



# Canada Diseases

## Weekly Report

ISSN 0382-232X

# CANADIANA

## Rapport hebdomadaire des maladies au Canada

JUN 27 1988

Date of publication: June 18, 1988  
 Date de publication: 18 juin 1988

Vol. 14-24

## CONTAINED IN THIS ISSUE:

NACI - Statement on Safety of Immune Globulin Preparations . . . . .	103
Hepatitis B Immune Globulins and HIV Antibodies . . . . .	104
Announcements . . . . .	105

## NATIONAL ADVISORY COMMITTEE ON IMMUNIZATION (NACI)

## Statement on Safety of Immune Globulin Preparations

Human immune globulin preparations are among the safest biological products available. Plasma found positive for hepatitis B surface antigen<sup>(1)</sup> or for antibody to the human immunodeficiency virus (HIV)<sup>(2)</sup> is excluded from donor pools. This exclusion policy and the use of the Cohn-Oncley cold ethanol procedure to extract immunoglobulins ensure that preparations carry no risk of transmitting these viruses. This fractionation procedure has been shown to remove HIV by physical partition and chemical inactivation<sup>(2)</sup>. Finally, epidemiologic studies have failed to find any evidence of HIV transmission following administration of immune globulin preparations.

However, certain lots of various immune globulin products including hepatitis B immune globulin and varicella-zoster immune globulin were prepared before implementation of new regulations in 1985 which require exclusion of anti-HIV positive plasmas from donor pools. Administration of lots containing anti-HIV antibody may give rise to transiently positive anti-HIV tests due to passive transfer of antibody<sup>(3)</sup> which may be detectable up to 6 months. These products, however, carry no risk of transmission of HIV.

Transmission of non-A non-B hepatitis by administration of intravenous immune globulin (IVIG) to agammaglobulinemic patients has been reported in 3 instances<sup>(3)</sup>. All cases were detected during clinical trials using experimental preparations of IVIG. No case of non-A non-B hepatitis has been reported in North America following administration of presently licensed products.

## References:

1. Tabor E, Gerety RJ. Transmission of hepatitis B by immune serum globulin. Lancet 1979; 2:1293.
2. Centers for Disease Control. Safety of therapeutic immune globulin preparations with respect to transmission of human T-lymphotrophic virus type III/lymphadenopathy-associated virus infection. MMWR 1986; 35:231-233.
3. Finlayson JS. Risk of non-A non-B hepatitis from intravenous immunoglobulin. Pediatr Infect Dis 1988; 7:79.

## CONTENU DU PRÉSENT NUMÉRO:

CCNI - Déclaration sur l'innocuité des préparations d'immunoglobulines . . . . .	103
Immunoglobulines antihépatitiques B et anticorps anti-VIH . . . . .	104
annonces . . . . .	105

## COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL DE L'IMMUNISATION (CCNI)

## Déclaration sur l'innocuité des préparations d'immunoglobulines

Les préparations d'immunoglobulines humaines comptent parmi les produits biologiques les plus sûrs. Tout plasma se révélant positif à l'égard de l'antigène de surface de l'hépatite B<sup>(1)</sup> ou de l'anticorps contre le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH)<sup>(2)</sup> est exclu des pools de dons. Grâce à cette politique d'exclusion et à l'utilisation de la méthode de Cohn-Oncley pour extraire les immunoglobulines avec de l'éthanol à basse température, les préparations ne présentent aucun risque de transmettre ces virus. Il a été démontré que cette technique de fractionnement élimine le VIH par séparation physique et inactivation chimique<sup>(2)</sup>. Enfin, les études épidémiologiques n'ont pas réussi à mettre en évidence des cas de transmission du VIH consécutifs à l'administration de préparations d'immunoglobulines.

Cependant, certains lots de divers produits d'immunoglobulines, notamment d'immunoglobulines antihépatitiques B et antivaricelleuses-antizostériennes, ont été préparés avant 1985, soit avant la mise en oeuvre de la nouvelle réglementation selon laquelle tout plasma anti-VIH positif doit être exclu des pools de dons. L'administration de lots contenant l'anticorps anti-VIH peut donner lieu à des tests présentant une positivité transitoire à l'égard de l'anti-VIH, en raison du transfert passif de l'anticorps<sup>(3)</sup> qui peut être décelable pendant une période allant jusqu'à 6 mois. Ces produits ne présentent toutefois aucun risque de transmettre le VIH.

On a signalé 3 cas de transmission de l'hépatite non A-non B par administration d'immunoglobulines intraveineuses (IGIV) à des sujets agammaglobulinémiques<sup>(3)</sup>. Tous ces cas ont été décelés au cours d'essais cliniques de préparations d'IGIV au stade expérimental. Aucun cas d'hépatite non A-non B n'a été recensé en Amérique du Nord suite à l'administration des produits actuellement autorisés.

## Références:

1. Tabor E, Gerety RJ. Transmission of hepatitis B by immune serum globulin. Lancet 1979; 2:1293.
2. Centers for Disease Control. Safety of therapeutic immune globulin preparations with respect to transmission of human T-lymphotrophic virus type III/lymphadenopathy-associated virus infection. MMWR 1986; 35:231-233.
3. Finlayson JS. Risk of non-A non-B hepatitis from intravenous immunoglobulin. Pediatr Infect Dis 1988; 7:79.

Second Class Mail Registration No. 5670

Courrier de la deuxième classe - Enregistrement n° 5670

Health and Welfare  
Canada      Santé et Bien-être social  
Canada

## HEPATITIS B IMMUNE GLOBULINS AND HIV ANTIBODIES

In December 1987, a 3-week-old Ontario girl scheduled to be placed in foster care was tested for HIV antibody because her mother belonged to a high-risk group for AIDS. She was found to be HIV antibody reactive by both ELISA and Western blot tests. A repeat specimen was also reactive. The mother had been seronegative on 2 occasions, during the pregnancy (August 1987) and after the birth of the child (December 1987).

There was serious concern about the source of the child's infection, and after a lengthy investigation it was determined that the infant had received hepatitis B immune globulin (HBIG) 24 hours after birth. The lot of the HBIG that had most likely been administered (Cutter 16B06) was located and found to be strongly reactive for HIV antibodies by Western blot. A serum sample collected from the infant immediately after birth was tested and proved to be HIV seronegative by both ELISA and Western blot. The HIV antibodies in this infant are now presumed to have been passively acquired. They have declined significantly with time, and, as of 28 March, 15 weeks after HBIG injection, the child is negative by ELISA, although traces of antibodies to p24, 33, 41, and 63 still persist by Western blot.

Since this case was recognized, 3 more infants have been found to be seropositive for HIV. Their mothers also belonged to a known high-risk group. Two of the 3 infants have HIV seronegative mothers. Serum from the mother of the third child is not available for testing. All 3 babies had received HBIG from the same lot (16B06) shortly after birth.

In another episode, a health-care worker involved in a needle-stick incident was found to be HIV antibody reactive. Upon inquiry, it was determined that HBIG had been administered 5 days before collection of the blood specimen. A serum sample taken at the time of the accident and prior to the administration of HBIG was tested and found to be HIV seronegative. The lot number of HBIG administered is not known, but 3 out of the 5 lots available in the hospital at that time were found to be HIV seropositive (16B06, 16B08B and 16C01B), one indeterminate (16C03), and one negative (16C04DB). The HIV antibodies in this individual are declining with time as evidenced by decreasing optical density ELISA values and a decrease in the intensity of the bands visible on the Western blot.

**SOURCE:** B McLaughlin, MD, and C Major, Laboratory Services Branch, Ontario Ministry of Health; S Read, MD, and N Hilliard, MD, Hospital for Sick Children; MH Mehta, MD, St. Joseph's Hospital; F Baker, MD, Metropolitan Toronto Children's Aid Society; J Righter, MD, Toronto East General Hospital; D Low, MD, Mount Sinai Hospital; A Strickler, MD, Toronto General Hospital; R Herst, MD, Canadian Red Cross, Toronto; MV O'Shaughnessy, PhD, Federal Centre for AIDS, Ottawa, Ontario (initially reported in ODSR, Vol 9, No 9, 1988).

**Comment by ODSR:** It is important to note that in the 5 cases discussed above, none of the recipients of HBIG were actually at risk of HIV infection. Nevertheless, there is still cause for concern, because a great deal of unnecessary mental anguish would result if an individual were found to be seropositive for HIV, implying the presence of HIV infection, when in fact so such infection had actually occurred. Such was the case with the health-care worker and 4 infants discussed above.

## IMMUNOGLOBULINES ANTIHÉPATITIQUES B ET ANTICORPS ANTI-VIH

En décembre 1987, une petite Ontarienne de 3 semaines devant être placée en foyer nourricier fait l'objet d'une recherche de l'anticorps anti-VIH, parce que sa mère appartient à un groupe à haut risque à l'égard du SIDA. La réactivité à l'égard de l'anticorps anti-VIH est démontrée à la fois par ELISA et par immunoblotting. Le même résultat est obtenu avec un nouvel échantillon. Quant à la mère, elle s'est révélée séronégative à 2 reprises, soit pendant sa grossesse (août 1987) et après l'accouchement (décembre 1987).

On s'inquiète fortement au sujet de la source de l'infection de l'enfant et, après une longue enquête, on établit que la petite a reçu des immunoglobulines antihépatitiques B (HBIG) 24 heures après sa naissance. Retracé, le lot d'HBIG tout probablement en cause (Cutter 16B06) démontre une forte réactivité à l'égard des anticorps anti-VIH par immunoblotting. Un spécimen sérique prélevé chez le bébé immédiatement après l'accouchement est analysé et se révèle anti-VIH négatif, à la fois par ELISA et par immunoblotting. On presume maintenant que la petite a acquis passivement les anticorps anti-VIH. Avec le temps, ces anticorps diminuent de façon marquée et, en date du 28 mars, soit 15 semaines après l'injection d'HBIG, la petite se révèle négative par ELISA, bien que des traces d'anticorps contre p24, 33, 41 et 63 soient encore décelées par immunoblotting.

Depuis que ce cas a été reconnu, 3 autres nourrissons se sont révélés VIH séropositifs. Les 3 mères appartiennent elles aussi à un groupe à haut risque connu. Deux d'entre elles sont séronégatives; pour ce qui est de la troisième, aucun échantillon sérique n'est disponible à des fins d'analyse. Les 3 bébés ont reçu peu après leur naissance des HBIG provenant du même lot (16B06).

Dans un autre épisode, une travailleuse sanitaire s'étant piquée accidentellement avec une aiguille s'est révélée anti-VIH réactive. L'enquête a permis d'établir que des HBIG avaient été administrées 5 jours avant le prélèvement de l'échantillon de sang. Un spécimen sérique obtenu au moment de l'accident et, donc, avant l'administration d'HBIG s'est révélé VIH négatif. On ignore le numéro de lot des HBIG administrées, mais sur les 5 lots disponibles à l'hôpital à cette époque, 3 ont donné un résultat séropositif (16B06, 16B08B et 16C01B); 1, indéterminé (16C03); et 1, négatif (16C04DB). Les anticorps anti-VIH de ce sujet baissent avec le temps, comme le démontrent les valeurs ELISA de densité optique décroissantes et la diminution de l'intensité des bandes visibles par immunoblotting.

**SOURCE:** Dr B McLaughlin et C Major, Direction des services de laboratoire, Ministère de la Santé de l'Ontario; Drs S Read et N Hilliard, Hospital for Sick Children; Dr MH Mehta, St. Joseph's Hospital; Dr F Baker, Metropolitan Toronto Children's Aid Society; Dr J Righter, Toronto East General Hospital; Dr D Low, Mount Sinai Hospital; Dr A Strickler, Toronto General Hospital; Dr R Herst, Société canadienne de la Croix-Rouge, Toronto; MV O'Shaughnessy, PhD, Centre fédéral du SIDA, Ottawa, Ontario (déjà signalé dans: ODSR, Vol 9, no 9, 1988).

**Commentaires de l'ODSR:** Il importe de souligner que, dans les 5 cas susmentionnés, aucun des receveurs d'HBIG n'a vraiment présenté de risque d'infection à VIH. Il y a tout de même lieu de s'inquiéter parce que, si un sujet se révélait séropositif à l'égard du VIH - résultat qui sous-entend la présence d'une infection à VIH - bien qu'en fait il n'ait pas été infecté, cela créerait chez lui beaucoup d'angoisse inutile. C'est ce qui s'est produit dans le cas de la travailleuse sanitaire et des 4 nourrissons dont il a été question plus haut.

HIV seropositivity, due to passive immunization, can be present up to 6 months after the actual administration of HBIG containing HIV antibodies. Thus, in an individual who tests positive for HIV antibodies and for whom there appears to be no known risk factors for HIV infection, the physician should ask if this individual received HBIG at any time during the previous 6 months. If a history of recent HBIG administration is present, then the individual should be retested for HIV antibodies in 3 months to determine whether or not the titre has decreased. Again it should be emphasized that the presence of HIV antibodies in specimen of HBIG does not represent a risk of HIV infection.

#### Announcements

##### MICROBIAL FOOD POISONING AND ITS SIGNIFICANCE IN CANADA

##### A HEALTH PROTECTION BRANCH WORKSHOP

Skyline Hotel

18-19 October 1988

Ottawa, Ontario

The last HPB Food Poisoning Workshop was held in 1974. Since that time microbial food poisoning has increased in Canada and new pathogens have been identified. This 2-day program is designed to provide consumers, food service operators and the food processing industry with current information on microbial food poisoning in Canada, its causes, means of prevention, economic impact, possible reasons for the increase in the incidence, and recognition of new disease organisms. Mishandling of food is still one of the prime factors. Education of personnel in the food industry and consumers is the key to the reduction of microbial food poisoning.

The program will consist of plenary sessions and workshops. The former will include speakers from the private and public sectors providing information on the organisms responsible for food poisoning, methods of detection and control of their growth, investigational strategies, and possible government and industry approaches for control. The method for the investigation of microbial food poisoning will be highlighted. Three simultaneous workshops, one devoted to food processors, another to the food service area, and the third to the consumer and the home will be given during the afternoon of 19 October. Discussions will be conducted to define needs for improvements in investigation of food poisoning outbreaks, regulatory control, and educational needs.

Registration is free but preregistration is required by 1 August. The maximum number accepted will be 250. For further information, please contact Mrs. B. Brockley, Bureau of Microbial Hazards, Room 309C, Sir Frederick Banting Research Centre, Tunney's Pasture, Ottawa, Ontario K1A 0L2 (Telephone: (613) 957-0880).

##### INTRAUTERINE DEVICES Recent WHO publication<sup>1</sup>

This publication provides an expert summary of what can be concluded, on the basis of available evidence, about

<sup>1</sup>The mechanism of action, safety and efficacy of intrauterine devices. Report of a WHO Scientific Group. WHO Technical Report Series, No. 753, 1987; 91 pages; ISBN 92 4 120753 1. This publication is available in Canada from the Canadian Public Health Association, 1565 Carling Avenue, Suite 400, Ottawa, Ontario, K1Z 8R1 (tel. (613) 725-3769). Attention: Ms. L.A. Clarke. Current price (until 30 June 1988) is \$10.55 per copy + \$1.50 for postage and handling.

Après l'administration d'HBIG contenant des anticorps anti-VIH, la séropositivité à l'égard du VIH attribuable à l'immunisation passive peut subsister pendant une période allant jusqu'à 6 mois. Dans le cas d'un sujet qui se révèle anti-VIH positif et à qui aucun des facteurs de risque connu à l'égard de l'infection à VIH ne semble s'appliquer, le médecin devrait donc demander si des HBIG ont été administrées à un moment ou à un autre au cours des 6 derniers mois. Si la réponse est affirmative, les tests de détection des anticorps anti-VIH devraient être répétés après un intervalle de 3 mois, pour que l'on puisse déterminer s'il y a eu ou non diminution du titre. Il convient de souligner encore une fois que la présence d'anticorps anti-VIH dans un échantillon d'HBIG ne représente pas un risque d'infection par le VIH.

#### annonces

##### LES TOXI-INFECTI0NS ALIMENTAIRES ET LEUR IMPORTANCE AU CANADA

##### UN ATELIER DE LA DIRECTION GÉNÉRALE DE LA PROTECTION DE LA SANTÉ

Hôtel Skyline

Les 18 et 19 octobre 1988

Ottawa (Ontario)

Depuis le dernier atelier de la DGPS sur les toxi-infections alimentaires en 1974, l'incidence de ces atteintes a augmenté au Canada et de nouveaux agents pathogènes ont été identifiés. Le présent programme de 2 jours vise à communiquer aux consommateurs, aux responsables des services de restauration et à l'industrie alimentaire des données actualisées sur la toxi-infection alimentaire au Canada, ses causes et ses répercussions économiques, les moyens de prévention, l'explication possible de la hausse d'incidence, ainsi que sur l'identification de nouveaux agents pathogènes. Un des principaux facteurs responsables étant encore la mauvaise manipulation des aliments, la sensibilisation des consommateurs et du personnel de l'industrie alimentaire est essentielle aux efforts visant à réduire l'incidence des toxi-infections alimentaires.

Le programme se compose d'ateliers, ainsi que de séances plénier au cours desquelles des conférenciers des secteurs privé et public traiteront des microorganismes responsables des intoxications alimentaires, en s'arrêtant tant aux méthodes de détection et à l'inhibition de leur croissance, qu'aux stratégies d'investigation et aux approches de lutte qui s'offrent au gouvernement et à l'industrie. La méthode d'enquête s'appliquant aux toxi-infections alimentaires sera décrite. Dans l'après-midi du 19 octobre, 3 ateliers se dérouleront simultanément: un consacré à l'industrie alimentaire, un aux responsables des services de restauration, et un autre aux consommateurs et à la situation au foyer. L'objet des discussions sera de définir les besoins d'amélioration en ce qui a trait aux enquêtes sur des poussées de toxi-infection alimentaire, à la réglementation et à la sensibilisation.

Il n'y a aucun frais, mais la pré-inscription est obligatoire avant le 1er août. Le nombre de participants est limité à 250. Pour plus de renseignements, s'adresser à Madame B. Brockley, Bureau des dangers microbiens, Pièce 309C, Centre de recherches Sir-Frederick-Banting, Parc Tunney, Ottawa (Ontario), K1A 0L2 (Téléphone: (613) 957-0880).

##### DISPOSITIFS INTRA-UTÉRINS Publication récente de l'OMS<sup>1</sup>

Cette publication résume les conclusions d'un groupe d'experts sur le mode d'action, l'innocuité et l'efficacité des dispositifs

<sup>1</sup>Mode d'action, innocuité et efficacité des dispositifs intra-utérins. Rapport d'un Groupe scientifique de l'OMS. OMS, Série de Rapports techniques, No. 753, 1987; 99 pages; ISBN 92 4 220753 5. Pour se procurer cette publication au Canada, s'adresser à l'Association canadienne de santé publique, 1565, avenue Carling, Suite 400, Ottawa (Ontario), K1Z 8R1 (tél.: (613) 725-3769), à l'attention de: Madame L.A. Clarke. Prix en vigueur (jusqu'au 30 juin 1988): 10,55 \$ l'exemplaire, plus 1,50 \$ de frais de port et de manutention.

\*\*\* STATISTICS CANADA - STATISTIQUE CANADA \*\*\*

Notifiable Diseases Summary - Sommaire des maladies à déclaration obligatoire

New Cases Reported for the Four Week Period Ending April 9, 1988.  
Nouveaux cas déclarés pour la période de quatre semaines se terminant le 9 avril 1988.

No. Disease No. Maladie	ICD-9 CIM-9	Newfoundland			Prince Edward Island			Nova Scotia			New Brunswick			Québec					
		Canada		Terre-Neuve		Île-du-Prince Édouard		Nouvelle-Écosse		Nouveau-Brunswick									
		Cur. cou.	Cum. 88	Cum. 87	Cur. cou.	Cum. 88	Cum. 87	Cur. cou.	Cum. 88	Cum. 87	Cur. cou.	Cum. 88	Cum. 87	Cur. cou.	Cum. 88	Cum. 87			
1. AIDS - SIDA		19	239	164	1	1	-	-	1	-	-	6	-	-	77	44			
2. Amoebiasis - Amibiase	006	65	481	526	-	-	3	-	-	-	5	7	5	-	5	22	15		
3. Botulism - Botulisme	005.1	-	-	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
4. Brucellosis - Brucellose	023	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
5. Campylobacteriosis - Campylobactériose		209	1961	1958	5	24	23	8	18	12	15	52	35	14	30	12	51	124	14
6. Chickenpox - Varicelle	052	1308	14039	16172	39	151	71	-	-	194	404	344	72	95	29	-	-	-	-
7. Cholera - Choléra	001	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
8. Diphtheria - Diphtérie	032	1	9	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
9. Giardiasis - Giardiose	007.1	291	2090	2243	4	11	14	2	7	7	8	31	47	12	28	21	42	119	134
10. Gonococcal infections - Infections gonococciques (1)	098	1391	5756	8943	18	55	94	2	7	15	-	141	202	25	102	129	128	406	1027
11. Gono Ophth neonat - Oph. gono du nouveau-né	098.4	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
12. Haemophilus influenzae B - invasive		44	157	129	-	1	4	-	-	1	-	4	9	-	1	3	11	40	-
13. Hepatitis A	070.0, 070.1	52	317	303	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	3	18	16
14. Hepatitis B	070.2, 070.3	147	648	632	1	3	2	-	1	-	5	21	20	2	13	14	56	153	170
15. Hepatitis other - Hépatite autres (2)		5	24	37	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	3	2
16. Legionellosis - Légionellose		6	11	25	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-
17. Leprosy - Lépre	030	2	6	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18. Malaria - Paludisme	084	6	23	39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	9	-
19. Measles - Rougeole	055	58	197	1290	-	-	-	-	-	-	1	3	31	-	7	339	6	13	20
20. Pneumococcal meningitis - Meningite à pneumocoques (3)	320.1	9	35	32	-	-	2	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
21. Other bact. meningitis - Autres méninigites bactérienne (4)		9	34	15	-	3	1	-	1	-	-	1	-	2	2	1	-	-	-
22. Viral meningitis - méninigte virale (5)		5	51	66	1	2	6	-	-	-	1	5	1	-	1	3	-	2	-
23. Meningococcal infections - Infections à méningocoques	036	19	60	90	1	1	2	-	-	1	-	2	2	1	1	2	3	9	12
24. Mumps - Oreillons	072	37	206	255	1	5	-	-	-	-	1	2	-	1	2	7	11	-	-
25. Paratyphoid - Paratyphoïde	002.1-002.9	-	3	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
26. Pertussis - Coqueluche	033	9	253	380	1	5	15	-	1	5	1	5	52	1	2	4	1	20	14
27. Plague - Peste	020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
28. Poliomyelitis - Poliomylélite	045	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
29. Rabies - Rage	071	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30. Rubella - Rubéole	056	51	147	481	-	5	134	-	-	2	1	-	2	3	5	14	26	-	-
31. Congenital Rubella - Rubéole congénitale	771.0	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
32. Salmonellosis - Salmonellose (6)	003	234	2100	2224	8	34	17	3	17	13	15	65	51	12	61	34	76	229	226
33. Shigellosis - Shigellose	004	106	487	435	2	2	-	-	2	1	7	3	1	2	3	29	47	37	-
34. Syphilis, Early, Symptomatic - Syphilis, Early, Symptomatique, récent	091	14	94	129	-	1	-	-	-	-	-	3	-	2	3	2	33	45	-
35. Other Autres	090, 092-097	149	470	528	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	43	43	43	74
36. Tetanus - Tétanos	037	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
37. Trichinosis - Trichinoze	124	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
38. Tuberculosis - Tuberculose	010-018	117	453	445	5	11	2	-	-	1	5	22	2	5	7	12	56	60	-
39. Typhoid - Typhoïde	002.0	-	5	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-
40. Yellow Fever - Fièvre jaune	060	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

(1) Includes all 098 categories except 098.4. - Comprend toutes les rubriques 098, sauf 098.4.

(2) Includes 070.4 to 070.9 and unspecified. - Comprend 070.4 à 070.9 et sans précision.

(3) Includes encephalitis. - Comprend encéphalite.

(4) All other categories except Haemophilus 320.0, Meningococcal 036 and Tuberculosis 013.0. - Toutes les autres rubriques sauf à Haemophilus 320.0, méningocoques 036 et tuberculose 013.0.

(5) All categories except Measles 055, Poliomyelitis 045, Rubella 056, Yellow Fever 060. - Toutes les rubriques sauf rougeole 055, poliomylélite 045, rubéole 056, fièvre jaune 060.

(6) Excludes Typhoid 002.0 and Paratyphoid 002.1 to 002.9. - Sauf typhoïde 002.0 et paratyphoïde 002.1 à 002.9.

NOTE: Cumulative totals for both years correspond to the same period of time.

NOTA: Les totaux cumulatifs pour les deux années sont comparatifs à la même période de temps.

SYMBOLS:

SIGNES CONVENTIONNELS:

- . Not reportable
- .. Not available
- No cases reported

- .. à déclaration non obligatoire
- .. Non disponible.
- Aucun cas déclaré.

SOURCE:

Vital Statistics and Health Status,  
Health Division,  
Statistics Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0T6  
telephone (613) 991-1769

Statistique de l'état civil et de la santé,  
Division de la santé,  
Statistique Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0T6  
téléphone (613) 991-1769

This Table has been produced by the use of CANSIM.  
Ce tableau a été produit avec le concours de CANSIM.

Notifiable Diseases Summary (Concluded) - Sommaire des maladies à déclaration obligatoire (fin)

**Four Week Period Ending April 9, 1988 - Période de quatre semaines se terminant le 9 avril 1988**

(1) Includes all 098 categories except 098.4. - Comprend toutes les rubriques 098, sauf 098.4.

(2) Includes 070.4 to 070.9 and unspecified. - Comprend 070.4 à 070.9 et sans précision.

(3) Includes encephalitis. - Comprend encéphalite.  
(4) All other categories except Haemophilus 220 A. Meningoencephalitis 220

(4) All other categories except Haemophilus 320.0, Meningococcal 036 and Tuberculosis 013.0. - Toutes les autres rubriques sauf à Haemophilus 320.0, ménigococciques 036 et tuberculose 013.0.

(5) All categories except Measles 055, Poliomyelitis 045, Rubella 056, Yellow Fever 050. - Toutes les rubriques sauf rougeole 055, poliomérite 045

(6) Excludes Typhoid 002.0 and Paratyphoid 002.1 to 002.9. - Sauf typhoïde 002.0 et paratyphoïde 002.1 à 002.9.

NOTA: Le

2017 ENR-2020 ENR-Comps



SOURCE:

Vital Statistics and Health Status,  
Health Division,  
Statistics Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0T6  
telephone (613) 991-1769

Statistique de l'état civil et de la santé,  
Division de la santé,  
Statistique Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0T6  
téléphone (613) 991-1769

This Table has been produced by the use of CANSIM.  
Ce tableau à été produit avec le concours de CANSIM.

the mechanism of action, safety, and efficacy of intrauterine devices (IUDs). Prepared by a group of 16 international experts, the report examines the design and findings of close to 350 studies in an effort to resolve several important questions, including the possibility that use of IUDs is associated with an increased risk of ectopic pregnancy or of pelvic inflammatory disease and subsequent tubal infertility. The report draws additional authority for its conclusions from the number of large-scale randomized multicentre studies available for analysis.

Following brief background information on the extent of IUD use and the history of its development, the report evaluates different explanations for the contraceptive efficacy of these devices. Theories reviewed include those implicating morphological and biochemical changes, prostaglandins and allied substances, biological changes, embryo-specific substances, sperm migration, and the transport and development of ova.

A section devoted to the effectiveness of IUDs analyses the results of multicentre randomized trials indicating pregnancy rates during the first and second years of IUD use and after 4 or 5 years of use. Of particular practical interest is a discussion of the most appropriate timing of IUD insertions, which notes that conventional timing of insertion during or immediately after menstruation may not be necessary. The section also offers advice on the advantages and risks, such as expulsion, pregnancy, perforation, and infection rates associated with IUD insertion post-partum, post-placental, at the time of Caesarean section, and post-abortum.

The remaining and most extensive sections of the report are devoted to a critical review of indications and contraindications for the use of IUDs. Separate sections examine the association between IUD use and the incidence of ectopic pregnancy, pelvic inflammatory disease, problems associated with menstrual blood loss, and other problems, such as expulsion, uterine perforation, restoration of fertility, and pregnancy with an IUD in place. Apart from pointing out problems in the design or interpretation of published evidence, these sections offer extensive practical advice concerning the evaluation and management of complications as well as the specific precautions that can reduce the incidence of side-effects, whether serious or merely troublesome. Other chapters cover patient selection and choice of method, compare IUDs with other methods of contraception, and outline the legal situation in the United States of America.

The report closes with a summary of conclusions and recommendations, including 25 problems requiring further investigation.

intra-utérins (DIU), fondées sur les données disponibles. Établie par 16 spécialistes de renommée mondiale, elle s'efforce, à partir de l'examen des plans et conclusions de près de 350 études, de résoudre plusieurs questions importantes dont la possibilité d'une association entre le DIU et un risque accru de grossesse ectopique ou d'affections inflammatoires pelviennes de la femme conduisant à des stérilités tubaires. L'autorité de ses conclusions est encore accrue du fait qu'elles reposent sur l'analyse d'un grand nombre d'études multicentriques, randomisées et à grande échelle.

Après avoir fourni de brefs renseignements généraux sur l'importance actuelle des stérilets et fait l'historique de leur mise au point, le rapport évalue diverses explications possibles de l'action contraceptive des ces dispositifs. Il étudie notamment les théories des transformations morphologiques et biochimiques, des prostaglandines et substances apparentées, des transformations biologiques, des substances spécifiques de l'embryon, de la migration des spermatozoïdes et du transport et développement des ovules.

Un chapitre consacré à l'efficacité des DIU analyse les résultats d'essais randomisés multicentriques et donnant le taux de grossesse au cours de la première et de la seconde année de l'emploi des DIU, puis après 4 ou 5 ans d'utilisation. Une étude du choix du moment le plus opportun pour la mise en place d'un DIU présente un intérêt pratique particulier; elle signale qu'il n'est peut-être pas nécessaire de choisir, comme on le fait classiquement, le moment des règles ou la période qui les suit immédiatement. Cette section contient aussi des conseils au sujet des avantages et des risques - expulsion, grossesse, perforation et taux d'infection - associés à l'insertion d'un DIU pendant le post-partum, après l'expulsion du placenta, au moment d'une césarienne et après un avortement.

Les autres sections du rapport sont les plus détaillées; elles comportent un examen critique des indications et des contre-indications du stérilet. Des chapitres distincts sont consacrés à l'association entre l'usage d'un stérilet et l'incidence des grossesses extra-utérines, des affections inflammatoires pelviennes, des problèmes de spoliation sanguine accompagnant la menstruation et d'autres problèmes tels que l'expulsion, la perforation de l'utérus, la restauration de la fécondité et la survenue d'une grossesse malgré la présence d'un stérilet. Tout en faisant ressortir les problèmes liés à la conception ou à l'interprétation des études publiées, ces sections comportent des conseils pratiques détaillés concernant l'évaluation et le traitement des complications ainsi que les précautions spécifiques susceptibles d'abaisser l'incidence des effets indésirables, graves ou simplement gênants. D'autres chapitres du choix des utilisatrices et du choix de la méthode, comparent les DIU à d'autres méthodes de contraception et décrivent brièvement la situation juridique aux États-Unis d'Amérique.

Enfin, le rapport contient des conclusions et des recommandations et notamment une liste de 25 problèmes en vue de recherches futures.

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.

Scientific Advisor: Dr. S.E. Acres (613) 957-0325  
Editor: Eleanor Paulson (613) 957-1788  
Circulation: Dolly Riggins (613) 957-0841

Bureau of Communicable Disease Epidemiology  
Laboratory Centre for Disease Control  
Tunney's Pasture  
OTTAWA, Ontario  
Canada 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 œuvrant 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.

Conseiller scientifique: Dr. S.E. Acres (613) 957-0325  
Rédacteur en chef: Eleanor Paulson (613) 957-1788  
Distribution: Dolly Riggins (613) 957-0841

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