



NYHEDSBREV

DECEMBER 2006 · NUMMER 5

*Kære medlemmer af
Dansk Selskab for Rejsemedicin*

Hvor er det farligst at rejse hen – Bornholm eller Botswana? Kan man dø af dårlig rejserådgivning? Hvordan arbejder en praktiserende læge i Tyrkiet? Det er nogle af de spørgsmål, som vil blive belyst i dette nummer af nyhedsbrevet.

Temaet i dette nummer er rabies, da der ofte bliver givet utilstrækkelig eller slet ingen rådgivning om denne 100% dødelige sygdom og rejsende, der har været eksponeret for smitte, ofte ikke behandles korrekt.

Redaktionsgruppen vil gerne benytte lejligheden til at ønske medlemmerne en glædelig jul og et godt nytår.

Det nye år byder bl.a. på 10th Conference of the International Society of Travel Medicine (CIS-TM10) 20.-24. maj i Vancouver.

*Med venlig hilsen
Carsten Schade Larsen*

Redaktionsgruppen for dette nummer er:

Overlæge, dr. med.
Carsten Schade Larsen
Infektionsmedicinsk afdeling Q
Skejby Sygehus
csr@sks.aaa.dk

Overlæge, dr. med. Ida Gjørup
Medicinsk afdeling Q 107
KAS Herlev
idgj@herlevhosp.kbhamt.dk

Speciallæge i almen medicin
Claus Boss
Madvigsgade 3
3740 Svaneke
bornboss@dadlnet.dk

Speciallæger i almen medicin
Steffen og Lise Jarlov
Hovmosevej 5
3400 Hillerød
jarlov@dadlnet.dk

Rabies

– kan man dø af dårlig rejserådgivning?

■ Af: Carsten Schade Larsen

I 2005 døde en 37-årig britisk kvinde 3½ måned efter at hun var vendt hjem fra en 14 dages varende ferierejse til Goa, Indien. Under opholdet var hun blevet bidt i venstre ben af en hundehvalp i snor mens hun gik hen af en gade. Hun havde kun fået en mindre hudafskrabning og gjorde ikke andet end at tørre benet af med en klud. Familien oplyste at kvinden ikke havde været klar over risikoen for rabies og havde derfor hverken fået præ- eller post-ekspositions-profylakse (PEP) (1). Desværre er denne historie ikke enestående og der er i litteraturen publiceret flere tilfælde af rejsende, der er døde af rabies fordi de ikke har været informeret om rabies og derfor hverken været klar over at de havde været eksponeret og at der var behov for efterfølgende behandling. Desuden er der en del rejsende der har været udsat for smitte med rabies, som har søgt lægehjælp, men trods dette ikke har modtaget korrekt PEP. En undersøgelse af langtidsudstationerede udsat for dyrebid viste at kun 69% overvejede muligheden for PEP og kun 24-30% fik korrekt behandling (2). En nylig publiceret tysk spørgeskemaundersøgelse viste at kun 35% af forretningsrejsende og 40% af charterturister bliver informeret om rabies i forbindelse med rejserådgivning. Derimod bliver næsten alle langtidsrejsende informeret. I forbindelse med en enkelt case gav 49% af rejserådgiverne utilstrækkelig rådgivning omkring PEP (3).

Rabies er en akut hjernebetændelse forårsaget af et lyssavirus tilhørende familien rhabdoviridae. Der findes flere genotyper af lyssavirus med forskellig geografisk udbredelse og reservoir (Tabel 1). Klassisk sylvatisk rabiesvirus (genotype 1) forekommer på alle konti-

nenter undtagen Antarktis og langt de fleste humane tilfælde af rabies skyldes dette virus. I Danmark forekommer kun European Bat Lyssavirus (EBLV) type 1 hos flagermus. En række lande er erklæret rabies-fri, nogle med forbehold for forekomst af lyssavirus hos flagermus (Tabel 2). Globalt er der ca. 60.000 rabies dødsfald årligt, hvoraf halvdelen forekommer alene i Indien. Omkring 40% af tilfældene er blandt børn i alderen 5-14 år.

Et pattedyr med rabies udskiller rabies i spyt og samtidig ændrer det adfærd p.g.a hjernebetændelsen og kan finde på at angribe uprovokeret. Dyrebid er langt den hyppigste smittevej, men smitte kan også ske ved slik på åbne sår eller ved forurening af slimhinder med spyt (kategori III eksposition). Personer der har haft fysisk kontakt med en flagermus skal betragtes som værende eksponeret for rabies også selvom de ikke har mærket et bid og der ved objektiv undersøgelse ikke kan påvises bidmærker. Tilfælde med kradsemærker uden blødning eller hvor man blot bliver nappet på udækket hud regnes som moderat eksposition (kategori II smitte). Der er ingen smitterisiko ved at fodre eller klappe et rabiat dyr eller blive slikket på intakt hud (kategori I smitte). Alle pattedyr kan overføre rabies, men > 90% af humane tilfælde skyldes hundebid. Næsthypigst er abe- og kattebid. Det er estimeret at omkring halvdelen af alle børn er blevet bidt af en hund i deres liv, ofte i hoved, ansigt eller på halsen. I Indien er omkring 2% af befolkningen udsat for hundebid årligt. I Thailand er 5-6% af omstrejende hunde smitte med rabies. 0,1% af rejsende er udsat for dyrebid under udlandsophold og i Nepal modtager 0,4/1000 rejsende /måned PEP. I 2005 var 83% af danskere der modtog



Genotype	Virus	Kilde	Udbredelse
1	Klassisk rabies virus	Hund, ræv, vaskebjørn o.a.	Verdensomspændende
2	Lagos bat virus	Spidsmus, kat	Afrika (sjældent)
3	Mokola	Insektædende flagermus	Afrika
4	Duvenhage	Insektædende flagermus	Afrika (sjældent)
5	European bat lyssavirus type 1	Insektædende flagermus	Holland, Danmark, Tyskland, Polen, Ungarn, Rusland, Frankrig
6	European bat lyssavirus type 2	Insektædende flagermus	Holland, Storbritannien, Tyskland, Ukraine, Schweiz
7	Australien bat lyssavirus	Insekt- og frugtædende flagermus	Australien, Filippinerne?

Tabel 1: Udbredelse af og reservoir for forskellig lyssaviridae.

PEP eksponeret i udlandet, primært Thailand. Det er således ikke sjældent at rejsende udsættes for mulig smitte med rabies. Inkubationstiden for rabies kan variere fra mindre end en måned til over et år. Ved bid i ansigt eller på hals tæt på CNS er inkubationstiden kort og tilsvarende længere ved bid i foden. Der kan være prodromer i form af paræstesier eller smerter svarende til såret, feber, utilpashed, anoreksi samt kvalme og opkastninger. Den akutte CNS-infektion viser sig enten som eksitativ- eller paralytisk rabies. Den eksitative form er den hyppigste og karakteriseres ved hallucinationer, bizar opførsel, angst, agitation, bider, hydrofobi, autonom dysfunktion inklusiv spyttflod og SIADH. Paralytisk rabies viser sig ved ascende-

rende slap paralyse og kan forveksles med Guillian-Barré Syndrom. For begges vedkommende er varigheden 2-7 dage. Mortaliteten er tæt på 100% og stort set alle der har udviklet rabies dør indenfor 14 dage. Der er kun kasuistiske meddelelser om overlevelse efter rabies.

■ FOREBYGGELSE AF RABIES HOS REJSENDE KAN FOR ALLE PRAKTISKE FORMÅL OPDELES I

1. Præekspositions profylakse: Information, rådgivning og evt. vaccination før mulig risiko for udsættelse for smitte med rabiesvirus.
2. Postekspositions profylakse: Sårbehandling, vaccination og evt. administration af rabies-immunglobulin efter mulig eksposition for rabies.

Den første vaccine mod rabies blev udviklet af Louis Pasteur i 1985. Joe Meister, en ni-årig dreng, der var blevet bidt af en rabiatt hund to dage tidligere var det første menneske der blev vaccineret. Han overlevede mirakuløst. Pasteur's vaccine var udvundet fra kanin rygmarv og globalt findes fortsat rabies-vacciner baseret på nervevæv. Disse bør dog undgås da ca. 1:200 af personer vaccineret med disse udvikler encephalitis. Moderne rabies vacciner er dyrket på diploide humane cellelinier og er inaktiverede. Der findes flere på markedet, som alle må betragtes som værende ligeværdige. Alle rejsende der tager til rabies endemiske områder bør informeres om risikoen for rabies. Dette gælder også forretningsrejsende og charterturister. Unødvendig kontakt med dyr bør undgås. I tilfælde af dyrebid eller anden mulig eksposition for rabies bør de snarest søge lægehjælp. Personer der anbefales vaccination mod rabies omfatter: 1) laboratoriepersonale der forventes at håndtere rabies inficeret materiale, 2) personer der i kraft af deres arbejde i rabies endemisk område forventes at have særlig risiko (veterinærer, zoologer), 3) sundhedspersonale der forventes at få tæt kontakt med rabies-patienter, 4) børn der skal opholde sig i rabies endemiske områder i længere tid og 5) personer der rejser eller opholder sig i længere tid i rabies endemiske områder hvor der ikke forventes at være rabies immunglobulin eller vaccine tilgængeligt eller hvor nærmeste vaccinationssted ikke kan nås indenfor 1-2 døgn. Primær vaccination består af tre doser, 1 ml, givet intramuskulært i m. deltoideus dag 0, 7 og 28. Dosis til børn og voksne er



Fig. 1: Hundehvalpe i en bjerglandsby i Nordthailand. Søde, men måske farlige.

den samme og vaccinen kan gives fra fødslen. Da klorokinfosfat hæmmer immunresponset på rabies-vaccinen bør dette ikke tages samtidig. Herhjemme anbefales en booster efter 1 år og herefter hvert 5 år for at bevare beskyttelsen. Alternativt kan man kontrollere antistof-niveau. I USA anbefales ingen booster medmindre man bliver eksponeret for rabies. Det er relativt dyrt at blive vaccineret mod rabies, over 2.000 kr., og der er næppe tvivl om at hvis det var billigere ville langt flere blive vaccineret. Det er vigtigt at rejsende der er vaccineret mod rabies er informeret om at de forsat skal søge lægehjælp i tilfælde af eksposition for rabies, da der er behov for yderligere vaccination.

I tilfælde af dyrebid bør den rejsende så hurtigt så muligt søge lægehjælp. Det kan være en fordel at kontakte rejseforsikrings-selskabets alarm-central og få vejledning om hvor man evt. skal tage hen. Såret skal vaskes med vand og sæbe og efterfølgende desinficeres det med 2,5% iod-spiritus eller andet virus-dræbende stof. Rejsende, der ikke tidligere er vaccineret mod rabies, skal have enten human rabies immunglobulin (HRIG) 20 IU /kg eller equine rabies immunglobulin (ERIG) 40 IU/kg. Så meget som anatomisk muligt infiltreres i såret for at neutralisere rabies virus, inden det kan binde sig til nerver. Resten gives i.m. et andet sted end vaccinen. Rabies immunglobulin er dyrt, har begrænset holdbarhed og kan være svært at fremskaffe i mange områder i verden. Desuden opstartes en vaccinationsserie bestående af 5 doser givet dag 0, 3, 7, 14 og 28. I tilfælde af flagermusebid gives en sjette



Fig. 2: Hunde i Bangkok med et rødt mærke i halsbåndet, der viser at de er vaccineret mod rabies.

dosis dag 90. Rabies immunglobulin bør ikke gives mere end syv dage efter påbegyndt vaccination. Dels er personen på det tidspunkt serokonverteret og dels kan det hæmme immunresponset på de resterende vaccinedoser. Personer der tidligere er vaccineret mod rabies skal ikke have rabies immunglobulin, men der er forsat behov for at give en booster-serie. Hvis de er vaccineret indenfor 2 år gives 2 doser dag 0 og 3, men hvis det er mere end 2 år siden gives 3 doser dag 0, 3 og 7. Det skal understreges at graviditet ikke er en kontraindikation mod PEP. Der er ved korrekt administreret PEP kun set svigt i 1:1.000.000 tilfælde.

PEP bør opstartes så hurtigt som muligt, men det er aldrig for sent. En rejsende der henvender sig flere uger eller måneder efter et dyrebid i udlandet, bør således stadig tilbydes PEP, medmindre vedkommende allerede har udviklet rabies. Hos rejsende der er påbegyndt vaccination i udlandet forsætter man blot vaccinationsserien. Moderne rabies vacciner regnes som ligeværdige og man kan færdiggøre en vaccinationsserie med et andet fabrikat end det der er givet initielt. Kan man ikke få tilstrækkelige oplysninger om hvad der er administreret af vacciner i udlandet bør man starte forfra. Man kan opleve at der er anvendt andet

Region	Lande
Afrika	Cape Verde, Libyen, Mauritius, Réunion, São Tome & Principe og Seychelles
Amerika	Nord: Bermuda, St. Pierre og Miquelon Caribien: Antigua & Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Cayman Islands, Dominikanske republik, Guadeloupe, Jamaica, Martinique, Montserrat, Hollandske Antiller, Saint Kitts (Saint Christopher) & Nevis, Saint Lucia, Saint Martin, Saint Vincent and Grenadines, Turks and Caicos, Jomfruøerne. Syd: Uruguay
Europa	Belgien, Danmark ² , Finland, Frankrig ² , Gibraltar, Grækenland, Island, Irland, Isle of Man, Italien, Luxemburg, Malta, Holland ² , Norge (hovedland), Portugal, Spanien ² (undtagen Ceuta/Melilla), Sverige, Schweiz og Storbritannien ²
Asien	Armenien, Cypern, Hong Kong, Japan, Kuwait, Libanon, Malaysia (Sabah), Qatar, og Singapore
Oceanien	Australien ² , Cook Islands, Fiji, Fransk Polynesien, Guam, Hawaii, Kiribati, Mikronesien, Ny Caledonia, New Zealand, Palau, Papua New Guinea, Samoa, og Vanuatu

Tabel 2: Lande der er rapporteret rabies fri. (Kilde: www.cdc.gov)

regime i udlandet end det der anbefales i Danmark.

Mistanke om rabies kan afkræftes hvis indeks dyret enten kan observeres og forsat er i live efter 10 døgn eller hvis dyret aflives og findes negativ for rabies af et pålideligt laboratorium. I sådanne tilfælde kan en påbegyndt vaccinationsserie afbrydes. Mange steder i verden bliver hunde vaccineret mod rabies, men man kan ikke stole på at dyret er beskyttet og oplysninger om vaccination bør ikke påvirke beslutningen om at give PEP (Fig. 2).

Sammenfattende kan man konkludere at rabies dødsfald hos rejsende nemt kan forebygges og oftest skyldes

uvidenhed hos både den rejsende og rejserådgiveren.

Ja – man kan dø af dårlig rejserådgivning!

■ NOTER

1 Flagermus lyssavirus kan eksistere i visse områder der er rapporteret fri for rabies i andre dyr.

2 Flagermus lyssavirus findes i disse områder, der er rapporteret fri for rabies i andre dyr.

3 Det meste af Stillehavs Oceanien er rapporteret rabies fri.

■ REFERENCER:

1. Solomon T; Marston D; Mallewa M

et al: Paralytic rabies after two week holiday in India. *BMJ* 2005; 331; 351-353.

2. Hazt CF; Bideaux JM; Eichenberger K; Mikulics U and Junghanss T: Circumstances and management of 72 animal bites among long-term residents in the tropics. *Vaccine* 1997; 13; 811-815.

3. Ross S, Wolters B, Viazov S and Roggendorf M: Awareness of rabies risk and knowledge about preventive measures among experienced german travel health advisors. *Journal of Travel Medicine* 2006; 13; 261 – 267.

Kursus i rejsemedicin i Danmark 2007

Formål og indhold: Formålet er at sætte kursisterne i stand til give individuel rejserådgivning på baggrund af kendskab til den rejsendes helbredstilstand, rejserute og formål med rejsen.

Der vil på kurset blive gennemgået rejserrelevante sygdomme, der kan forebygges ved vaccination samt malaria og andre tropesygdomme. Der vil være indlæg om hudmanifestationer i forbindelse med udlandsophold, seksuelt overførte sygdomme, dykkermedicin, højdemedicin, flyvemedicin, bid og stik, rejseforsikring, rejsemedicin på Internettet, rejsende med kroniske sygdomme, børn og gravide, rejsende med immundefekter samt risikovurdering og risikoadfærd.

Undervisningen vil overvejende foregå på dansk, men der vil være enkelte lektioner, der bliver holdt på engelsk.

Målgruppe: Praktiserende læger, speciallæger og yngre læger med interesse for rejsemedicin. Sygeplejersker der varetager vaccination og rejserådgivning.

Form: Eksternat med dagforplejning.

Kursusledelse: Steen Villumsen og Carsten Schade Larsen.

Undervisere: Ekspertter fra ind- og udland.

Tid: Mandag den 23. april til onsdag den 25. april 2007, kl. 08.30-16.30.

Sted: Pfizer, Lautrupvang 8, 2750 Ballerup.

Kursusafgift: 2.000 kr. for medlemmer og 2.300 kr. for ikke-medlemmer af Dansk Selskab for Rejsemedicin.

Kursussekretær: Lisbeth Conrad, Infektionsmedicinskafdeling Q, Skejby Sygehus, Brendstrupgårdsvej 100, 8200 Århus N.

Telefon: 89498335, fax: 89498360.

e-mail: lcd@sks.aaa.dk.

Tilmelding: Snarest, men senest torsdag den 15. marts 2007. Kurset forventes godkendt af efteruddannelsesfonden for tre kursusdage.

Sponsorer: GlaxoSmithKline, Pfizer



Sygdom og helbredelse i et muslimsk land

■ Af: Lise og Steffen Jarlov, almen praksis Hillerød

Tyrkiet 3. september til 16. september 2006 arrangeret af Dansk Etnomedicinsk Selskab, DEMS.

Formålet med kursus var at give de deltagende læger indsigt i sygdom og helbredelse i Tyrkiet. Dette i lyset af at der i Danmark bor en stor gruppe af tyrkere og den lægelige kontakt med dem jævnligt giver anledning til en oplevelse af at vi gensidigt ikke altid forstår hinanden, uden at det alene drejer sig om sproglige problemer.

Det var tillige hensigten at opnå større forståelse for den sociale og den kultu-

relle baggrund, samt viden om sundhedsstrategier i Tyrkiet.

Tyrkerne i Danmark kommer hovedsageligt fra landsbyer på Den Anatolske Højslette syd for Ankara.

Deltagerne var 8 praktiserende læger og 2 praktiserende speciallæger samt sekretæren i DEMS antropolog Caspar Sutton, der tillige er direktør i Trekkingbureauet og fungerede som rejseleder.

Før afrejsen var der en fuld kursusdag hvor en dansk religionshistoriker og en herboende tyrkisk kultursociolog

indførte os i islams tankeverden og tyrkernes kulturelle baggrund og deres situation som indvandrere i dagens Danmark. Indholdet af denne dag var en værdifuld og brugbar inspiration til inden afrejsen selv at søge yderligere informationer omkring islam.

Vores kontakt med det tyrkiske sundhedssystem fandt sted i isole-rede landsbyer uden sundhedsfaglige personer, lidt større landsbyer med en enkelt læge, større byer med sololæger og direkte adgang til et specialiseret og veludviklet hospital samt hovedstaden med flerlæge klinikker og universitets-



På vej over Taurus bjergene

hospitaller, sundhedsmyndigheder og talrige privatklinikker.

I landsbyen uden læge var det tydeligt at flere af de voksne beboere ikke havde erindring om at de nogensinde havde været til læge og at landsbyfællesskabet spillede en vigtig rolle for deres generelle trivsel, hvilket vi havde lejlighed til at se udfolde sig i forbindelse med et lokalt bryllup. Flere kronisk syge var tydeligvis uden behandling.

Den praktiserende læge i bjerglandsbyen, var en nyuddannet meget ung kvinde som havde hjælp af en sygeplejerske og en jordemoder. Jobbet i landsbyen var lægen blevet tvangsudsikret til i 1 år på baggrund af lavt eksamensresultat. Kun læger med de højeste eksamener kunne starte direkte på en speciallæge uddannelse i de store byer. Landsbylægen havde nu 1 år til at forberede sig til en test hvis resultat blev bestemmende for om hun skulle have

endnu et ensomt læge år på landet eller kunne komme tættere på byens faglige miljø. Lægen forekom at være fagligt meget isoleret, uden mulighed for vejledning, med begrænset praktisk erfaring og stort arbejdspress.

Lægen i den større by havde mere end 10 års erfaring, virkede engageret med arbejdsglæde og større personaleresourcer og bedre lokaler.

I Ankara besøgte vi en nyopført sundhedsklinik med 5 praktiserende læger, tandlæge, jordemoder og flere sygeplejersker. På denne klinik var vi med i konsultationslokalet og overværede ganske mange konsultationer hos flere læger. Sygeplejerskernes tid syntes langt overvejende at gå med sekretærfunktioner, idet de sad med inde i konsultationelokalet hvor de forestod papirarbejdet, bortset fra selve receptskrivningen, edb findes ikke i almen praksis.

Journalen er et mindre hæfte som pt. selv opbevarer og medbringer, det be-



Teltlejr i 3050 meters højde

står af kopier af tidl. udskrevne recepter med diagnose påført. Herudover kan de indeholde breve fra specialist eller hospital som i kortfattet tekst angiver en diagnose og behandling. Sygeplejersken håndskriver klinikens



På vej over Taurus bjergene

optegnelser som omfatter navn, alder, diagnose, udskrevet medicin og konsultationens løbnummer.

Lægen ser i løbet af en hel arbejdsdag ca. 100 patienter, dvs. 10-15 i timen. Patienten står op hele tiden, og af anvendt udstyr så vi kun stetoskop, otoskop og BT apparat. Blodprøver, lab.us, urinus., ekg. lungefunktionsus. så vi ikke anvendt. Alle receptfornyelser foregår kun ved konsultation evt. ved stedfortræder, f.eks. ved diabetes og hypertension hvor der ikke var snak om sygdomstilstanden men kun om hvilken medicin pt. manglede, det hele var overstået på mindre end 3 min. Vi overværede ikke at en pt. blev viderehenvist, men dette sker i 2%-5% af alle konsultationer. Receptudstedelse afslutter 95% af alle konsultationer. Gynækologi, grav.us, børneus. og vaccinationer er ikke lægens arbejdsområde. Psykosociale problemer oplevede vi kun sparsomt berørt, vi hørte intet til forebyggende livsstilssamtaler. Der anvendtes en del bredspektret antibiotica, smertende penicillininj. til børn med rød hals og let temp.forhøjelse. Vi oplevede ikke at lægen havde et personligt kendskab til pt. som kunne benytte hvilken som helst læge i hele landet, tidsbestilling var ikke mulig, patienterne mødte op og trak et nummer.

På hospitalerne hvor alle ligeledes kan henvende sig direkte fra gaden var ambulatorierne også præget af travlhed, lange ventekøer, trængsel i undersøgelseslokalerne, sparsom diskretion og uden mulighed for patienterne til af vælge lægens køn. Halvdelen af lægerne var kvinder. Teknisk virkede hospitalet afdelingerne veludstyret og udstyret syntes at blive brugt. På det gynækologisk-obstetriske hospital som vi besøgte i Ankara var der mere end 1000 ambulante patienter pr. dag og 35.000 fødsler om året. Lægerne virkede veluddannede, vestligt orienterede, engagerede og fagligt kompetente, flere var engelsktalende. Også her var arbejdsbyrden stor.

Vores besøg i landsbyerne foregik i de sydlige Taurusbjerge hvor vi vandrede fra sted til sted med overnatning i teltlejre og primitive landsbyhuse overalt omgivet af en uendelig smuk natur og med sol hver dag. Vandringen bragte os op over et pas i 3450 meters højde,



Patientjournal



Tyrkisk og dansk læge med tolk



Lægeklinik protokol

hvilket stillede ikke helt ubetydelige krav til vores personlige udstyr, kondition og udholdenhed, belønningen herfor blev en storslået naturoplevelse. Den tyrkiske befolkning var overalt præget af stor hjælpsomhed, venlighed og positiv interesse for os.

Hjemkommet til Danmark medbringer vi indtrykket af et geografisk stort og meget varieret land, med stor spredning i sundhedstilbud fra landsby til storby. En positiv befolkning der meget gerne ser Tyrkiet som medlem af EU. Et land hvor der er tydelig adskillelse mellem religion og stat. 90 % af befolkningen er muslimer, men Islam indgår ikke synligt i sundhedsarbejdet. Praktiserende læger med stort arbejdspress, kort tid til hver patient, ingen kontinuitet i patientkommunikationen, sparsomt udstyr, alt i alt arbejdsvilkår som danske læger ikke vil finde tilfredsstillende, og hvor vi ikke ville have mulighed for at anvende en væsentlig del af vores uddannelse.



Konsultation med stående patient

At herboende tyrkere ibland ytrer utilfredshed med almen praksis i Danmark kan vi ikke forstå ud fra de faglige tilbud i almen praksis i Tyrkiet.

Hvis de altid forventer en hurtig og sikker diagnose efterfulgt af en recept, vil de ikke sjældent blive skuffede.



Venteko

Kursus i international rejsemedicin Namibia/Botswana 2006

■ Af: Carsten Schade Larsen

Et af formålene med at afholde kurset i udlandet er at bringe deltagerne ud i områder hvor de selv risikerer at få malaria eller andre eksotiske sygdomme for ikke at glemme det hyppigste – rejsediarré. At have mærket på egen krop hvordan det er at opholde sig i troperne, tage malariapiller, beskytte sig mod myggestik med myggebalsam og myggenet og måske haft fornøjelsen af at være ramt af et maveonde giver en uvurderlig ballast når man selv efterfølgende praktiserer rejserådgivning. Samtidig giver det mulighed for at besøge lokale sygehuse og se sygdomme, som vi sjældent ser under hjemlige himmelstrøg og få undervisning af lokale læger, som har stor erfaring med behandling af disse. Når dette kombineres med teoretisk undervisning i rejsemedicinske emner, indsigt i andre kulturer og store naturmæssige oplevelser går det hele op i en højere enhed. Endelig skal man ikke glemme det sociale samvær med gode kolleger og deraf følgende, på godt dansk, "networking".

Årets destination(er) Namibia og Botswana, som er nogle af de lande, som er hårdest ramt af HIV/AIDS epidemien, levede helt op til kravene. Transmission af malaria forekommer i de nordlige dele af landene i regntiden fra november til maj/juni. Dog er der transmission hele året rundt i Okavango-deltaet. Rejseruten var derfor planlagt således at der var to overnatninger i teltlejr i sumpene netop der.

I lighed med forrige år blev der afholdt et forberedelseskursus i praktisk/teoretisk tropemedicin i parasitologisk laboratorium, infektionsmedicinsk afdeling Q, Skejby sygehus. Udover en teoretisk gennemgang af de vigtigste trematoder, intestinale protozoer og nematoder samt screening af den hjemvendte, gav det deltagerne mulighed for med egne øjne at se hvordan diverse ormeæg og cyster og ikke mindst malariaparasitter ser ud i et mikroskop.

Flyveturen gik med Lufthansa fra Kastrup via Frankfurt til Johannesburg, hvor holdet blev modtaget af vores guide Henrik Annesen, to piloter og et ventende charterfly, som skulle være vores faste holdepunkt den følgende uge (Fig. 1). Vi erfarede at selvom man har privatfly og personligt bærer bagagen ud til flyet skal man stadig gennem det obligatoriske sikkerheds-check. En enkelt måtte pænt aflevere en proptrækker ligesom der var problemer med et fotostativ, der til forveksling lignede et maskingevær – eller hvad? Det lykkedes dog undertegnede at få min multifunktionelle victorinox-kniv gennem diverse check under resten af turen.

Lidt overraskende var der kraftig regn samt lyn og torden da flyet efter få timer landede i Hosea Kutako International airport udenfor Windhoek. Faktisk så kraftig at vi blev siddende et stykke tid i flyet før vi hastede ind til ankomsthallen mens vores bagage blev transporteret ind i af – ja hvorfor ikke – en ambulance. Hvorfor vi ikke måtte lande i Eros Airport, som lå lige bag hotellet fandt vi aldrig ud af. Straks ved ankomsten til Hotel Safari optrådte Mads Buhl, som var kursus-

leder og halvdelen af de hjemmefra medbragte undervisere, i indpisker rollen. Så deltagerne fik traditionen tro et kvarter til at indkvartere og nette sig efter den lange rejse inden der blevet taget fat på den teoretiske rejsemedicinske undervisning.

Næste formiddag var der besøg på Katutura Central Hospital, der med ca. 830 senge er det største hospital i Namibia (Fig. 2). Hospitalet har navn efter et nærliggende "township" og kunne omgivet af et højt hegn med pigtråd godt umiddelbart give associationer til et fængsel. Selvom vi kunne fremvise en skriftlige aftale, virkede det som om besøget af en snes danske læger var lidt uventet. Personalet var dog meget imødekommende og efter en kort ventetid, hvor vi kunne følge aktiviteterne i akut modtagelsen, fik vi en rundvisning på hospitalet. De største helbredsmæssige problemer var ikke overraskende HIV, tuberkulose og malaria. En hollandsk læge oplyste at der var ca. 8.000 patienter tilknyttet HIV-ambulatoriet og de regnede med ca. 2.000 nye patienter hvert år. Prævalensen af HIV-infektion hos voksne i Namibia er omkring 20%. Patienterne



Fig. 1: Ombordstigning i charterflyet i Johannesburg lufthavn.



Fig. 2: Katutura Central Hospital, Windhoek, Namibia

har mulighed for at få antiretroviral behandling. I regnsæsonen ser man på hospitalet 10-15 malariatilfælde dagligt. Dette var lidt uventet da Windhoek er beliggende ca. 1.600 m.o.h. og ikke i den nordlige del af Namibia, så de fleste tilfælde må være importeret fra andre områder af landet. Trods risiko for klorokin-resistens, var klorokin dog stadig førstevalg til behandling af malaria. En smart ting var en kombinationstablet til behandling af tuberkulose indeholdende rifampicin, isoniazid, pyrazinamid og ethambutol, så patienterne kun skulle have medicin én gang i døgnet og kun et mindre antal tabletter afhængig af vægt. Der har nylig været en polio epidemi i Namibia med 34 mistænkte tilfælde, hvoraf syv er døde. Det første tilfælde blev konstateret i maj 2006, hvor der blev påvist vild poliovirus type-1. Epidemien er dog bragt til ophør ved hjælp af en øget indsats med vaccination. Derfor var der (desværre) ikke aktuelt nogen patienter

indlagt med akut slap parese. Man kan ikke undgå af at blive imponeret af den store indsats der bliver gjort for få og beskedne midler. Alle afdelinger virkede velorganiserede og der var rent og ryddeligt. Faktisk var det lige før der var mere rent end på et dansk hospital (kom igen ISS!), hvis man lige så bort fra den store bunke plastiksække med hospitalsaffald, der lå bag hospitalet. På vej til Rhino Catholic Hospital, et katolsk privat hospital i Windhoek, stoppede bussen i det ovennævnte "slumkvarter" Katutura. Boligstandarden var dog betydeligt højere end hvad man kan se i andre afrikanske lande. Desuden kunne man, i modsætning til i Sydafrika, gå rundt uden at frygte at blive overfaldet og slået ned hvert øjeblik det skulle være. Tværtimod var befolkningen smilende og stillede gerne op til fotografering. Faktisk fik hele gruppen lov til at komme ind i et af husene og se hvordan en lokalfamilie boede. Flere steder så man herero kvinder iført deres typiske kjole og hovedbeklædning (Fig. 3). Der er omkring 120.000 tilbage af herero-stammen, som oprindeligt var kvægnomader, i Namibia, Botswana og Angola. Det katolske privathospital havde overvejende kirurgiske patienter og rådede over et relativt veludstyret intensivt afsnit med 3-4 senge og pæne operationsstuer, men der var ikke rigtig nogen spændende tropemedicinske patienter at se. Når man kørte rundt i Windhoek kunne man ikke undgå at glædes over de smukke Jacaranda træer der stod i fuldt flor med lilla blomster. Tilbage på hotellet var der igen teoretisk undervisning inden dagen blev



Fig. 3: Herero-kvinde foran sit hus.

sluttet af med sen middag på Restaurant Joe's Beer Room, hvor man kunne få alt fra gemsbok til krokodille kød skyllet ned med en velfortjent øl.

Tidligt næste morgen gik turen videre med fly til den nordlige del af Namibia. Dog med en afstikker til Namib-ørkenen, som Namibia har fået sit navn fra. Ud af vinduerne kunne vi betragte det vidstrakte og tiltagende gølge landskab. Først efter at have fløjet lavt ned over landingsbanen for at jage evt. vildt væk satte flyet hjulene ned i Sossusvlei National Park. Fra landingsbanen var der ca. 60 kilometers kørsel, hvoraf de sidste 5 kilometer kun kan/må forceres i firehjulstrækker, før man når Sossusvlei. En "vlei" er et dødt søleje. Vi blev mødt af et helt fantastisk landskab med kontrasten mellem den kraklede tørkeramte hvide overflade med de karakteristiske døde kameltornetræer mod de op til 300 meter høje røde sandbanker (Fig. 4). Solstik og dehydrering var nogle af de risici man måtte løbe under en vandretur i sandet med et forsøg på at bestige en af klitterne. Selv i dette gølge landskab sås mange dyr og fugle. Efter denne fantastiske naturoplevelse gik turen direkte til Ondangwa, hvor vi blev indlogeret på Ondangwa Pandu Hotel hvor endnu en dag blev sluttet af med teoretisk undervisning. Der var dog initielt problemer med at få strøm til den medbragte AV-projektor og bærbare computer, men det lykkedes til sidst med "de for hånden værende søms princip" samt en adapter og et gummibånd. Om natten regnede og tordnede det og man kunne ligge og lytte til regnens trommen på taget.

Oshakati ligger ca. 35 km nordvest for Ondangwa. På vejen dertil blev der indkøbt myggebalsam og insektspray i det lokale supermarked i Ondangwa til den forstående tur ud i sumpene. Oshakati Central Hospital er det næststørste i Namibia og råder over ca. 700 senge og mange ambulante aktiviteter med alt fra mor-barn- til øjen-ambulatorium. HIV, tuberkulose og malaria var ligeledes her de dominerende problemer, men også diarré-sygdomme var almindeligt. Skønt vores umiddelbare indtryk var at befolkningen i Namibia var meget venlig og fredelig, var noget af det man hyppigst så i skadestuen alligevel knivstik og skudsår, dog oftest



Fig. 4: Sossusvlei National Park

associeret med alkoholindtagelse. Selvom det var udenfor regntiden var der enkelte patienter indlagt med malaria, bl.a et mindreårigt barn (Fig. 5). Hundredvis af ambulante patienter sad tålmodigt rundt omkring både inden og udenfor og ventede på at det blev deres tur med en helt anden indre ro end vores hjemlige stressede danske patienter.

En af de ansatte på hotellet havde indvilget i at vi kunne besøge hans landsby og senere samme aften en lokal bar. Familien boede forsat i lerklinede hytter og blikskure, men var ved at opføre et stenhus, som de var meget stolte af. Madlavningen forgik over bål. Det må være lidt underligt at arbejde på et hotel med indlagt el og vand og øvrige moderne bekvemmeligheder hele dagen og så ved fyraften at tage hjem i sin lerhytte.

Efter mørkets frembrud og den obligatoriske undervisning gik det af små grusveje til en lokal bar indrettet i et blikskur hvor en ghetto-blaster fyldte rummet med rytmisk musik. I et forsøg på at trække kunder til skruede nabobarerne op for musikken. Udenfor kunne man spotte sydkorset på den stjerneklare himmel.

Næste dag var der udflugt til Etosha National Park, som strækker sig over et areal på ca. 22.000 km², er omgivet af et 800 km langt hegn og hjemsted for over 100 pattedyrarter og 340 fuglearter.. Parken blev åbnet i 1907 og kan fejre 100 års jubilæum næste år. Etosha betyder "stort hvidt sted", hvilket hentyder til Etosha pan, som er en stor saltslette, der udgør næsten 25% af arealet.

Efter kun 30 minutters flyvning landede vi på en "air-strip" ved Mokuti

Lodge og steg direkte fra flyet over i en safari-lastbil.

Da det nyligt havde regnet var der ikke ligeså mange dyr ved vandhullerne som vanligt, men trods dette bød rundturen i parken på et rigt dyreliv og kursisterne fik taget hundredvis af dyrebilleder med de medbragte digital-kameraer med zoom-linser. Frokosten blev indtaget i bilen mens vi

fulgte sceneriet ved et mindre vandhul. Flere zebraer, springbukke og en enkelt giraf kom hen for at drikke (Fig. 6). Selv tre af de ellers så sky kuduer kom frem fra deres skjul mellem træerne for at slukke tørsten.

Tilbage på Pandu Ondangwa Hotel var "eleverne" igen på "skolebænken" før det blev tid at forberede næste dags afrejse til Botswana.

Maun, Botswana, er indgangsporten til Okavango-deltaet, som med et areal på ca. 15.000 km² er verdens største indlandsdelta. Okavango-floden har sit udspring i højlandet i Angola og løber ud i Kalahari ørkenen. Man kan med rette sige at "det hele løber ud i sandet". Man har bevidst valgt at der ikke fører asfalterede veje ind i området og at alt foregår på de vilde dyrs præmisser. Der var fremskaffet en generator til turen ud i sumpene, men det viste sig at det ikke var tilladt at anvende den p.g.a. støjen.

Et par at deltagerne havde valgt at blive på Riley's Hotel i Maun. For resten



Fig 5: Barn med malaria på børneafdelingen, Oshakati Central Hospital



Fig 6: Et vandhul i Etosha National Park



Fig 7: En flok flodheste passeres i Mokoro.

af deltagerne gik turen fra Maun Airport til den nærliggende Audi Camp. Man må endnu engang forbløffes over hvor mange danske praktiserende læger der kan være i én Toyota HiAce. Efter en kort frokost, indkøb af drikkevarer til to dage og opmagasinerung af det meste af bagagen gik turen videre med en kæmpe stor mutation af en 4-hjulstrækker. Telte og øvrigt udstyr var læsset på en stor trailer, der var spændt efter bilen. Underviserne måtte med sorg i sinde efterlade deres trofaste bærbare computere og AV-projektoren, da der alligevel ikke var

nogen strøm i telt-lejren, men også af frygt for at det elektroniske udstyr for evigt skulle gå tabt i Okavango-flodens vande.

I to timer gik det over stok og sten ad den mest ujævne grusvej og på tværs af Okavango-floden. På vejen passerede vi flere landsbyer hvor lokale beboere, som skulle være guider/hjælpere på turen steg på. Så der var ganske mange personer med 4-hjulstrækkeren inden den endelig standsede ved det sted hvor mokoro'erne lå og ventede på os. En mokoro er en kano groft udhugget af en træstamme og

lad mig straks konkludere at de er ikke beregnet til at bære to let overvægtige praktiserende læger med drikkevarer og oppakning til to dage. Det tog et stykke tid at få læsset telte og udstyr ombord samt få fordelt deltagerne på passende måde i mokoro'erne.

Det var en fantastisk oplevelse at glide gennem det stille vand omgivet af vand-liljer og den vilde natur med elefanter i det fjerne mellem træerne. På vejen passerede vi forbi en flok flodheste og med en hvis legemsdel i vandskorpene og knap 1 cm's frihøjde var det ikke uden en hvis spænding (Fig. 7). Det forlød at en svensk øjenlæge var blevet dræbt af en flodhest og efterfølgende ædt af krokodiller året før.

Guiderne fik imponerende hurtigt etableret teltlejren (Fig. 8) samt et primitivt brusebad og "toilet". Det var en helt speciel følelse at sidde omkring lejrbalet medens mørket sænkede sig over Okavango-floden og lytte til frøernes kvækken og flodhestenes prusten. I løbet af natten kunne man høre nogle elefanter passere tæt forbi teltlejren.

Da vi vågnede næste morgen ved solopgang var der allerede lavet toast, røræg og stegt bacon over bålet. Efter morgenmaden blev vi delt i to hold og begav også ud på en vandretur i den vilde natur ledsaget af to ubevæbnede guider. Det er helt anderledes at se dyrene til fods end at betragte dem fra en safari-bil og man føler sig pludselig meget lille (Fig. 9). Der var mange elefanter og guiderne havde tydeligvis meget respekt disse. "Elephants are one of the dangerous animals" oplyste en af guiderne da vi var kommet for tæt på en enlig elefant, der kom frem fra træerne og viftede advarende med ørerne. To gode rejseråd er: Hvis du møder en løve så stå bomstille og håb på at den ikke er sulten, men hvis du møder en elefant så løb alt hvad du kan ind mellem træerne. Vi erfarede senere at en 34-årig engelsk mand kort tid før var blevet dræbt af en elefant på sin bryllupsrejse til Tanzania. Det gav da også et gib i maven da vi stødte på løvespor i sandet og efterfølgende forsatte ind i det høje græs. Tilbage i lejren var der tid til undervisning bl.a. om slangebid og andre giftige dyr. Senere på dagen valgte nogen at se nærmere på flodhestene fra Mokoro'erne og andre at tage en ny



Fig 8:
Teltlejren i
Okavango-
deltaet.

vandretur under den bagende middagssol.

Aftenen sluttede af med at guiderne optrådte med afrikansk sang og dans. Vi forsøgte til gengæld til alles morskab at lære dem nogle danske sanglege.

Så stod solen op over Okavango-deltaet (Fig. 10) og det var tid til at pakke sammen og vende tilbage til civilisationen. Tilbage i Audi Camp gjorde det godt med et varmt bad og skift til rejsetøjet. På vejen til lufthavnen kørte vi forbi Maun General Hospital, som Mads Buhl har været leder af for efterhånden flere årtier siden.

I lufthavnen i Johannesburg var der så tid til at motionere "shoppe-genet", hvilket der ikke havde været meget mulighed for på turen, før det atter gik mod det høje nord.

Mætte af indtryk og oplevelser vendte man hjem til Danmark og kunne konkludere at turen levede fuldt op til forventningerne. Der har været aktiviteter fra tidlig morgen til sen aften hver dag og selvom der var swimmingpool på to af hotellerne var der vist kun en enkelt af deltagerne der nåede at dyppe sig en tidlig morgen. Der er lidt uenighed hvor mange af der nåede at få rejse-diarré, men nogle mener at det nåede



Fig 9: En flok elefanter betragtes under en vandretur.

op på 50%, selvom nogen vistnok snød og tog forebyggende antibiotika. Det skal her indskydes at der ikke var toilet ombord i charterflyet. Uden tvivl bød kurset på store menneskelige og naturmæssige oplevelser, men som den ene halvdel af underviserne vil jeg

beskedent undlade at udtale mig om kvaliteten af den teoretiske undervisning.

Til sidst tak til deltagerne for godt socialt samvær og for en tur, som jeg aldrig vil glemme.



Fig 10: Solopgang over Okavango-deltaet.

Rejsemedicinske udfordringer: Danmark, og specielt Bornholm

■ Af: Klaus Hasager Boss

Hvor ska' vi hen Du? – og tør Du blive herhjemme?

Efter et 2006 med talrige rekorder i meteorologisk forstand må vi forudse at Danmark og måske i særdeleshed Bornholm, bliver det nye tropeferie-paradis. Vi har oplevet en af de varmeste juli måneder med en døgnmiddel temperatur på 21,4 gr C (normalt 16,6 gr C), ligeså flest solskinstimer (373 timer (normalt 222) ud af 400 mulige). August gav mindelser om monsunregnens hærgen med oversvømmelser og maximal regn på 280 mm (normalt 55 mm) trods megen sol også. Og så september igen med en "varmeste nogensinde" rekord! Så jeg iler med en opdateret rejsevejledning med forbehold for de regionale forskelle. De fleste potentielle farer udviser en stor sæsonvariation:

■ "TIL LANDS ..."

Flåten er et tiltagende problem, da Bornholm blev uden ræve i 80'erne og dermed er værtsdyrene såsom rådyr og mus steget i antal. Ifølge eksperter er bestanden af flåter tidoblet siden 1970, sæsonen er maj til september. Et stort antal danskere bliver hvert år bidt af skovflåter, hvor ca. 5-10 pct. har bakterien *Borrelia* i sig. *Borrelia* manifesterer sig hyppigst ved erythema migrans, men kan i værste fald medføre neuroborreliose, typisk visende sig ved parese eller uspecifikke smertetilstande. Derfor er det vigtigt at blive behandlet (Penicillin V ved EM, ved neuroborreliose intravenøst eller eventuelt peroral doxycylin i høj dosis over 3 uger). En vaccine er IKKE tilgængelig. I 2005 fik ca. 150 danskere en alvorlig borrelia-infektion som følge af bid fra skovflåter.

En anden flåtbåren sygdom er Tick-Borne-Encephalitis som er en flavi-virus er anledning til en encephalitis hvoraf 1/3 får bestående mén. I modsætning til smitte med borrelia, hvor man kan nedsætte smitterisikoen ved at fjerne flåten inden for 24 timer, overføres TBE-virus formentlig umiddelbart i

forbindelse med biddet. Forebyggelse kan ske ved at undgå flåtbid samt ved vaccination mod TBE; behandling er udelukkende symptomatisk. Omkring en ud af hver 600 flåtbid kan forventes at resultere i infektion.

Ehrlichia er ligeledes en mulig flåtbåren infektion men betydningen humant er uafklaret.

Der er igen i år konstateret et tilfælde af flåtbåren tularæmi (harepest) på Bornholm (det 3' på tre år).

Tularæmi bør overvejes ved sår på bidstedet, lymfeknudesvulst, muskelsmerter og uforklaret febril sygdom efter flåtbid eller efter kontakt med gnavere og andre vilde dyr, såsom istandgørelse af hare. Behandles med Ciproxin.

Risikoen for flåtbid kan nedsættes ved brug af støvler og lange bukser samt hyppige eftersyn med afbørstning af flåter. Der foreligger ikke dokumentation for, at brug af myggeafvisende midler har nogen effekt.

Hugorme opholder sig primært i skovene, dødsfald hos mennesker, der er blevet bidt af en hugorm, er dog meget sjældne. Normalt opleves et hugormebid på, at det svier og gør ondt samtidig med at stedet omkring biddet svulmer kraftigt op. Normalt forsvinder ømheden og hævelsen efter 8-10 dages forløb, oftest støttet af symptomatisk terapi (immobilisering, antihistamin, eventuelt Prednisolon; obs for sekundær infektion). Der er intet samlet overblik over hvilke sygehuse, der har serum mod den danske hugorm. Sygehuse er ikke glade for at købe modgift, som de sjældent bruger. De risikerer at ligge inde med den så længe, at den må kasseres.

■ "TIL VANDS ..."

Når vejret er varmt og solrigt er risikoen for opblomstringer af blågrønalg som regel størst.

Den trådformede blågrønalge *Nodularia spumigena* har skabt problemer i Østersøen og lejlighedsvist i de nærliggende dele af de indre danske farvande, hvor opblomstringer af algen ses som fnug eller grød i vandet; De rette

vækstbetingelser for *N.s.* er når vandet er omkring 20 °C og saltholdigheden er mellem 5-10 promille. Når vejret er stille samles algerne i overfladen og ved pålandsvind akkumuleres algerne langs strandene. Den producerer giftstoffet nodularin, som er et levergiftstof der i høje koncentrationer kan give udslæt, ildebefindende og maveproblemer ved kontakt som badning.

Den varme sommer med høje badevandstemperaturer har i Danmark medført et antal infektioner med havvandsbakterier inden for slægterne *Vibrio* og *Shewanella*, som er naturligt forekommende i havvand.

Hyppigheden af infektioner er dog størst i subtropiske og tropiske områder. I tempererede områder som Danmark er risikoen for infektion kun aktuel i meget varme somre som i år. De hyppigst påviste arter hos patienter i Danmark er *V. alginolyticus*, *V. parahaemolyticus* og *V. vulnificus*.

S. algae og *S. putrefaciens* er almindeligt forekommende i danske farvande og kendt som forrådnelsesbakterier i fisk.

De fleste humane infektioner er forårsaget af *S. algae*, som kan give øre- og sårinfektioner, evt. med sekundær bakteræmi, især hos personer med svækket immunforsvar.

Smitte med havvandsbakterier sker ved direkte kontakt gennem ikke intakt hud eller ved indtagelse af skaldyr, hyppigst østers, der ikke opvarmes tilstrækkeligt ved tilberedningen.

Badning i indlandssøer og ved åbne strande, kan give anledning til baderdermatitis, også kaldet "swimmer's itch". Tilstanden forårsages af cercarier af non-humane schistosomer, som er ikter.

Svømmefugle er hovedværter for de voksne ikter, som især forekommer i ferskvandssøer. I varme sommerperioder med høj vandtemperatur kan vand-sneglene som mellemværter afgive store mængder cercarier. Cercarierne opholder sig i vandoverfladen, og mennesket betragtes som en "fejl-vært". Sneglene findes fortrinsvis på lavt vand, hvorfor børn er mere udsatte.



Umiddelbart efter badning opleves en prikkende fornemmelse i huden, ledsaget af rødme og et makulært erythem. Hudområder dækket af badetøj går typisk fri. Hudreaktionen kulminerer efter et par dage og svinder spontant inden for en uge.

Tilstanden er ufarlig og må opfattes som irriterende og allergisk. Behandling er udelukkende symptomatisk, fx med antihistamin og lokal-steroid ved udtalte gener. Det tilrådes, at man efter badning i en ferskvandssø straks aftørres sig kraftigt fremfor at lade vandet fordampe fra huden.

Østersøen har ingen problemer med "brandmænd" (gopler), og fjæsingstik er heller ikke noget problem da begge arter opholder sig i salt vand, så man må uden for Sund og Bælter (> 0,8% saltholdighed) for at opleve disse to gener. Fjæsing-stikket inaktiveres lettest ved at holde lokaliteten i varmest muligt vand til reaktionen ophører.

■ "- I LUFTEN ..."

Her har været konstateret fugleinfluenza med dertil hørende karantæne og sikkerhedszone; Danmark og også

Bornholm er mellemlandingspladser for mange fuglearter og trækruterne er primært belastede i marts/april og september/oktober.

Bi- og hvepsestik giver mange gener, men få anafylaktoide og endnu færre med dødelig udgang.

Rabies findes hos flagermus, man bør undgå disse (selv de døde) men bør ikke foranledige immunisering.

■ "- OG I GANEN"

Med hensyn til levnedsmiddelbårne sygdomme adskiller de danske Webergrillende regioner sig vist ikke væsentlig fra hinanden med hensyn til Salmonella (udbredt i animalsk produktion), Campylobacter (typisk fjerkræ), Yersinia (svinekød), Shigella (grøntsager importerede) og E.coli (udbredt human), og måske også udbrud af Grp.A.Streptococcer (humant reservoir, dog sjældent).

Listeriose findes i de fleste rå madvarer. Alle mennesker spiser bakterien fra tid til anden, men kun meget få bliver syge af det. Bakterien vokser ved køleskabstemperatur og bakterien er derfor især et problem i forbindelse

med utilstrækkeligt varmebehandlede eller krydssmittede færdigvarer, såsom charcuterivarer og bløde oste.

Specielt vil jeg lige nævne rejse-ruten til Bornholm, som bør overvejes og planlægges. Hurtigste rute er med færge via Øresundsbroen og Ystad. Som dansker er pas ikke påkrævet men asylansøgere og militært personel i uniform, kan IKKE benytte denne rejserute, men må tage turen via Køge-Rønne.

Turen igennem Sverige kræver i princippet medicin-pas, eventuelle våben skal deklareres og medtagen af husdyr (typisk hund/ kat) fordrer en dyrlægeattesteret ormekur og vaccination, samt begrænser opholdet i Sverige til max. 4 timers transit.

DEBAT & KOMMENTARER (åben for alle medlemmers uensrettede meninger om næsten alt).

Det der gives udtryk for i debat og kommentarer er ikke nødvendigvis et udtryk for bestyrelsens eller redaktørernes mening og bringes på forfatterens eget ansvar. Bemærkninger fra læserne vedrørende emnet vil blive gengivet ordret i den følgende udgave hvis fremsendt til lcd@sks.aaa.dk inden deadline.

Medlems-info

Alle medlemmer opfordres til at sende deres e mail adresse til sekretær Lisbeth Conrad: lcd@sks.aaa.dk

Desuden opfordres alle medlemmer til jævnligt at logge ind på foreningens hjemmeside.

Den vil fremover være mere aktiv, og der vil være mulighed for at stille rejsemedicinske spørgsmål og forhåbentlig få kvalificeret svar på disse spørgsmål.



Redaktionsgruppen for dette nummer er:

Overlæge, dr. med. Carsten Schade Larsen, Infektionsmedicinsk afdeling Q, Skejby Sygehus, csr@sks.aaa.dk
 Overlæge, dr. med. Ida Gjørup, Medicinsk afdeling Q 107, KAS Herlev, idgj@herlevhosp.kbhamt.dk
 Speciallæge i almen medicin Claus Boss, Madvigsgade 3, 3740 Svaneke, bornboss@dadlnet.dk
 Speciallæger i almen medicin Steffen og Lise Jarlov, Hovmosevej 5, 3400 Hillerød, jarlov@dadlnet.dk

Grafisk tilrettelægning: Anette Bonde, www.freelancegrafiker.dk · Næste nummer af nyhedsbrevet udkommer 1.4.2007.