



# Canada Diseases Weekly Report

ISSN 0382-232X

## CANADA

# Rapport hebdomadaire des maladies au Canada

OCT 14 1988

Date of publication: October 8, 1988      Vol. 14-40  
 Date de publication: 8 octobre 1988

CONTAINED IN THIS ISSUE:	
Influenza B Outbreak in a Home for the Aged - Ontario . . . . .	181
Control of Influenza in Long-Term Care Facilities, Including Use of Amantadine . . . . .	184
Announcement . . . . .	186

CONTENU DU PRÉSENT NUMÉRO:	
Poussée de grippe B dans un foyer pour personnes âgées - Ontario . . . . .	181
Lutte contre la grippe dans des établissements de soins prolongés, et notamment recours à l'amantadine . . . . .	184
Annonce . . . . .	186

### INFLUENZA B OUTBREAK IN A HOME FOR THE AGED - ONTARIO

At the end of February 1988, an outbreak of respiratory tract illness due to influenza B occurred among residents and staff of the ward of a 360-bed home for the aged in Toronto. This ward was the residence for 41 cognitively impaired persons with modest physical disabilities, whose mean age was 86 years (range 73-98 years). There were 8 (20%) males and 33 (80%) females residing on the ward at the time. Residents live in either single or 2-bed rooms.

**Investigation:** Intensive surveillance on the ward was used to identify all residents and staff with onset of fever and/or respiratory tract symptoms between 15 February and 6 March. The influenza vaccination status was determined for all residents and staff on the ward. An attempt was also made to identify possible cases from all other wards of the home.

The following cases definitions were used:

**Definite case:** Any subject whose throat swab yielded influenza B virus in culture, or whose serology demonstrated a seroconversion or 4-fold rise in influenza B antibody titre.

**Probable case:** Any subject with onset of illness between 15 February and 6 March, and whose illness was characterized by at least 2 of the following symptoms: fever ( $> 37.5^{\circ}\text{C}$  orally or  $38^{\circ}\text{C}$  rectally), sore throat, cough, coryza, or "congestion" (as determined by nursing or medical staff).

Throat swabs for viral isolation were obtained from symptomatic patients on the ward. Acute and convalescent sera were also obtained from all ill residents, from 7 of the 11 staff members on the ward who were ill, and from a few patients on other wards with similar symptoms. All serum samples were tested for antibodies to influenza A and B, parainfluenza 1, 2, and 3, respiratory syncytial virus, adenovirus and *Mycoplasma pneumoniae* by complement fixation.

### POUSSÉE DE GRIPPE B DANS UN FOYER POUR PERSONNES ÂGÉES - ONTARIO

À la fin de février 1988, une poussée d'atteinte respiratoire attribuable au virus de la grippe B se déclare à Toronto, chez les pensionnaires et le personnel d'un service d'un établissement pour personnes âgées de 360 lits. Les 41 pensionnaires du service, soit 8 hommes (20%) et 33 femmes (80%), présentent une déficience cognitive et des incapacités physiques modérées; ils sont âgés en moyenne de 86 ans (de 73 à 98 ans) et sont logés dans des chambres privées ou semi-privées.

**Enquête:** On amorce une surveillance intensive dans le service, afin de détecter tous les cas de fièvre ou de symptômes respiratoires survenus entre le 15 février et le 6 mars chez les pensionnaires et le personnel; et on détermine l'état de vaccination contre la grippe de cette population. On tente aussi d'identifier tout cas possible dans les autres services du foyer.

Les définitions de cas suivantes sont utilisées à cette fin:

**Cas certain:** Tout sujet dont un prélèvement pharyngé obtenu par écouvillonnage permet la culture du virus de la grippe B, ou dont la sérologie démontre une séroconversion ou un titre quadruplé d'anticorps contre le virus B.

**Cas probable:** Tout sujet chez qui la maladie s'est installée entre le 15 février et le 6 mars, et dont l'atteinte s'est caractérisée par au moins 2 des symptômes suivants: fièvre ( $> 37.5^{\circ}\text{C}$ , bouche; ou  $38^{\circ}\text{C}$ , rectum), mal de gorge, toux, coryza, ou "congestion" (telle que déterminée par le personnel infirmier ou médical).

À des fins d'isolement du virus, on pratique des prélèvements pharyngés par écouvillonnage chez les malades symptomatiques du service. Des sérums de phases aiguë et convalescente sont aussi recueillis chez tous les pensionnaires malades, chez 7 des 11 employés touchés du service, et chez quelques malades d'autres services qui présentent des symptômes analogues. Tous les échantillons sériques sont analysés par fixation du complément pour la recherche d'anticorps contre les virus grippaux A et B, les virus parainfluenza 1, 2 et 3, le virus respiratoire syncytial, l'adénovirus, et *Mycoplasma pneumoniae*.



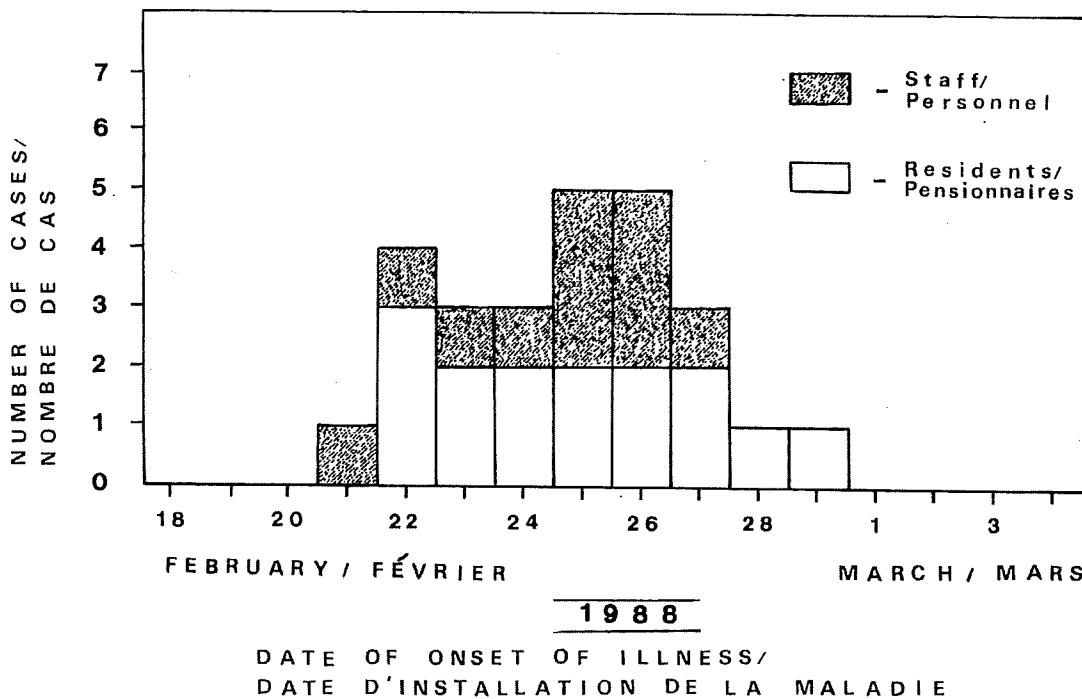
A total of 15 cases (3 definite, 7 probable) were identified among the 41 residents of the ward (Figure 1), giving an attack rate of 36.6%. Most patients had an illness characterized by fever (93%) and cough (87%). The mean duration of illness was 8 days (range 1-14 days). Influenza B was complicated by pneumonia in 3 cases, and in one case, pneumonia was the cause of death. The 8 definite cases were diagnosed serologically; no viral isolations were made from the 17 throat swabs taken.

Eleven of the 32 staff members working on the ward met the case definition, for an attack rate of 34%. Seroconversion was documented in 2 of the 7 symptomatic staff members whose sera were tested.

Chez les 41 pensionnaires du service, 15 cas (8 certains et 7 probables) sont identifiés (Figure 1), le taux d'atteinte étant de 36,6%. Les caractéristiques les plus fréquentes sont la fièvre (93%) et la toux (87%); la durée moyenne de l'atteinte est de 8 jours (de 1 à 14 jours). Dans 3 cas, la grippe B se complique de pneumonie; et dans 1, la pneumonie est cause de décès. Pour les 8 cas certains, un sérodiagnostic est posé; aucun isolement viral n'est pratiqué à partir de 17 prélèvements pharyngés.

Sur les 32 membres du personnel affectés au service, 11 répondent à la définition de cas, ce qui donne un taux d'atteinte de 34%. On documente une séroconversion chez 2 des 7 employés symptomatiques dont le sérum est analysé.

Figure 1. Influenza B Outbreak in a Home for the Aged, Toronto, Ontario/  
Figure 1. Poussée de grippe B dans un foyer pour personnes âgées, Toronto (Ontario)



Six probable cases were identified on 3 other wards of the home. There was no other evidence for spread of the outbreak beyond the identified ward.

Thirty-six of the 41 (88%) residents had received Fluzone® (Connaught Laboratories Limited) trivalent influenza vaccine administered intramuscularly in October 1987. The attack rate of influenza B among those who had been immunized was 30.6% (11/36); 4 of the 5 unvaccinated residents were clinically ill, for an attack rate of 80.0% ( $p=0.052$ ). Vaccine efficacy was calculated to be 61% (95% confidence interval, 4%-99%). Only 2 staff members had been immunized with influenza vaccine.

**Management of the Outbreak:** Most of the patients received only symptomatic treatment for their fever and respiratory tract symptoms, although those with pneumonia were treated with antibiotics. Infection control measures instituted to limit further spread of the infection included an attempt to restrict acutely ill patients to their rooms and to postpone any new admissions to the ward until the outbreak was over. Cohorting of staff and patients was not thought to be feasible, but staff members were not assigned to work on other wards, and those who were ill were kept from working until they were asymptomatic. Handwashing before and after patient contact was reinforced.

Six cas probables sont identifiés dans 3 autres services. Aucun autre signe de propagation de la poussée n'est relevé en dehors du service principalement visé.

Parmi les 41 pensionnaires, 36 (88%) ont reçu le vaccin antigrippal trivalent Fluzone® (Connaught Laboratories Limited) par voie intramusculaire, en octobre 1987. Le taux d'atteinte de la grippe B est de 30,6% chez les vaccinés (11/36) et de 80,0% chez les autres, la maladie clinique s'étant manifestée chez 4 des 5 pensionnaires non vaccinés ( $p=0,052$ ). On calcule que l'efficacité du vaccin est de 61% (intervalle de confiance à 95%: 4-99%). Seuls 2 membres du personnel sont vaccinés.

**Mesures prises:** La plupart des malades ne reçoivent qu'un traitement symptomatique contre la fièvre et le syndrome respiratoire, mais les cas de pneumonie font l'objet d'une antibiothérapie. Pour tenter de stopper la propagation de l'infection, on interdit aux cas graves de quitter la chambre et on reporte toute nouvelle admission dans le service à la fin de la poussée. Le regroupement du personnel et des malades en cohortes n'est pas jugé possible, mais aucun employé du service n'est affecté ailleurs et tous les employés atteints sont relevés de leurs fonctions jusqu'à résolution de leurs symptômes. L'accent est mis sur l'importance du lavage des mains avant et après chaque contact avec un malade.

Chemoprophylaxis with amantadine was not offered to residents of the ward for the following 2 reasons: 1) by the time the outbreak was recognized, few new cases were appearing; and 2) it was known that there was widespread concurrent influenza B activity in the community(1), so that influenza A was considered to be a less likely cause of illness.

**Discussion:** Residents of nursing homes and homes for the aged appear to be particularly vulnerable to influenza and its associated complications(2,3). In this influenza outbreak affecting residents and staff of one ward of a home for the aged, illness was generally mild and of short duration, although 3 patients developed lower respiratory tract infection requiring hospitalization, and one death was attributable to pneumonia. Although concern has been expressed regarding the impact of influenza A in nursing homes, this outbreak illustrates that significant morbidity and mortality may also occur in association with influenza B infection in elderly populations(4).

This outbreak occurred despite a relatively high rate of influenza immunization on the ward (88%) and in the rest of the home (87%). Vaccine "failure" may have occurred because the strain of virus circulating in the community (B/Victoria/2/87) and presumably responsible for infection in the home, had undergone antigenic drift from the vaccine strain of virus (B/Ann Arbor/1/86). Determining vaccine efficacy based on a retrospective study is difficult because it may not be possible to identify all infected individuals. However, the calculated vaccine efficacy of 61% may be an underestimate of the true efficacy if some of the "probable" cases were infected with another unidentified pathogen. It could not be determined in this outbreak whether vaccination had any effect on the severity of infection or risk of complications. It is possible, however, that the high immunization rate in the home prevented extensive spread of the outbreak to other wards. Thus, although vaccine efficacy should continue to be evaluated, annual immunization with trivalent influenza vaccine is recommended for elderly residents of long-term care facilities in order to reduce the occurrence of symptomatic illness, hospitalization, pneumonia and death(5-7).

#### References:

1. Findlay E et al. Nursing home outbreak of influenza B - North York. ODSR 1988; 9:135-7.
2. Goodman RA et al. Impact of influenza A in a nursing home. JAMA 1982; 247:1451-53.
3. Saah AJ et al. Influenza vaccine and pneumonia mortality in a nursing home population. Arch Intern Med 1986; 146:2353-57.
4. Van Voris LP et al. Nosocomial influenza B virus infection in the elderly. Ann Intern Med 1982; 96:153-8.
5. NACI statement of influenza vaccination for the 1988-1989 season. CDWR 1988; 14:77-82.
6. Barker WH, Mullooly JP. Influenza vaccination of elderly persons: Reduction in pneumonia and influenza hospitalizations and deaths. JAMA 1980; 244:2547-49.
7. Patriarca PA et al. Efficacy of influenza vaccine in nursing homes: Reduction in illness and complications during an influenza A(H3N2) epidemic. JAMA 1985; 253:1136-39.

La chimioprophylaxie à base d'amantadine n'est pas offerte aux pensionnaires pour les 2 raisons suivantes: 1) lorsqu'on reconnaît l'existence de la poussée, les nouveaux cas sont rares; et 2) comme on sait que la grippe B est, à ce moment-là, très répandue dans la collectivité(1), la grippe A est considérée comme étant une cause peu probable de maladie.

**Discussion:** Au chapitre de la grippe et des complications qui lui sont associées, les pensionnaires des maisons de repos et des foyers pour personnes âgées semblent particulièrement vulnérables(2,3). Lors de cette poussée de grippe dans un foyer pour personnes âgées, chez les pensionnaires et le personnel d'un service, l'évolution a généralement été brève et bénigne, bien que 3 malades aient développé une infection des voies respiratoires inférieures ayant exigé l'hospitalisation et qu'un décès par pneumonie ait été recensé. Des inquiétudes ont été exprimées quant à l'impact de la grippe A dans des maisons de repos, mais - comme cette poussée le démontre - une morbidité et une mortalité importantes peuvent aussi être associées à l'infection B chez la population âgée(4).

La poussée est survenue malgré un taux d'immunisation antigrippale relativement élevé dans le service (88%) et le reste du foyer (87%). Si le vaccin a "échoué", c'est peut-être parce que la souche virale qui circulait dans la collectivité (B/Victoria/2/87) et était vraisemblablement responsable de l'infection dans le foyer était une dérivation antigénique de la souche du vaccin (B/Ann Arbor/1/86). Il est difficile de juger de l'efficacité d'un vaccin d'après une étude rétrospective, car l'identification de tous les sujets infectés peut ne pas être possible. Cependant, si certains des cas "probables" étaient en fait infectés par un autre agent pathogène non identifié, l'efficacité vaccinale de 61% n'est peut-être qu'une sous-évaluation de l'efficacité réelle. Dans cette poussée, on n'a pu établir si la vaccination avait influé sur la gravité de l'infection ou le risque de complications. Il est toutefois possible que le taux d'immunisation élevé dans le foyer ait empêché la propagation importante de la poussée dans d'autres services. Par conséquent, même si l'efficacité du vaccin doit encore être évaluée, on recommande l'administration annuelle du vaccin antigrippal trivalent aux pensionnaires âgés d'établissements de soins prolongés, pour réduire les cas d'atteinte symptomatique, d'hospitalisation, de pneumonie et de décès(5-7).

#### Références:

1. Findlay E et coll. Nursing home outbreak of influenza B - North York. ODSR 1988; 9:135-7.
2. Goodman RA et coll. Impact of influenza A in a nursing home. JAMA 1982; 247:1451-53.
3. Saah AJ et coll. Influenza vaccine and pneumonia mortality in a nursing home population. Arch Intern Med 1986; 146:2353-57.
4. Van Voris LP et coll. Nosocomial influenza B virus infection in the elderly. Ann Intern Med 1982; 96:153-8.
5. CCNI. Déclaration sur la vaccination antigrippale pour la saison 1988-1989. RHMC 1988; 14:77-82.
6. Barker WH, Mullooly JP. Influenza vaccination of elderly persons: Reduction in pneumonia and influenza hospitalizations and deaths. JAMA 1980; 244:2547-49.
7. Patriarca PA et coll. Efficacy of influenza vaccine in nursing homes: Reduction in illness and complications during an influenza A (H3N2) epidemic. JAMA 1985; 253:1136-39.

**SOURCE:** AE Simor, MD, Department of Microbiology, Baycrest and Mount Sinai Hospitals, S Sharpe, RN, S Byrne, RN, T Cruz, RT, Baycrest Centre for Geriatric Care, B McLaughlin, MD, Central Public Health Laboratory, Ontario Ministry of Health, Toronto, Ontario.

### CONTROL OF INFLUENZA IN IN LONG-TERM CARE FACILITIES, INCLUDING USE OF AMANTADINE

Residents of nursing homes and other long-term care facilities often have medical conditions that increase the risk of pneumonia, hospitalization, and death following influenza. In addition, the institutional environment may promote spread of the disease. The following guidelines are adapted from recommendations by the United States Centers for Disease Control, Influenza Branch, as summarized in California Morbidity, No. 11, March 25, 1988. Please refer also to the annual National Advisory Committee on Immunization (NACI) statement on influenza vaccination which includes recommendations for use of amantadine, (CDWR 1988; 14:77-82).

#### Activities to Undertake Prior to the Influenza Season

1. Develop a policy for administering influenza vaccine to residents each fall; secure agreement on immunization from the appropriate physicians and patients/representatives in advance.

Aim to immunize at least 80% of residents, as such coverage can reduce the chance of an outbreak as well as a number and/or severity of influenza cases.

2. Develop a policy also to have staff immunized against influenza each fall. This decreases the chance of staff transmitting influenza in the facility and helps to avoid staff shortages during an outbreak.

3. Develop a contingency plan, with agreement from as many of the residents' physicians as possible, to allow for a rapid decision to administer amantadine to residents in the event of an influenza A outbreak in the facility.

#### Activities During the Influenza Season (November-April), Especially When Influenza is Present in the Surrounding Community

1. Develop a system to monitor the incidence of febrile ( $38^{\circ}\text{C}$  or higher) respiratory illness (increased or new cough, coryza, sore throat, etc.) among residents or staff so that increases in incidence can be quickly detected. The system should actually be part of a general infection surveillance and control program as influenza is but one of many possible infections in long-term care facilities.

2. If the incidence increases, try to obtain throat swabs for viral studies from at least 2 residents with influenza-like illness each week until the incidence returns to normal.

3. Check with your local virus laboratory for any guidelines on swab-taking technique. One successful method is to (a) moisten the swab with transport media or saliva, (b) sweep firmly across the fauces and posterior pharyngeal wall, trying to scrape off some superficial cells, (c) place the swab in transport media immediately, and (d) store in the refrigerator unfrozen until transported to the laboratory.

**SOURCE:** Dr AE Simor, Département de microbiologie, Hôpitaux Baycrest et Mount Sinai, S Sharpe, i.a., S Byrne, i.a., T Cruz, t.a., Baycrest Centre for Geriatric Care, Dr B McLaughlin, Laboratoire central de santé publique, Ministère de la santé de l'Ontario, Toronto (Ontario).

### LUTTE CONTRE LA GRIPPE DANS DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS PROLONGÉS, ET NOTAMMENT RECOURS À L'AMANTADINE

Les pensionnaires de foyers pour personnes âgées et autres établissements de soins prolongés présentent souvent des états pathologiques qui augmentent le risque de pneumonie, d'hospitalisation et de décès par suite d'une grippe. L'établissement lui-même est en outre un milieu qui peut être propice à la propagation de la maladie. Les directives qui suivent sont tirées de recommandations de la Direction de la grippe des Centers for Disease Control américains qu'exposait brièvement California Morbidity dans son 11<sup>e</sup> numéro paru le 25 mars 1988. Se reporter également à la déclaration antigrippale qui fait état de recommandations quant à l'utilisation de l'amantadine (RHMC 1988; 14:77-82).

#### Mesures à prendre avant la saison grippale

1. Élaborer une politique pour que le vaccin antigrippal soit administré chaque automne à tous les pensionnaires; à cette fin, obtenir d'avance le consentement des médecins concernés, ainsi que des patients ou de leurs représentants.

Se fixer comme objectif minimal l'immunisation de 80% des pensionnaires, puisqu'une telle couverture peut réduire à la fois le risque de poussée et le nombre et/ou la gravité des cas de grippe.

2. Élaborer aussi une politique pour que le personnel soit vacciné contre la grippe chaque automne, mesure qui réduit le risque de transmission de la grippe par les employés dans l'établissement et aide à éviter la pénurie de personnel pendant une poussée.

3. Mettre au point un plan d'urgence auquel souscrirait le plus grand nombre possible de médecins concernés, et qui permettrait de prendre rapidement la décision d'administrer de l'amantadine aux pensionnaires si une poussée de grippe A se déclarait dans l'établissement.

#### Mesures à prendre pendant la saison grippale (novembre - avril), surtout en cas d'activité grippale dans la collectivité

1. Élaborer un système pour surveiller l'incidence d'atteinte respiratoire (toux accrue ou nouvelle, coryza, mal de gorge, etc.) fébrile ( $38^{\circ}\text{C}$  ou plus) chez les pensionnaires et le personnel, de façon à déceler rapidement toute hausse. Ce système devrait en fait faire partie d'un programme général de lutte anti-infectieuse puisque la grippe n'est qu'une des nombreuses infections qui peuvent se manifester dans un établissement de soins prolongés.

2. En cas d'augmentation de l'incidence, tenter d'obtenir par écouvillonnage, à des fins de virologie, des prélèvements pharyngés hebdomadaires chez au moins 2 pensionnaires atteints de syndrome pseudo-grippal, jusqu'à ce que l'incidence soit revenue à la normale.

3. Vérifier auprès du laboratoire de virologie local s'il existe des directives sur l'écouvillonnage. Une bonne façon de procéder est a) d'humecter l'écouvillon avec un milieu de transport ou de la salive, b) de passer fermement l'écouvillon sur le gosier et la paroi postérieure du pharynx, en tentant de racler quelques cellules superficielles, c) de placer sans tarder l'écouvillon dans le milieu de transport, et d) de le garder au réfrigérateur, non congelé, jusqu'à son transport au laboratoire.

- |   |   |
|---|---|
| <p>4. Post signs at appropriate locations reminding visitors that they should refrain from visiting the facility when they have an acute respiratory illness.</p> <p>5. If feasible, reassign staff members ill with acute febrile respiratory symptoms to duties with no resident contact or send them home.</p> <p>6. If practical, keep residents with acute febrile respiratory illness out of common areas such as dining or sitting rooms and exclude them from group activities.</p> | <p>4. Placer des affiches dans des endroits opportuns pour rappeler aux visiteurs de s'abstenir de venir dans l'établissement s'ils souffrent d'atteinte respiratoire aiguë.</p> <p>5. Si possible, affecter les employés qui présentent des symptômes respiratoires fébriles à de nouvelles fonctions qui ne demandent aucun contact avec des pensionnaires, ou les renvoyer à la maison.</p> <p>6. Si possible, interdire aux pensionnaires présentant un syndrome respiratoire fébrile aigu l'accès aux aires communes telles que les salles à manger et les salons, et les exclure de toute activité de groupe.</p> |
|---|---|

#### **Activities When an Influenza-Like Illness Outbreak Begins in a Facility**

1. Assess clinical features of illness for consistency with influenza; i.e., fever, headache, myalgia and malaise in addition to respiratory symptoms.
2. Determine which influenza viruses are circulating in the community at the time by consulting with local public health officials. It is also important that they know about your outbreak. Investigation of institutional outbreaks is essential to determine the impact of current viral strains on high-risk groups, to measure the efficacy of the current vaccine and to guide the selection of vaccine components for the next influenza season.
3. If influenza A is determined to be the likely cause of the outbreak, offer amantadine to all residents, whether immunized or not, and to unimmunized staff who have contact with residents as soon as possible. Amantadine protects against all strains of type A influenza viruses, and mutations in the virus that may decrease vaccine efficacy do not affect the action of the drug. If given before exposure to influenza A, amantadine prevents illness in 70-90% of those taking the drug. When prescribed as treatment, amantadine may lessen the severity and duration of influenza A illness in healthy adults if given within 24-48 hours after the onset of symptoms. Although there have been no well-controlled studies to demonstrate its efficacy in preventing complications in high-risk persons who are ill with suspected influenza A, its use should be considered because of the potential benefits.
  - (a) The amantadine dosage for adults under age 65 is 200 mg daily; for older persons and those with active seizure disorders, it is no more than 100 mg daily. Persons with significant kidney dysfunction should receive even lower dosages, based on creatinine clearance as described in the drug package insert. See the current NACI statement and package insert for other precautions.
  - (b) If influenza A is confirmed, residents and staff should continue taking amantadine at least until 48 hours after resolution of influenza signs and symptoms in the latest case in the facility and preferably until influenza A activity has declined in the surrounding community. If influenza A is not confirmed or if residents continue to become ill despite amantadine prophylaxis, discontinuation of the drug should be considered.

#### **Mesures à prendre en cas de poussée de syndrome pseudo-grippal dans un établissement**

1. Évaluer le tableau clinique de l'atteinte pour déterminer s'il correspond à celui de la grippe c'est-à-dire: fièvre, céphalées, myalgies et malaise - en plus des symptômes respiratoires.
2. Consulter les autorités locales de santé publique pour déterminer quels virus grippaux circulent dans la collectivité au moment vise. Veiller également à informer ces autorités de la poussée. Il est essentiel d'enquêter sur les poussées en établissement pour déterminer l'impact des souches virales circulantes sur des groupes à haut risque, calculer l'efficacité du vaccin de la saison, et guider la sélection des composantes du vaccin antigrippal de la prochaine saison.
3. S'il est déterminé que la grippe A est la cause probable de la poussée, offrir dès que possible de l'amantadine à tous les pensionnaires, qu'ils soient immunisés ou non, ainsi qu'aux employés non vaccinés qui ont des contacts avec des pensionnaires. L'amantadine protège contre toutes les souches de virus grippaux de type A, et son action n'est pas touchée par des mutations du virus qui peuvent miner l'efficacité du vaccin. Lorsqu'elle est administrée avant l'exposition à la grippe A, l'amantadine prévient la maladie dans 70 à 90% des cas. Lorsqu'elle est prescrite à titre thérapeutique, elle peut réduire la gravité et la durée de l'atteinte grippale A chez des adultes sains, à condition d'être administrée dans un délai de 24 à 48 heures suivant l'installation des symptômes. Même si aucune étude bien contrôlée n'a été faite afin d'en démontrer l'efficacité pour empêcher des complications chez des personnes à haut risque, l'amantadine doit, étant donné ses bienfaits potentiels, être envisagée pour des membres de ce groupe chez qui l'on soupçonne une grippe A.
  - a) Pour l'adulte de moins de 65 ans, la dose journalière recommandée est de 200 mg; pour le sujet plus âgé et celui qui souffre de troubles épileptiques actifs, la dose ne doit pas dépasser 100 mg par jour. Chez l'insuffisant rénal, la posologie doit encore être réduite d'après la clairance de la créatinine, conformément à la notice jointe au médicament. Pour les autres précautions, voir la déclaration en vigueur du CCNI et cette notice.
  - b) Si la grippe A est confirmée, les pensionnaires et le personnel doivent continuer à prendre de l'amantadine pendant au moins 48 heures après la résolution des signes et symptômes de grippe chez le dernier cas enregistré dans l'établissement et, de préférence, jusqu'à ce que l'activité grippale A ait diminué dans la collectivité. Si la grippe A n'est pas confirmée ou si des cas se déclarent encore chez des pensionnaires malgré la prophylaxie, on doit envisager d'arrêter l'administration d'amantadine.

- (c) Monitor residents on amantadine for development of (or if already present, worsening of) signs and symptoms that may represent amantadine toxicity: confusion, delusions, marked personality change, hostility, agitation, hallucination, nausea, vomiting, or ataxia/loss of balance/falling. Should any of these develop, immediate consideration should be given to discontinuation of amantadine for affected residents.
- (d) Monitor residents and staff on amantadine for less serious side effects: nervousness, irritability, insomnia, fatigue, depression, or decreased appetite. These side effects are often mild and transient but in some cases they may be troublesome enough to warrant reducing the dosage or discontinuing the drug.

#### Announcement

#### NEW EDITION OF CSA WASTE MANAGEMENT STANDARD FOR HEALTH CARE FACILITIES

The Canadian Standards Association has just recently published the second edition of Standard CAN/CSA-Z317.10-1988 Handling of Waste Materials Within Health Care Facilities.

This Standard establishes specific guidelines for the segregation, collection, movement and storage of waste materials within health-care facilities. The main objective is to decrease the possible risks of the spread of infection and injury to personnel due to the improper handling of waste materials.

Several important changes have been made to the second edition of the Standard:

- (a) A new series of waste categories, based upon the World Health Organization's Report, Management of Waste from Hospitals, has been introduced;
- (b) A new section, Pharmaceutical Waste, prepared in cooperation with the Canadian Society of Hospital Pharmacists, now appears in the Standard;
- (c) A new classification system for waste containers, including sharps containers, has been developed; and
- (d) The Standard has been written to reflect the practical aspects of waste handling.

Copies of the Standard are now available through CSA's Standards Sales Group and can be ordered by calling (416) 747-4044. The cost of the Standard is \$45.00.

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

- c) Surveiller les pensionnaires qui reçoivent de l'amantadine pour déterminer s'ils développent (ou si cela est déjà le cas, s'il y a aggravation) des signes et symptômes pouvant être révélateurs de toxicité: confusion, délires, changement marqué de personnalité, hostilité, agitation, hallucinations, nausées, vomissements ou ataxie/perte d'équilibre/chute. Si l'un ou l'autre de ces signes se manifeste, envisager sans tarder d'arrêter la thérapeutique chez les personnes visées.
- d) Surveiller les pensionnaires et les employés qui prennent de l'amantadine pour déceler chez eux des effets indésirables moins graves: nervosité, irritabilité, insomnie, fatigue, dépression ou perte d'appétit. Souvent bénins et passagers, ces effets peuvent toutefois être assez pénibles pour justifier dans certains cas la diminution de la posologie ou l'arrêt du traitement.

#### Announce

#### NOUVELLE ÉDITION DE LA NORME DE L'ACNOR SUR LA GESTION DES DÉCHETS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS

L'Association canadienne de normalisation (ACNOR) vient de publier la deuxième édition de la norme CAN/CSA - Z317.10-1988 Handling of Waste Materials Within Health Care Facilities, dont la traduction en français est en cours.

Cette norme présente des directives précises pour le triage, l'enlèvement, le transport et l'entreposage des déchets dans les établissements de soins. Son but premier est de réduire pour le personnel les risques d'infection et de blessure attribuables à un défaut de manipulation des déchets.

Dans la deuxième édition, plusieurs modifications ont été apportées à la norme:

- a) De nouvelles catégories de déchets, établies d'après le rapport de l'Organisation mondiale de la santé intitulé "La gestion des déchets des hôpitaux", ont été introduites;
- b) Une nouvelle section sur les déchets pharmaceutiques, préparée en collaboration avec la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux, est maintenant incluse;
- c) Un nouveau système de classification a été élaboré pour les contenants de déchets, y compris pour ceux réservés aux articles acérés; et
- d) La norme a été formulée de façon à refléter les aspects pratiques de la manipulation des déchets.

La norme est maintenant offerte par le Service des ventes des normes de l'ACNOR et peut être commandée par téléphone au (416) 747-4044. Le prix de l'exemplaire est de 45 \$.

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.

**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