kursene i tropemedisin ikke kvalifisere til støtte. Yngre legers forening og Legeforeningen sentralt har tatt dette opp med Lånekassen, og etter på nytt å ha gått gjennom saken har Lånekassen funnet at man også i år vil gi støtte til tilleggskurs i utlandet. Støtten gis i tråd med tidligere praksis.»

Les mer: *www.legeforeningen.no/index.gan?id=2640*

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 inneh.:* 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 inneb.:* 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

Vidar Ormaasen

Studies on mortality, morbidity and predictors of clinical outcome in HIV infected individuals in Oslo A cohort study 1983-2004

Store fremskritt er oppnådd i behandlingen av HIV infeksjon i de senere år, sammenlignet med behandlingsmulighetene man hadde ved HIV epidemiens begynnelse for 20 år siden. Forbedringen av antiviral behandling er særlig betydelig etter 1996, når prinsippet om kombinasjonsbehandling (HAART) ble introdusert.

Formålet ved studien var å undersøke endringen i dødelighet hos HIV smittede sammenlignet med normalbefolkningen før og etter introduksjon av HAART. Dette har tidligere aldri vært undersøkt i Norge. Videre ville vi forsøke å finne det beste tidspunkt for oppstart av behandling ved kronisk HIV infeksjon. Vi så også på sammenheng mellom endring i CD4 + celler og virusmengde etter oppstart av behandling og risiko for senere sykdom. Hvilken betydning resistensutvikling i HIV har for utvikling av sykdom ble også undersøkt. Studien er utført mellom 2000 og 2004 ved Infeksjonsmedisinsk avdeling, Ullevål universitetssykehus, og omfatter 1200 pasienter. På denne avdelingen behandles omlag 50 % av alle HIV smittede i Norge.

Vi fant 80 % reduksjon av dødelighet hos HIV smittede etter at HAART ble innført. Dette til tross, det er fortsatt fire ganger høyere dødelighet hos HIV smittede som får moderne HAART sammenlignet med normalbefolkningen.

Vi fant at nivået av CD4 + celler var den desidert viktigste prediktor for utvikling av HIV relatert sykdom. Risikoen for HIV relatert sykdom var økt hos personer med CD4 + celler < 0.2 x 10^9/l før oppstart av behandling. Etter oppstartet behandling hadde pasienter med CD4 + celler < 0.1 x 10^9/l høyere risiko for HIV relatert sykdom. Studien gir derfor støtte til nåværende praksis med oppstart av antiviral behandling ved CD4 + celler < 0.2 x 10^9/l ved kronisk HIV infeksjon.

Pasienter med lavere økning av CD4 + celler enn 0.052 x 10^9/l etter 6 måneders kombinasjons-behandling hadde økt risiko for HIV relatert sykdom. Nivå av HIV RNA i plasma var i hovedsak ikke assosiert med risiko for HIV relatert sykdom i noen av våre analyser.

Vi utviklet en algoritme for tolkning av genotypisk resistensbestemmelse, og regnet ut en resistens-score, basert på påvist resistens mot det behandlingsregime pasienten fikk. Høy resistens-score ble funnet å gi høyere risiko for sykdom, etter justering for CD4 tall. Høygradig resistens mot pågående behandling ser derfor ut til å gi økt risiko for HIV relatert sykdom, som ikke kan forklares ut fra CD4-nivået.

Serum konsentrasjonen av protasehemmer ble ikke funnet å være sikkert assosiert med risiko for utvikling av HIV relatert sykdom.

Generelt gjaldt det at behandlingsresultatene var like gode uansett kjønn, alder, transmisjonsvei for HIV eller etnisk tilhørighet.

Utgår fra

Infeksjonsmedisinsk avdeling, Ullevål Universitetssykehus og Fakultetsdivisjon Ullevål Universitetssykehus

Disputas 10.06.2005 – Universitetet i Oslo.

Kan du SuDoku ?

3	5						4	7
6		4				8		2
			8		1			
	7			3			1	
		6	4		5	7		
	8			2			3	
			3		2			
1		3				2		5
5	6						8	3

Hvis ikke kan du liksågodt lære deg det nå som senere. For dette er mer smittsomt enn legionella og MRSA og SARS til sammen. Og farsotten er på vei hit. SuDoku er et gammelt japansk tallkryssord, bestående av 9 x 9 dvs. 81 celler, delt opp i 9 bokser á 3 x 3 ruter. Oppgaven er å fylle i tall slik at alle ni rader og alle ni kolonner og alle ni bokser alle inneholder hvert av tallene fra 1 til 9 én gang. En del ruter er allerede fylt inn, vanskelighetsgraden avgjøres av hvilke tall i hvilke posisjoner som allerede er der. Du skal fylle ut resten. Det fins bare én løsning. De tøffe bruker kulepenn. Vi anbefaler blyant og viskelær, eller penn og papir ved siden av. Løsningen vises ikke, du sjekker selv til slutt om du virkelig har fått det til eller ei. Lykke til ! *AM*

Kurs i klinisk tropemedisin ved foten av Mt. Kili

Av Mogens Jensenius

I mars 2005 deltok jeg i et 2-ukers kurs i klinisk tropemedisin ved Kilimanjaro Christian Medical Centre (KCMC) i Moshi, Tanzania. Kurset kan sterkt anbefales til kollegaer som ønsker en praktisk orientert oppdatering i trope- og u-landsmedisin.

KCMC er et av fire regionsykehus i Tanzania (befolkning: 32 millioner) og har et opptaksområde på om lag 6 millioner mennesker. Sykehuset ligger i utkanten av byen Moshi, omgitt av banan- og kaffeplantasjer og ved foten av Mt. Kilimanjaro, Afrikas høyeste fjell (nesten 6.000 m.o.h.) (Figur 1). KCMC har 500 senger, mange poliklinikker, samt laboratorier for endoskopi, røntgen, klinisk kjemi, mikrobiologi og patologi. De fleste kliniske spesialiteter er representert. Årlig innlegges 18.000 pasienter hvorav 90% utskrives i live.

I løpet av de to kursukene så vi et vell av infeksjonssykdommer. Her følger et lite utvalg:

Tetanus

Januar og februar, dvs. perioden like før regntiden og da det arbeides intenst på åkeren, er kjent som «tetanus season» i Tanzania. Bønder med hånd- og fotskader oppsøker ikke alltid helsevesenet, og mange har ikke fått tetanusvaksine siden de gikk på barneskolen. Ved KCMC behandles tetanuspasienter rutinemessig med sårrevisjon, tetanus-immunglobulin, antibiotika og sedasjon. De fleste intuberes, men ingen legges ikke på respirator (Figur 2a+b). Nosokomiale pneumonier og infiserte liggesår utgjør den største trusselen. Færre enn halvparten av pasientene overlever.

Madura-fot

Andre bønder pådrar seg mycetoma, en kronisk bløtdels- og skjelettinfeksjon vanligvis lokalisert til underekstremitetene (Madura-fot). I noen tropiske områder forårsakes tilstanden av bakterier (Nocardia, Actinomycetes), men i Tanzania dominerer ulike sopp-arter, bl.a. Madurella mycetomatis, som dessverre er lite påvirkelige av medikamentell behandling. Kirurgi, i praksis en leggamputasjon, er ofte den eneste utvei (Figur 3).

Schistosomiasis

Schistosoma mansoni infeksjon er endemisk i store deler av Tanzania og skaper alvorlige problemer. De fleste pasienter smittes som barn, men utvikler portal hypertensjon først i voksen alder, 15-20 år senere (Figur 4). Blødende øsofagusvaricer sekundært til schistosomiasis er den vanligste årsaken til hematemese ved KCMC, og Sengstaken-sondene er i hyppig bruk (Figur 5). Profylakse mot re-blødning er vanskelig å få til. Beta-blokkere er lite populære (impotens) og kun de færreste pasienter kan betale for endoskopisk sklerosering.

HIV/AIDS

Det helt dominerende helseproblemet ved KCMC er HIV/AIDS. Riktignok er ikke mer enn 8-10% av befolkningen i opptaksområdet seropositive, men blant innlagte pasienter er andelen nærmere 50%. Sykehuset utfører HIV-antistoff test (ELISA) og kan måle CD4 celler, men har ikke tilgang til HIV RNA kvantitering (viral load).

Takket være store donasjoner de siste årene fra Bill Gates og andre, får stadig flere pasienter tilbud om gratis HAART behandling. De fleste behandles med Triomune (stavudin + lamivudine + nevirapin), 1 tablett morgen og kveld (Figur 6). Triomune er et kopimedikament produsert av et indisk firma og er blitt en storselger i mange afrikanske land, men en nylig antatt lov i India vil trolig sette en stopper for virksomheten. Zidovudin brukes lite, i hovedsak pga. den høye forekomsten av anemi (Hb < 7,0 g/L). Primærprofylakse med co-trimoxazole er utbredt, og gis bl.a. til alle barn av HIV-positive mødre fra 6 måneders alder og frem til smitte ev. kan avkreftes. Takket være rause donasjoner, er også profylaktisk bruk med flukonazole vanlig.

Opportunistiske infeksjoner og kreftsykdommer, ofte i ekstreme former, er dagligdags skue ved KCMC. Ved barnepoliklinikken så vi mange tilfeller med kronisk parotitt (Figur 9), Kaposi sarkom (Figur 8), utbredte vorter (Figur 9) og mollusker (Figur 10).

Noe for deg?

Figur 1:

KCMC ved foten av Mt. Kili. Verdens vakrest beliggende sykehus?

Figur 2a og b:

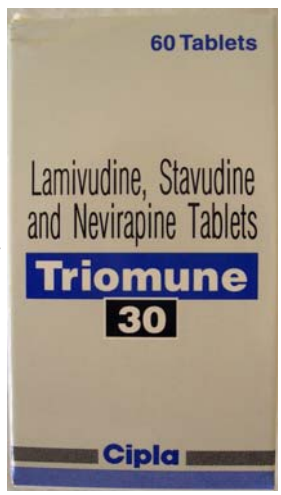
Mmannlig landbruker med generalisert tetanus etter en kuttskade i venstre hånd.

Figur 3: Mannlig landbruker i 30-åra med Madurafot. Legg merke til kronisk bløtdelshevelse og fistelåpninger (Foto: Ben Naafs).

Figur 4: Ascitestapping ved portal hyperensjon sekundært til S. mansoni infeksjon

Figur 5: Kvinne i 30-åra med blødende øsofagusvaricer sekundært til schistosomiasis

Figur 6: Triomune, en populær kombinasjonstablett ved HIV infeksjon



Figur 7: Kronisk parotitt ved HIV infeksjon hos 7 år gammel jente

Figur 8: Ti år gammel jente med ubehandlet Kaposi sarkom på høyre underarm

Figur 9: Flate vorter i pannen hos 12-åring med AIDS

Figur 10: Mollusker hos jente med AIDS. Utslettet responderte på HAART

Kongresser og møter

2005

24. 27. juli: **3rd IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment.** Rio de Janeiro, Brasil.
Kontakt: IAS Conference Secretariat, Ch. de l'Avanchet 33, CH - 1216 Cointrin, Geneva, Switzerland
Tlf: 41-0-22-7-100-800 Faks: 41-0-22-7-100-899 E-post: info@ias-2005.org

11. - 14. august: **Annual General Meeting of Scandinavian Society for Antimicrobial Chemotherapy.**
Reykjavik, Island. Se www.congress.is/ssac05 for detaljer om påmelding..

21. - 24. september: **45th ICAAC.** New Orleans, USA.
Kontakt: American Society for Microbiology, 1752 N Street, NW Washington, DC, 20036-2804 USA.
Tlf: 1-202-737-3600. E-post: ICAAC@asmusa.org

6. - 9. oktober: **IDSA 43rd Annual Meeting.** San Francisco, USA
Kontakt: Infectious Disease Society of America Tlf: 703-299-0200 Faks: 703-299-0204

10. -11. november: **1st Int Conference of the Journal of Travel Medicine & Infectious Disease.**
London, England
Kontakt: Sophie Peters. Tlf: 44-0-1-865-843-643 Faks: 44-0-1-865-843-958
E-post: s.peters@elsevier.com

Et forsommerminne

I dag er det en måned siden mange av oss møttes i Fredrikstad til Oddbjørns (Brubakk) kåseri om Robert Normann – en kulturkveld vi vil huske – med program fylt med minner om en gammel venn, med unike bilder og flott musikk, og med sang etterpå til tonefølge av Oddbjørn og Gunnar (Hasle). Det var en flott opptakt til 30-årsjubileet. Fredrikstad bød på litt ruskevær og var litt legioneallapreget, men det siste gjorde møtet ekstra spennende og aktuelt for de mange trivelige menneskene som var samlet. Og ekstra hyggelig ble det på jubileusmfesten i Tøyhuset i Gamlebyen hvor noen ble hedret, og rødvinen ble fotært ad libitum, og maten kunne måle seg med hva som blir servert på oppskrytte etablissementer i større byer. Og dansen gikk over tilje til Arnhild og Jetmund inviterte de mest kondisjonssterke, og de som kom seint til festen, til nachspiel. Men neste dag stod vi like fornøyet i høgskolens moderne auditorium og tok del i det mange mente var et utmerket faglig jubileumsprogram.

Noen av oss fikk også besett Gamlebyen, Fredrikstads stolthet, i regnværet,
men *Gubbene* (i Gamlebyen), som Roar C. Pettersen skriver om, så vi ikke noe til.

Hver vår settes nygrønnmalte benker ut

på vollen rundt Gamlebyen i Fredrikstad.

Litt etter, når løvet spretter og det blir varnere

settes gubbene ut,

fine, med ny rødfarge i kinnene, nyklipte ørehår,

arrangert gruppevis mens Glomma glir forbi.

Om natta og på sure regnværsdager blir gubbene tatt inn.

Det arbeides under press med en mer klimabestandig modell, heter det i en pressemelding fra turistsjefen.

Kanskje tapte vi ”litt av vårt hjerte” til Fredrikstad disse første junidagene. Det var i alle fall ingen glede å spore,(hos URSUS i Stabekkland), da rødbuksene i går tapte for Stabekk i 4. runde i fotballcupen.

URSUS

VALTREX™
VALACICLOVIR

gsk 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

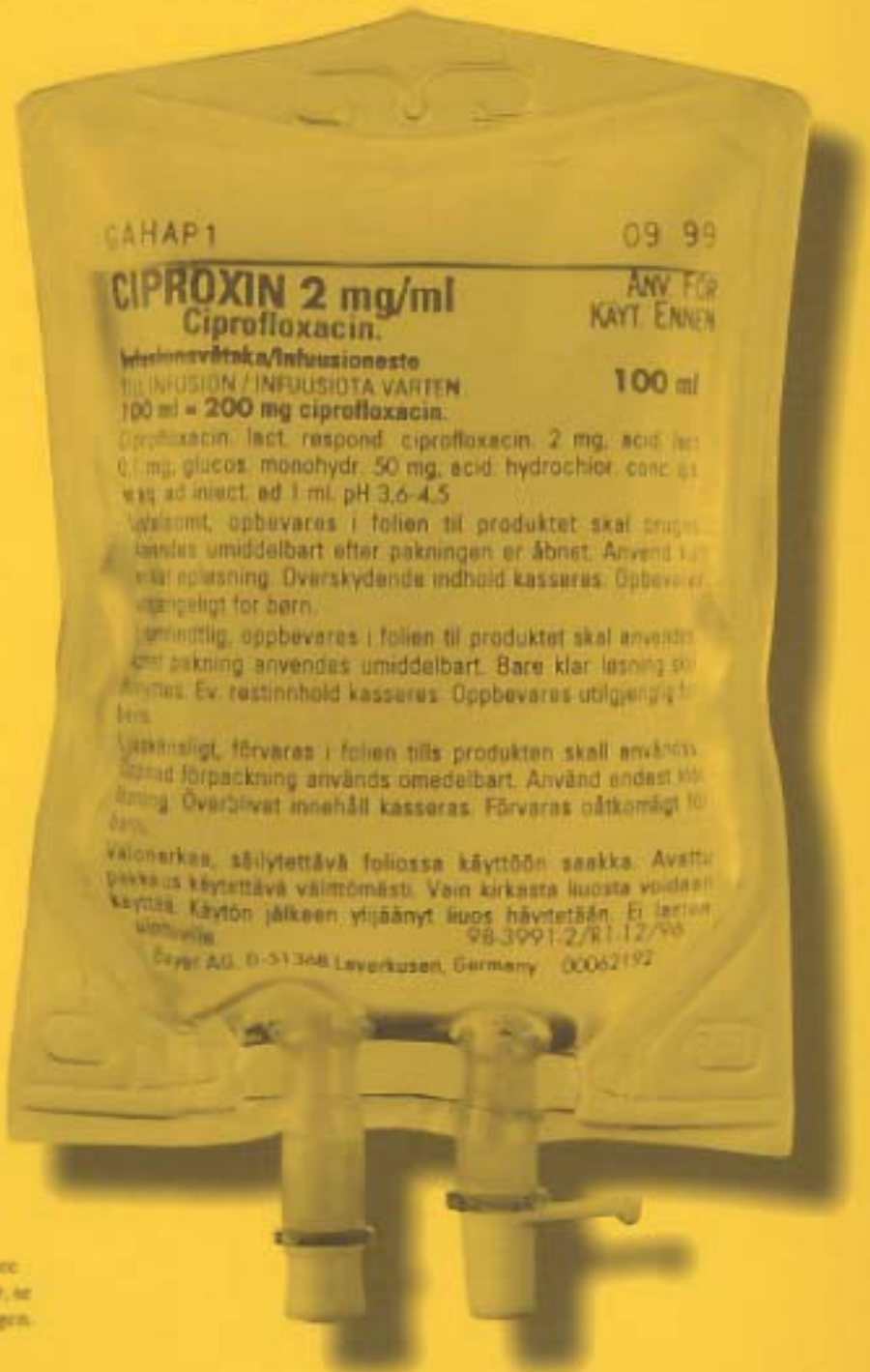
Vi er takknemlige for bidrag i form av annonser i "*pest-POSTEN*". Bladet blir trykket i et opplag på ca. 300 og distribuert gratis til alle medlemmer av Norsk Forening for Infeksjonsmedisin.

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.