

H. J. D. L. 1987



Canada Diseases

Weekly Report

ISSN 0382-232X

CANADIANA

Rapport hebdomadaire des maladies au Canada

(P3)
APR - 1 1987

Date of publication: March 28, 1987
 Date de publication: 28 mars 1987

Vol. 13-12

CONTAINED IN THIS ISSUE:

Vaccine-Associated Poliomyelitis - Quebec City	51
Poliomyelitis - United States, 1975-1984	53
Announcement	54

CONTENU DU PRÉSENT NUMÉRO:

Poliomyélite vaccinale - Québec	51
Poliomyélite - États-Unis, 1975-1984	53
Annonce	54

VACCINE-ASSOCIATED POLIOMYELITIS - QUEBEC CITY

The following is a report of acute poliomyelitis associated with oral polio vaccine in 2 young adults.

Case No 1: On 29 July 1984, a 25-year-old male was admitted to Sacré-Coeur Hospital, Montreal, for occipital headache and general malaise. Five days prior to admission, he had complained of asthenia, sore throat and feeling feverish, followed by progressive occipital headache, a sensation of stiffness in the nape of the neck and diffuse myalgia, particularly in the lumbosacral region.

The patient's immunization history was vague because he no longer had his record. According to his mother he had received polio vaccine during his first year. Six weeks before onset of symptoms, the patient's 2-month-old son had received his first trivalent oral polio vaccination.

Examination revealed a temperature of 38.5°C and nuchal stiffness. Cerebrospinal fluid analysis showed an elevated white blood cell count ($48 \times 10^6/L$, 64% were neutrophils, 16% lymphocytes and 20% monocytes), increased protein (1.22 g/L) and normal glucose levels.

The day after admission, the patient complained of weakness in his left leg which became progressively worse over the next 3 days. Subsequently both arms were also affected, especially the right deltoid and triceps. The patient suffered no paresthesiae or sphincter involvement. Tendon reflexes were greatly diminished in the lower limbs. Both clinical presentation and an electromyogram indicated spinal motor neuron involvement.

There was little recovery of the right deltoid, iliopsoas or left quadriceps following physiotherapy. Atrophy had occurred in the left quadriceps; however, some strengthening in other muscle groups was noted.

On 8 September 1984, electron microscopy of stool specimens demonstrated viral particles of the picornavirus group and culture grew poliovirus type I. The temperature marker test, the antigenic (McBride) test, and the neutralization (Van Wezel) test done by the Bureau of Biologics, Ottawa, indicated similarity to Sabin vaccine virus. CSF culture showed no growth. Neutralization tests on sera collected 16, 23 and 87 days after onset of illness showed no antibodies to polio 3, no change in antibody titre to polio 2, but a 4-fold increase in antibody titre for polio 1 virus isolated from the patient (1:150 in the first serum and 1:600 in the third).

POLIOMYÉLITE VACCINALE - QUÉBEC

Le présent rapport porte sur 2 cas de poliomyélite antérieure aiguë survenus chez des jeunes adultes, en association avec le vaccin anti-polio oral.

Cas n° 1: Le 29 juillet 1984, un homme de 25 ans est admis à l'hôpital du Sacré-Coeur de Montréal pour céphalées occипitales et malaise généralisé. Cinq jours plus tôt, il s'était plaint d'asthénie, de mal de gorge et de sensation de fièvre, puis de céphalées occipitales progressives, d'une sensation de raideur à la nuque et de myalgies diffuses, localisées surtout à la région lombo-sacrée.

Les antécédents vaccinaux sont imprécis, le malade n'ayant plus son carnet de vaccination. Selon sa mère, il aurait été vacciné contre la poliomyélite au cours de sa première année. Six semaines avant le début de la symptomatologie, le fils du malade - un bébé de 2 mois - a reçu sa première dose de vaccin anti-polio trivalent oral.

L'examen révèle une fièvre de 38,5°C et une raideur de nuque. Le liquide céphalo-rachidien (LCR) présente une augmentation des globules blancs ($48 \times 10^6/L$ avec 64% de neutrophiles, 16% de lymphocytes et 20% de monocytes), une protéinorachie augmentée (1,22 g/L) et une glycorachie normale.

Le lendemain de son hospitalisation, le malade se plaint de faiblesse à la jambe gauche. La parésie empire progressivement au cours des 3 jours suivants, et s'étend aussi aux 2 bras - affectant surtout le deltoid et le triceps droits. On n'observe ni paresthésie, ni troubles sphinctériens. Les réflexes ostéo-tendineux sont très diminués aux membres inférieurs. Les tableaux clinique et électromyographique révèlent tous deux une atteinte des motoneurones spinaux.

La physiothérapie ne permet qu'un faible degré de récupération au niveau du deltoid droit, du psoas iliaque et du quadriceps gauche où l'amyotrophie se précise. On note cependant un renforcement des autres groupes musculaires.

Le 8 septembre 1984, des particules virales du groupe picornavirus sont identifiées dans des selles par microscopie électronique, et le poliovirus de type 1 est cultivé. Le test du caractère génétique "rct", le test de différenciation antigénique intra-typique de McBride, et le test de neutralisation de Van Wezel, tous pratiqués par le Bureau des produits biologiques à Ottawa, démontrent que le virus isolé s'apparente au virus du vaccin Sabin. La culture du LCR est négative. Les épreuves de neutralisation pratiquées sur des sérum prélevés 16, 23 et 87 jours après l'installation de la maladie révèlent l'absence d'anticorps anti-poliovirus de type 3 et le maintien du titre des anticorps anti-type 2; elles démontrent toutefois la présence d'un titre quadruplé d'anticorps contre le poliovirus de type 1 isolé chez le malade (1/150 pour le premier serum et 1/600 pour le troisième).

Second Class Mail Registration No. 5670

Health and Welfare Santé et Bien-être social
Canada Canada

Courrier de la deuxième classe - Enregistrement n° 5670

These findings strongly suggested that oral polio vaccine virus type I was involved in the development of paralytic poliomyelitis in this family contact.

Case No 2: On 7 April 1985, a 19-year-old female was admitted to l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, Quebec City, following progressive weakness of the lower limbs, accompanied by myalgia, fever, headache and vomiting, which had developed over a period of one week.

Her history revealed that she had had an uncomplicated birth of her first child under epidural anaesthesia in December 1984. It was impossible to determine the patient's immunization history. The baby, however, had received its first dose of oral polio vaccine on 11 February 1985.

Clinical examination revealed the patient to be in good general condition. Her temperature was 38.8°C and she had slight neck stiffness. There was a slight degree of flaccid paralysis of the lower limbs, more marked on the left, pain on palpation of the calves, and loss of tendon reflexes (with the exception of the right knee jerk). There was normal sensation, anal tone, and plantar reflexes. The only other abnormal finding was exaggerated reflexes in the upper limbs. Analysis of CSF showed abnormalities, with $653 \times 10^6/L$ white blood cells (93% were mononuclear) and a raised protein level of 0.72 g/L. Glucose value was within normal limits. A presumptive diagnosis of poliomyelitis was made.

Evolution of the neurological problem was slow. The right patellar reflex disappeared, and then reflexes in the upper limbs returned to normal, although a slight weakness appeared in the right deltoid, left wrist extensors and finger flexors of both sides during the following days. Total recovery occurred in the upper limbs, but not in the lower limbs. She was able to walk only for a short distance using small shin braces.

Investigation for polio virus in the CSF and sputum was negative, but the stools were positive. The type 3 strain isolated from the stools at the Laval University Virology Laboratory was sent to the Bureau of Biologics, LCDC in Ottawa, where its vaccine origin was confirmed. The Laval University Virology Laboratory also demonstrated a significant increase in antibodies against this strain by neutralization tests: 1:7 to 1:128 for type 3; 1:64 to >1:81, 1:128 to >1:181, and 0 to 108 for the 3 reference strains (type 1, 2, and 3 respectively). A previous serum taken during the pregnancy showed no antibodies against strain 3 and titres of 1:64 to 1:45 for strains 1 and 2, probably indicating prior immunization.

Discussion: A recent report on paralytic poliomyelitis in the United States during the 10-year period 1975-1984 shows that 71 of 121 cases meeting the case definition for paralytic polio were epidemiologically associated with vaccine usage. Moreover, from 1980 to 1984, only 3 of 45 cases were attributed to a non-vaccine virus; 2 of these were imported cases and the other occurred in an immunosuppressed subject. (A summary of this U.S. report appears later in this issue). Canadian data seems to indicate a similar situation⁽¹⁾. Despite the indisputable role of live attenuated oral vaccine in the spectacular decline of poliomyelitis in North America, it would seem appropriate at this time, when the number of cases is small, to re-evaluate the risks involved in its use. Substitution of the oral vaccine for the injectable one is not without risk, however, as seen in the recent Finnish epidemic⁽²⁾. Is the use of oral polio vaccine still justified in developed countries⁽³⁾? In view of the development of a new and more immunogenic killed vaccine, it might be appropriate to re-evaluate the indication of oral and parenteral forms of the polio vaccine. Has the time arrived to abolish the oral form or envisage a mixed immunization program⁽⁴⁾?

Ces données suggèrent fortement que le vaccin anti-polio oral de type 1 était en cause dans le développement d'une poliomyélite paralytique chez ce contact familial.

Cas n° 2: Le 7 avril 1985, une jeune femme de 19 ans est admise à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus de Québec, suite à une faiblesse progressive aux membres inférieurs, accompagnée de myalgies, de fièvre, de céphalées et de vomissements s'étant développés depuis 1 semaine.

L'anamnèse révèle qu'elle a accouché sans complication de son premier enfant en décembre 1984, sous épидurale continue. Il est impossible de déterminer ses antécédents vaccinaux, mais on établit que le bébé a reçu sa première dose de vaccin anti-polio oral le 11 février 1985.

L'examen clinique révèle un bon état général. La jeune femme présente une fièvre de 38,8°C et une légère raideur de la nuque. On note une paraparésie flasque des membres inférieurs, plus marquée à gauche, avec douleur à la palpation des mollets et aréflexie tendineuse (sauf au rotulien droit). La sensibilité, le tonus anal et les réflexes plantaires sont normaux. Sauf une hyperréflexie des membres supérieurs, le reste de l'examen est normal. Quant au LCR, il se révèle anormal avec $653 \times 10^6/L$ de globules blancs (à prédominance monocellée - soit 93%) et une protéinorachie augmentée à 0,72 g/L. La glycorachie est normale. On pose un diagnostic de présomption de poliomyélite.

Le tableau neurologique évolue lentement. Le réflexe rotulien droit disparaît, puis les réflexes redeviennent normaux aux membres supérieurs; dans les jours qui suivent, une légère faiblesse s'installe cependant au deltoïde droit, aux extenseurs de poignet gauche et aux fléchisseurs bilatéraux des doigts. La récupération est totale aux membres supérieurs, mais partielle dans les membres inférieurs. La malade ne peut faire que quelques pas à la fois, à l'aide d'orthèses tibiales courtes.

Négative dans des prélèvements de LCR et d'expectorations, la recherche du poliovirus est positive dans les selles. La souche de type 3 isolée à partir de selles au Laboratoire de virologie de l'Université Laval est envoyée au Bureau des produits biologiques du LLCM (Ottawa) qui en confirme l'origine vaccinale. Des épreuves de neutralisation pratiquées au Laboratoire de virologie précité démontrent aussi une montée marquée des anticorps dirigés contre cette souche: de 1/7 à 1/128 pour le type 3; de 1/64 à >1/81, de 1/128 à >1/181, et de 0 à 108 pour les 3 souches de référence (soit les types 1, 2 et 3 respectivement). Un sérum prélevé pendant la grossesse de la malade révèle l'absence d'anticorps contre la souche 3, ainsi que des titres de 1/64 à 1/45 pour les souches 1 et 2, ce qui témoigne probablement d'une vaccination antérieure.

Discussion: Selon un récent rapport sur la poliomyélite paralytique aux États-Unis au cours de la décennie allant de 1975 à 1984, 71 des 121 cas correspondant à la définition de cas étaient associés au vaccin sur le plan épidémiologique. En outre, de 1980 à 1984, seuls 3 cas sur 45 étaient attribuables à un virus non vaccinal; 2 de ces cas étaient importés et l'autre concernait un immunodéprimé. (Un résumé de ce rapport américain est présenté plus loin.) D'après les données, la situation serait analogue au Canada⁽¹⁾. Malgré le rôle incontestable du vaccin vivant atténue oral dans la régression spectaculaire de la polio en Amérique du Nord, il y aurait lieu de réévaluer - maintenant que les cas sont peu nombreux - les risques que présente ce vaccin. La substitution du vaccin oral par la préparation injectable n'est toutefois pas sans risque, comme le démontre l'épidémie survenue récemment en Finlande⁽²⁾. Peut-on encore justifier l'utilisation du vaccin antipoliomyélétique oral dans les pays industrialisés⁽³⁾? Étant donné la mise au point d'un nouveau vaccin tué plus immunogène, il conviendrait peut-être de réévaluer l'indication des préparations orale et parentérale du vaccin antipoliomyélétique. Serait-il opportun d'éliminer la forme orale ou d'envisager un programme d'immunisation mixte⁽⁴⁾?

References:

1. Furesz J et al. Rev Infect Dis 1984; 6(suppl):S528-S534.
2. CDC. MMWR 1986; 35:82-86.
3. Bergouigin F et al. Presse Med 1984; 13:2241-2243.
4. Alexander ER. JAMA 1984; 251:2710-2712.

SOURCE: G Albert, MD, Y Girouard, MD, B Thivierge, MD, Medical Microbiology and Infectious Diseases Service, N Daneault, MD, G Rémillard, MD, Neurology Service, Hôpital Sacré-Coeur, Montreal; M Gourdeau, MD, S Dupré, MD, S Lambert, MD, Medical Microbiology and Infectious Diseases Service, G Fortin, MD, Neurology Service, Hôpital de l'Enfant-Jésus, Quebec City, Quebec.

Editorial Note: The above 2 cases are the first polio infections reported in Canada since 1979 when there were 3, and in 1978 when there were 9. The latter 9 cases were all due to wild virus infections in members of the Netherlands Reformed Congregation who had refused immunization. The confinement of overt illness to members of that group was eloquent testimony to the protective antibody levels achieved in the general Canadian population. Both Salk and Sabin type vaccines have been used in Canada with equal success, and to date, the National Advisory Committee on Immunization has not stated a preference for one over the other. Currently, provincial health departments in British Columbia, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Quebec and New Brunswick advocate use of OPV (usually given at 2, 4, 18 months and a booster at 4 to 6 years). Ontario, Nova Scotia and Newfoundland are utilizing IPV only (combined with DPT) for routine childhood immunization. Prince Edward Island is the only province presently using a combined IPV-OPV regimen.

A more potent inactivated vaccine will probably be introduced in the near future. As intimated in the above article, it will deserve serious consideration as the vaccine of choice - at least in developed countries - if the rare but serious vaccine-associated paralysis is to be avoided. A major meeting to discuss policy for usage of polio vaccines is being planned for early fall this year. Further information can be obtained from Dr. Queta Bond, Director, Division of Health Promotion and Disease Prevention, Institute of Medicine, 2101 Constitution Avenue North West, Washington, D.C. 20418 (tel.: (202) 334-2383).

International Notes

POLIOMYELITIS - UNITED STATES, 1975-1984

In September 1985, CDC tentatively determined that 121 of 150 suspected cases of poliomyelitis reported to CDC from 1975-1984 met the case definition for paralytic poliomyelitis. Overall, 118 cases were accepted as cases and classified according to an epidemiologic classification system established in 1975 that provides "epidemic", "imported", and "immune-deficient" categories.

Compared to the average of 15 822 cases per year during 1951-1955, the period directly preceding the widespread availability and use of polio vaccines, U.S. cases averaged 15 per year during 1975-1979 and declined to 9 per year during 1980-1984. Of the total 118 cases for 1975-1984, 10 (8%) were epidemic cases, i.e., were epidemiologically linked with another case(s), all from a 1979 epidemic caused by a wild type 1 poliovirus; 12 (10%) were imported cases among U.S. citizens with illness onset before or after return to U.S.; and 11 (9%) were cases occurring among persons with primary immunodeficiencies. One of these latter cases, which occurred in 1981 in a nontraveller, was the last case of endemic, wild-virus poliomyelitis in the U.S. The remaining 85 (72%) cases were endemic, i.e., were not epidemiologically linked to another case(s); 71 (60%)

Références:

1. Furesz J et coll. Rev Infect Dis 1984; 6(suppl.):S528-S534.
2. CDC. MMWR 1986; 35:82-86.
3. Bergouigin F et coll. Presse Med 1984; 13:2241-2243.
4. Alexander ER. JAMA 1984; 251:2710-2712.

SOURCE: Drs G Albert, Y Girouard, B Thivierge (Service de microbiologie médicale et d'infectiologie), N Daneault, G Rémillard (Service de neurologie), Hôpital du Sacré-Coeur, Montréal; Drs M Gourdeau, S Dupré, S Lambert (Service de microbiologie médicale et d'infectiologie), G Fortin (Service de neurologie), Hôpital de l'Enfant-Jésus, Québec (Québec).

Note de la rédaction: Les 2 cas que nous venons de décrire représentent les premiers cas d'infection par poliovirus enregistrés au Canada depuis 1979, où il y en a eu 3 et 1978, où il y en a eu 9. Ces 9 derniers cas étaient tous attribués à une souche sauvage ayant infecté des membres de l'Église réformée des Pays-Bas qui avaient refusé le vaccin. Le fait que l'atteinte se soit limitée à des membres de ce groupe témoigne du niveau de protection conféré par anticorps dans l'ensemble de la population au Canada. Les deux formes de vaccin, Salk et Sabin, ont été utilisés avec le même succès au pays et le Comité consultatif national de l'immunisation n'a pas, pour l'instant, indiqué de préférence entre les deux. Les ministères de la Santé de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, du Québec et du Nouveau-Brunswick préconisent présentement le recours au vaccin antipoliomyélitique oral (VPTO), administré à 2, 4 et 18 mois, avec un rappel entre 4 et 6 ans. L'Ontario, la Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve n'utilisent que le vaccin inactivé (VPTI) en association avec le DCT dans leurs programmes de vaccination systématique des enfants. L'Île-du-Prince-Édouard est la seule province à utiliser une préparation vaccinale combinée DCTP.

Un vaccin inactivé plus puissant devrait être mis au point sous peu. Comme le laissait entendre l'article qui précède, il y aurait peut-être lieu d'étudier sérieusement la possibilité de retenir cette formule, à tout le moins dans les pays industrialisés, si nous voulons éviter le risque de cas rares mais graves de paralysie associée à un vaccin. Une réunion importante où l'on étudiera les politiques en matière de vaccination contre la polio est prévue pour le début de l'automne. Pour de plus amples renseignements, se mettre ne rapport avec le Dr Queta Bond, Director, Division of Health Promotion and Disease Prevention, Institute of Medicine, 2101 Constitution Avenue North West, Washington, D.C. 20418 (tél.: (202) 334-2383).

Notes internationales

POLIOMYÉLITE - ÉTATS-UNIS, 1975-1984

En septembre 1985, les CDC établissaient de façon provisoire que 121 des 150 cas présumés de poliomyélite qui leur avaient été signalés de 1975 à 1984 correspondaient à la définition de cas de la poliomyélite paralytique. En tout, 118 cas ont été acceptés comme cas et classifiés comme étant "d'origine épidémique", "importés" ou "associés à un immunodéficit", selon un système de classification épidémiologique établi en 1975.

Comparativement à la moyenne de 15 822 cas enregistrés chaque année de 1951 à 1955, la période qui a précédé immédiatement la mise en circulation sur une grande échelle et l'utilisation des vaccins contre la polio, les États-Unis ont enregistré en moyenne 15 cas par année de 1975 à 1979, et seulement 9 cas par année de 1980 à 1984. Des 118 cas retenus pour la période de 1975 à 1984, 10 (8%) étaient d'origine épidémique, c'est-à-dire associés épidémiologiquement à un cas, et étaient rattachés à l'épidémie de 1979 attribuée à un poliovirus sauvage de type 1; 12 (10%) étaient des cas importés par des Américains qui sont tombés malades avant ou après leur retour aux États-Unis; et 11 (9%) ont frappé des personnes souffrant d'un immunodéficit primaire. Un de ces cas, enregistré en 1981 chez une personne n'ayant pas voyagé, constitue d'ailleurs le dernier cas endémique qui ait été associé à un poliovirus sauvage aux États-Unis. Les 85 cas (72%) qui restent étaient tous

were epidemiologically associated with vaccine usage. Of the 71 vaccine-associated cases, 30 (42%) occurred among vaccine recipients, and 41 (58%), among contacts of vaccine recipients. Fourteen (40%) of the endemic cases were not epidemiologically associated with vaccine; however, 5 had virus isolates characterized definitively as vaccine-related.

Editorial Note: Continuing transmission of wild virus-caused paralytic poliomyelitis has been eliminated in the U.S. using the currently recommended immunization policy of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP), which relies primarily on oral polio vaccine (OPV) use for the primary immunization series. From 1980 to 1984, only 3 of 45 cases (2 imported and 1 immuno-deficient) were documented as wild by strain characterization of poliovirus isolates. A third imported case was presumed epidemiologically to be caused by a wild poliovirus. Otherwise, the rare cases of reported paralytic poliomyelitis have been vaccine-associated.

The risk of vaccine-associated paralytic poliomyelitis, based on 85 cases occurring in immunologically normal recipients and contacts and the distribution of an estimated 274.1 million doses of OPV during 1973-1974, is one case per 3.22 million doses of OPV distributed.

When all 104 vaccine-associated cases (85 among immunologically normal recipients and contacts; 13 among immune-deficient recipients and contacts; and 6 others, patients from whom a vaccine-like virus was isolated) from this same period are included, the overall vaccine-associated risk is one case per 2.64 million doses of OPV distributed.

At the 24-25 October 1985 meeting of the ACIP, issues concerning polio vaccines and current polio vaccination policy in the United States were reviewed. It was concluded that no change in the basic U.S. approach to poliomyelitis (primary reliance on OPV with selected use of IPV) is warranted currently but that the subject should be reviewed on a continuing basis.

SOURCE: *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Vol 35, No 11, 1986.

Announcement

INFECTION CONTROL GUIDELINES

The most recent publication in this series contains guidelines on the following topics: Prevention of Intravascular Infections, Prevention of Surgical Wound Infections, Prevention of Nosocomial Pneumonia, Prevention of Urinary Tract Infections, and Hospital Environmental Control. Request for copies of these guidelines should be forwarded to the Office of the Director, Bureau of Communicable Disease Epidemiology, Laboratory Centre for Disease Control, Tunney's Pasture, Ottawa, Ontario, K1A 0L2.

The Canada Diseases Weekly Report presents current information on infectious and other diseases for surveillance purposes and is available free of charge upon request. Many of the articles contain preliminary information and further confirmation may be obtained from the sources quoted. The Department of National Health and Welfare does not assume responsibility for accuracy or authenticity. Contributions are welcome (in the official language of your choice) from anyone working in the health field and will not preclude publication elsewhere.

Editor: Dr. S.E. Acres (613) 957-1339
Managing Editor: Eleanor Paulson (613) 957-1788
Circulation: Elizabeth Beckett (613) 957-0841

Bureau of Communicable Disease Epidemiology
Laboratory Centre for Disease Control
Tunney's Pasture
OTTAWA, Ontario
Canada K1A 0L2

d'origine endémique, c'est-à-dire pas rattachés épidémiologiquement à d'autres cas; 71 (60%) étaient associés sur le plan épidémiologique à une vaccination. De ces 71 cas vaccinaux, 30 (42%) concernaient des personnes ayant reçu le vaccin, et 41 (58%), des personnes venues en contact avec de nouveaux vaccinés. Quatorze (40%) des cas endémiques n'étaient pas associés épidémiologiquement à une vaccination, toutefois les isolats viraux de 5 d'entre eux ont révélé une nette association avec le vaccin.

Note de la rédaction: Grâce à la politique recommandée présentement par le Immunization Practices Advisory Committee (ACIP) des États-Unis, laquelle repose essentiellement sur une primo-vaccination à base de vaccin oral (VPTO), la transmission continue de poliomyélite paralytique attribuée à un virus sauvage a été éliminée dans ce pays. En effet, la caractérisation d'isolats du poliovirus a permis de confirmer que, de 1980 à 1984, seulement 3 cas sur 45 étaient associés à une souche sauvage (2 cas importés et 1 cas chez un immunodéprimé). Pour des raisons épidémiologiques, on a attribué à un poliovirus sauvage un troisième cas importé. Les autres rares cas de poliomyélite paralytique qui ont été enregistrés ont été reliés à une vaccination.

Si l'on se base sur les 85 cas enregistrés chez des sujets immunocompétents et des contacts et sur le fait que l'on a distribué environ 274,1 millions de doses de VPTO en 1973-1974, le risque de contracter une poliomyélite paralytique vaccinale est de un cas pour 3,22 millions de doses de VPTO distribuées.

Lorsque l'on regroupe les 104 cas attribuables à une vaccination pour cette même période, (85 chez des vaccinés et contacts immunocompétents; 13 chez des vaccinés et contacts immunodéprimés; et 6 chez des sujets chez qui on a isolé un virus d'allure vaccinale), on obtient un risque global associé au vaccin de un cas pour 2,64 millions de doses de VPTO distribuées.

Les membres de l'ACIP ont revu, lors de leur réunion des 24 et 25 octobre 1985, des questions intéressant la vaccination antipoliomyélitique et la politique actuelle des autorités sanitaires américaines en la matière. Ils sont venus à la conclusion qu'il n'y avait pas lieu, pour l'instant de revenir sur la politique actuelle relative à la poliomyélite aux États-Unis (c'est-à-dire recours au VPTO avec administration sélective de VPTI) mais que cette question devait être revue régulièrement.

SOURCE: *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Vol 35, no 11, 1986.

Annonce

GUIDE DE PRÉVENTION DES INFECTIONS

La dernière publication parue dans cette série offre des directives sur les points suivants: Prévention des infections intravasculaires, Prévention des infections des plaies opératoires, Prévention de la pneumonie nosocomiale, Prévention des infections des voies urinaires, et Prévention des infections en milieu hospitalier. Toute demande d'exemplaires de ce guide doit être acheminée au Directeur, Bureau de l'épidémiologie des maladies transmissibles, Laboratoire de lutte contre la maladie, Parc Tunney, Ottawa, Ontario, K1A 0L2.

Le Rapport hebdomadaire des maladies au Canada, qui fournit des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, peut être obtenu gratuitement sur demande. Un grand nombre d'articles ne contiennent que des données sommaires mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus en s'adressant aux sources citées. Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social ne peut être tenu responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne oeuvrant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix) et la publication d'un article dans le présent Rapport n'en empêche pas la publication ailleurs.

Rédacteur en chef: Dr S.E. Acres (613) 957-1339
Rédacteur administratif: Eleanor Paulson (613) 957-1788
Distribution: Elizabeth Beckett (613) 957-0841

Bureau d'épidémiologie des maladies transmissibles
Laboratoire de lutte contre la maladie
Parc Tunney
Ottawa (Ontario)
Canada K1A 0L2