

CA 1 1588



Canada Diseases Weekly Report

ISSN 0382-232X

Rapport hebdomadaire des maladies au Canada

Date of Publication : April 22, 1989
 Date de publication: 22 avril 1989

CANADIEN

Vol.15-16

CONTAINED IN THIS ISSUE:

Canadian Immunization Guide	85
Announcement	88

CONTENU DU PRÉSENT NUMÉRO:

MAY 1 1989

Guide canadien d'immunisation	85
Annonce	88

CANADIAN IMMUNIZATION GUIDE

Accompanying this issue of the CDWR is a copy of the 3rd edition of the "Canadian Immunization Guide" (formerly published under the title "A Guide to Immunization for Canadians"). General distribution to public health units and medical practitioners within the provinces has kindly been undertaken by the provincial epidemiologists and most persons interested in receiving a copy will probably receive one within the next few weeks. Those who do not, or those wishing multiple copies, e.g., for medical or nursing students, should forward their requests to the Disease Surveillance Division, LCDC, Department of National Health and Welfare, Ottawa, Ontario, K1A 0L2.

As noted by Dr. Dixon in the Foreword, readers will find many changes in the new edition. Attention is drawn in particular to the following significant changes.

1. UNIVERSAL SCREENING OF PREGNANT WOMEN FOR HEPATITIS B SURFACE ANTIGEN (HBsAg)

In its 1987 statement on the use of immunizing agents for the prevention of hepatitis, the National Advisory Committee on Immunization (NACI) recommended that "where demographic and prevalence data warrant, all pregnant women should be routinely tested for HBsAg". It also recommended selective screening of certain high-risk groups in areas where routine screening was not implemented⁽¹⁾.

After reviewing more recent data, NACI now recommends that all pregnant women should be routinely screened for HBsAg. This new recommendation is based on the following considerations:

- 1) In some North American studies, the previously recommended guidelines for selecting the high-risk groups to be screened were found to lack sensitivity. In fact, almost 50% of HBsAg carriers failed to be identified by questionnaires based on these guidelines⁽²⁻⁵⁾.
- 2) Problems in implementing a selective screening strategy have been encountered. Some women, who were subsequently found to be carriers by routine testing, were not recognized by their physician as being candidates for selective screening^(6,7). It appears that many health-care providers either are not aware of the risks of perinatal transmission of hepatitis B virus and of the

GUIDE CANADIEN D'IMMUNISATION

Nous avons joint au présent numéro du RHMC un exemplaire de la 3^e édition du «Guide canadien d'immunisation» (autrefois publié sous le titre de «Guide pour l'immunisation des Canadiens»). Les épidémiologistes provinciaux ont bien voulu se charger de la diffusion générale aux services de santé publique et aux médecins praticiens; d'ici quelques semaines, la plupart des intéressés devraient avoir reçu un exemplaire. Ceux qui auront été oubliés et ceux qui désirent plus d'un exemplaire (p.ex., pour des étudiants en médecine ou en soins infirmiers) sont priés de s'adresser à la Division de la surveillance des maladies, LLCM, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa (Ontario), K1A 0L2.

Tel que précisé par le Dr Dixon dans l'Avant-propos, le lecteur trouvera beaucoup de modifications dans cette nouvelle édition. À cet égard, nous tenons à souligner les points suivants:

1. DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE DE L'ANTIGÈNE DE SURFACE DE L'HEPATITE B (AgHBs) CHEZ LES FEMMES ENCEINTES

Dans sa déclaration de 1987 sur l'utilisation d'agents immunisants servant à prévenir l'hépatite, le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) recommandait que "toutes les femmes enceintes fassent l'objet d'un dépistage systématique de l'AgHBs, lorsque les données démographiques et la prévalence le justifient". Il prônait aussi le dépistage sélectif de certains groupes à haut risque dans des régions où le dépistage systématique n'est pas en place⁽¹⁾.

Suite à l'étude de données plus récentes, le CCNI recommande aujourd'hui que toutes les femmes enceintes fassent l'objet d'un dépistage systématique de l'AgHBs. Il se fonde sur les points suivants :

- 1) Certaines études nord-américaines ont révélé le manque de sensibilité des recommandations pour la sélection des groupes à haut risque aux fins d'un dépistage. De fait, près de la moitié des porteuses de l'AgHBs n'ont pu être identifiées par des questionnaires établis d'après ces recommandations⁽²⁻⁵⁾.
- 2) La mise en oeuvre d'un dépistage sélectif a posé des difficultés. Certaines femmes, identifiées par la suite comme porteuses par des tests de routine, n'ont pas été reconnues par leur médecin comme candidates au dépistage sélectif^(6,7). Il semble que de nombreux dispensateurs de soins ne soient pas conscients des risques de transmission périnatale du virus de l'hépatite B et des recommandations, ou qu'ils hésitent à

Second Class Mail Registration No. 5670

Courrier de la deuxième classe - Enregistrement n° 5670

Health and Welfare
Canada Santé et Bien-être social
Canada

recommended guidelines, or are too busy or reluctant to obtain from patients certain sensitive information necessary to identify high-risk persons.

- 3) Universal screening against hepatitis B virus in pregnancy has been found to be cost-effective if the prevalence of infection equals or exceeds 0.06%⁽⁸⁾. This prevalence is lower than those found in 3 Canadian studies^(6,7,9). The cost of a prenatal screening program for hepatitis B in Canada compares well to that of other established screening programs, e.g., phenylketonuria, congenital hypothyroidism⁽¹⁰⁾.

Screening is preferably undertaken early in pregnancy. If a woman is not screened prenatally, she should be tested on admission for delivery. An effective system to transmit information regarding HBsAg status of a mother should be implemented to ensure that a baby of an HBsAg-positive mother will receive appropriate prophylaxis as soon as possible after birth.

2. PNEUMOCOCCAL POLYSACCHARIDE VACCINE

It is now recommended that all persons aged 65 years or more, including those in good health, receive a single dose of pneumococcal vaccine. This change is based on the fact that age is a major risk factor for pneumococcal pneumonia, bacteremia, and meningitis. Whether healthy or not, the elderly are at increased risk of death from these infections, and constitute a group for which maximum benefit may be gained from pneumococcal vaccine which is effective in this age group⁽¹¹⁻¹⁶⁾. Family physicians, internists, public vaccination clinics, and other providers should develop appropriate methods to ensure good vaccination coverage. Strategies can include one-time administration of pneumococcal vaccine to the elderly at the time of annual influenza vaccination, physician office visits, discharge from hospital, and/or admission to nursing homes or other chronic care facilities⁽¹⁷⁾.

The recommendations for pneumococcal vaccine in patients with various chronic diseases have been strengthened, and the list of conditions extended to include those with HIV infection and adult-type diabetes mellitus. The statement now recognizes that some authorities recommend continuous penicillin prophylaxis in addition to pneumococcal vaccination for those at highest risk of fulminant pneumococcal disease because of variable vaccine efficacy^(18,19).

Exceptions are now noted to the earlier contraindications against second doses of pneumococcal vaccine, since recent experience suggests that severe Arthus-type reactions are less common than was previously believed. Thus in certain circumstances a second dose of pneumococcal vaccine may be appropriate.

Finally, recent North American studies provide improved estimates of pneumococcal disease in Canada, which underscore the value of vaccination^(11,20).

References:

1. National Advisory Committee on Immunization. Statement on immunizing agents for the prevention of viral hepatitis. CDWR 1987; 13:99-106.

demander à leurs patientes les renseignements délicats qui permettent d'identifier les personnes à haut risque.

- 3) La rentabilité du dépistage systématique du virus de l'hépatite B pendant la grossesse a été démontrée par une prévalence de l'infection d'au moins 0,06%⁽⁸⁾, soit une prévalence inférieure à celle qui a été observée dans 3 études canadiennes^(6,7,9). Le coût d'un programme de dépistage prénatal de l'hépatite B au Canada soutient la comparaison avec celui de programmes de dépistage établis (p.ex., phénylcétoneurie, hypothyroïdie congénitale)⁽¹⁰⁾.

Il est préférable de procéder au dépistage tôt dans la grossesse. Si une femme échappe au dépistage prénatal, elle devrait subir des tests au moment de son admission pour accoucher. Un système efficace de communication des renseignements relatifs au statut AgHBs des mères devrait être mis en place pour garantir l'administration de la prophylaxie appropriée au bébé d'une mère AgHBs positive, aussitôt que possible après la naissance.

2. VACCIN POLYSACCHARIDIQUE ANTIPNEUMOCOCCIQUE

On recommande maintenant une dose unique de vaccin antipneumococcique pour toutes les personnes de 65 ans et plus, y compris pour celles qui sont en bonne santé, l'âge étant un facteur de risque important pour la pneumonie, la bactériémie et la méningite à pneumocoques. Qu'il soit en santé ou non, le sujet âgé présente un risque accru de mourir d'une telle infection, mais il peut tirer le maximum de bienfaits du vaccin antipneumococcique qui est efficace chez son groupe d'âge⁽¹¹⁻¹⁶⁾. Les médecins de famille, les internistes, les cliniques de vaccination publiques et d'autres dispensateurs de soins devraient mettre au point des méthodes permettant d'assurer une bonne couverture vaccinale. Parmi les stratégies possibles, notons: l'administration unique du vaccin antipneumococcique aux personnes âgées au moment d'une vaccination annuelle contre la grippe, de visites chez le médecin, d'une sortie d'hôpital et/ou de l'admission dans un foyer ou un autre établissement de soins prolongés⁽¹⁷⁾.

Les recommandations concernant l'administration du vaccin antipneumococcique à des sujets atteints de diverses maladies chroniques ont été renforcées, et la liste des états allongée pour inclure l'infection à VIH et le diabète sucré de l'adulte. La déclaration reconnaît maintenant que certaines autorités recommandent une prophylaxie continue à base de pénicilline, en plus du vaccin antipneumococcique, pour les sujets le plus fortement exposés à la maladie pneumococcique fulminante en raison de l'efficacité variable du vaccin^(18,19).

Des exceptions sont maintenant reconnues en ce qui a trait aux contre-indications précisées antérieurement pour l'administration d'une deuxième dose de vaccin antipneumococcique, l'expérience récente suggérant que de graves réactions de type Arthus sont moins répandues qu'on le croyait. Dans certaines circonstances, cette deuxième dose peut donc être appropriée.

Enfin, de récentes études nord-américaines donnent de meilleures estimations des cas d'atteinte pneumococcique au Canada, soulignant ainsi l'importance de la vaccination^(11,20).

Références:

1. Comité consultatif national de l'immunisation. Déclaration sur les agents immunisants servant à prévenir l'hépatite virale. RHMC 1987; 13:99-106.

2. Summers PR, Biswas MK, Pastorek JG II, Pernoll ML, Smith LG, Bean BE. The pregnant hepatitis B carrier: evidence favoring comprehensive ante-partum screening. *Obstet Gynecol* 1987; 69:701-4.
3. McQuillan GM, Townsend TR, Johannes CB et al. Prevention of perinatal transmission of hepatitis B virus: the sensitivity, specificity and predictive value of the recommended screening questions to detect high-risk women in an obstetric population. *Am J Epidemiol* 1987; 126:484-91.
4. Jonas MM, Schiff ER, O'Sullivan MJ et al. Failure of Centers for Disease Control criteria to identify hepatitis B infection in a large municipal obstetrical population. *Ann Intern Med* 1987; 107:335-7.
5. Kumar ML, Dawson NV, McCullough AJ et al. Should all pregnant women be screened for hepatitis B? *Ibid*:273-7.
6. Sekla L, Hammond G, Stackiw W, Eibisch G, Gast M. Testing pregnant women for HBsAg: a pilot study in Manitoba. *CDWR* 1988; 14:137-40.
7. Waters JR. Universal prenatal screening for hepatitis B, Alberta, 1985-1988. *CDWR* 1989; 15:29-32.
8. Arevalo JA, Washington AE. Cost-effectiveness of prenatal screening and immunization for hepatitis B virus. *JAMA* 1988; 259:365-9.
9. Delage G, Montplaisir S, Rémy-Prince S, Pierri E and the Hepatitis B Virus Immunization Study Group. Prevalence of hepatitis B infection in pregnant women in the Montreal area. *Can Med Assoc J* 1986; 134:897-901.
10. Dagenais DL, Courville L, Dagenais MG. A cost-benefit analysis of the Quebec network of genetic medicine. *Soc Sci Med* 1985; 20:601-7.
11. Jetté LP, Lamothe F, and the Pneumococcus Study Group. Surveillance of invasive *Streptococcus pneumoniae* infection in Quebec, Canada, from 1984 to 1986: serotype distribution, antimicrobial susceptibility, and clinical characteristics. *J Clin Microbiol* 1989; 27:1-5.
12. Fedson DS. Pneumococcal vaccine. In: Plotkin SA, Mortimer EA Jr, eds. *Vaccines*. Philadelphia: WB Saunders, 1988:271-99.
13. Bolan G, Broome CV, Facklam RR et al. Pneumococcal vaccine efficacy in selected populations in the United States. *Ann Intern Med* 1986; 104:1-6.
14. Gaillat J, Zmirou D, Mallaret MR et al. Essai clinique du vaccin anti-pneumococcique chez des personnes âgées vivant en institution. *Rev Épidémiol Santé Publ* 1985; 33:437-44.
15. Shapiro ED, Austrian R, Adair RK, Clemens JD. The protective efficacy of pneumococcal vaccine. *Clin Res* 1988; 36:470A. Abstract.
16. Sims RV, Steinmann WC, McConville JH, King LR, Zwick WC, Schwartz JS. The clinical effectiveness of pneumococcal vaccine in the elderly. *Ann Intern Med* 1988; 108:653-7.
17. Fedson DS. Influenza and pneumococcal immunization strategies for physicians. *Chest* 1987; 91:436-43.
2. Summers PR, Biswas MK, Pastorek JG II, Pernoll ML, Smith LG, Bean BE. The pregnant hepatitis B carrier: evidence favoring comprehensive ante-partum screening. *Obstet Gynecol* 1987; 69:701-4.
3. McQuillan GM, Townsend TR, Johannes CB et coll. Prevention of perinatal transmission of hepatitis B virus: the sensitivity, specificity and predictive value of the recommended screening questions to detect high-risk women in an obstetric population. *Am J Epidemiol* 1987; 126:484-91.
4. Jonas MM, Schiff ER, O'Sullivan MJ et coll. Failure of Centers for Disease Control criteria to identify hepatitis B infection in a large municipal obstetrical population. *Ann Intern Med* 1987; 107:335-7.
5. Kumar ML, Dawson NV, McCullough AJ et coll. Should all pregnant women be screened for hepatitis B? *Ibid*:273-7.
6. Sekla L, Hammond G, Stackiw W, Eibisch G, Gast M. Détection de l'AgHBs chez les femmes enceintes: étude pilote menée au Manitoba. *RHMC* 1988; 14:137-40.
7. Waters JR. Dépistage prénatal systématique de l'hépatite B, Alberta, 1985-1988. *RHMC* 1989; 15:29-32.
8. Arevalo JA, Washington AE. Cost-effectiveness of prenatal screening and immunization for hepatitis B virus. *JAMA* 1988; 259:365-9.
9. Delage G, Montplaisir S, Rémy-Prince S, Pierri E et le Groupe d'étude sur l'immunisation contre l'hépatite B. Prevalence of hepatitis B infection in pregnant women in the Montreal area. *J Assoc méd can* 1986; 134:897-901.
10. Dagenais DL, Courville L, Dagenais MG. A cost-benefit analysis of the Quebec network of genetic medicine. *Soc Sci Med* 1985; 20:601-7.
11. Jetté LP, Lamothe F, et le Groupe d'étude sur le pneumocoque. Surveillance of invasive Streptococcus pneumoniae infection in Quebec, Canada, from 1984 to 1986: serotype distribution, antimicrobial susceptibility, and clinical characteristics. *J Clin Microbiol* 1989; 27:1-5.
12. Fedson DS. Pneumococcal vaccine. In: Plotkin SA, Mortimer EA Jr, éds. *Vaccines*. Philadelphia: WB Saunders, 1988:271-99.
13. Bolan G, Broome CV, Facklam RR et coll. Pneumococcal vaccine efficacy in selected populations in the United States. *Ann Intern Med* 1986; 104:1-6.
14. Gaillat J, Zmirou D, Mallaret MR et coll. Essai clinique du vaccin anti-pneumococcique chez des personnes âgées vivant en institution. *Rev Épidémiol Santé Publ* 1985; 33:437-44.
15. Shapiro ED, Austrian R, Adair RK, Clemens JD. The protective efficacy of pneumococcal vaccine. *Clin Res* 1988; 36:470A. Résumé.
16. Sims RV, Steinmann WC, McConville JH, King LR, Zwick WC, Schwartz JS. The clinical effectiveness of pneumococcal vaccine in the elderly. *Ann Intern Med* 1988; 108:653-7.
17. Fedson DS. Influenza and pneumococcal immunization strategies for physicians. *Chest* 1987; 91:436-43.

18. Buchanan GR, Smith SJ. Pneumococcal septicemia despite pneumococcal vaccine and prescription of penicillin prophylaxis in children with sickle cell anemia. *Am J Dis Child* 1986; 140:428-31.
19. Zarabi MH, Rosner F. Rarity of failure of penicillin prophylaxis to prevent postsplenectomy sepsis. *Arch Intern Med* 1986; 146:1207-8.
20. Breiman RF, Navarro VJ, Darden PM, Darby CP, Spika JS. *Streptococcus pneumoniae* bacteremia in residents of Charleston county, South Carolina, a decade later. In: Program of 28th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy 26 October 1988, Los Angeles, California. Abstract 36.

SOURCE: *National Advisory Committee on Immunization.*

Announcement

INTERNATIONAL TRAVEL AND HEALTH Vaccination Requirements and Health Advice 1989 Edition¹

This annual guide, published by the World Health Organization and updated each January, issues authoritative advice on the medical and personal precautions necessary to protect travellers from communicable diseases and other health hazards commonly encountered abroad. Addressed to physicians, tourist agencies, airlines, and shipping companies, the book presents the facts and advice needed to plan vaccinations and answer health questions that are specific to risks in the intended country of travel. Emphasizing the importance of prevention, the book also issues advice on the many personal precautions that can help safeguard health when visiting unfamiliar places.

This publication, available in English or French, can be obtained 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. Cost is \$15.50 per copy including postage and handling.

¹Previously published under the title *Vaccination certificate requirements and health advice for international travel.*

18. Buchanan GR, Smith SJ. Pneumococcal septicemia despite pneumococcal vaccine and prescription of penicillin prophylaxis in children with sickle cell anemia. Am J Dis Child 1986; 140:428-31.

19. Zarabi MH, Rosner F. Rarity of failure of penicillin prophylaxis to prevent postsplenectomy sepsis. Arch Intern Med 1986; 146:1207-8.

20. Breiman RF, Navarro VJ, Darden PM, Darby CP, Spika JS. Streptococcus pneumoniae bacteremia in residents of Charleston county, South Carolina, a decade later. In: Program of 28th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy, 26 octobre 1988, Los Angeles, Californie. Résumé 36.

SOURCE: *Comité consultatif national de l'immunisation*

Annonce

VOYAGES INTERNATIONAUX ET SANTÉ Vaccinations exigées et conseils d'hygiène Edition 1989¹

Ce guide annuel, publié par l'Organisation mondiale de la Santé et remis à jour en janvier, donne des avis autorisés sur les précautions d'ordre médical et individuel qui s'imposent pour se prémunir contre les maladies transmissibles et les autres risques auxquels sont souvent exposés les voyageurs à l'étranger. Destiné au corps médical, aux agences de tourisme et aux compagnies aériennes et maritimes, il présente les faits et les conseils nécessaires pour planifier les vaccinations et répondre aux questions qui se posent face aux risques précis rencontrés dans les pays où comptent se rendre les voyageurs. Soulignant l'importance de la prévention, il contient aussi des conseils sur les nombreuses précautions que seraient avisés de prendre les voyageurs qui se rendent dans les régions peu connues.

Cette publication est offerte en versions anglaise et française. Pour se procurer un exemplaire 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: 15,50 \$ l'exemplaire, frais de port et de manutention inclus.

¹Précédemment publié sous le titre *Certificats de vaccination exigés et conseils d'hygiène pour les voyages internationaux.*

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
Desktop Publishing:	Linda Mainville	(613) 957-7845

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 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
Rédactrice en chef:	Eleanor Paulson	(613) 957-1788
Distribution:	Dolly Riggins	(613) 957-0841
Édition:	Linda Mainville	(613) 957-7845

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