ISSN 0382-232X

Canada Diseases Weekly Report

Rapport hebdomadaire des maladies au Canada

Date of publication: 28 December 1991 Vol. 17-52 Date de publication: 28 décembre 1991

Contained in this issue:

Meningococcal Disease - Canada, 1991 293
Four Cases of *Neisseria meningitidis* Infection Linked to Frequenting a Bar - Quebec 294
A Cluster of *Neisseria meningitidis* cases in Quebec, January 1991 . . 295
Notice 296

Contenu du présent numéro:

Méningococcies - Canada 1991 293
Quatre cas d'infection a *Neisseria meningitidis* reliés a la fréquentation d'un bar - Québec 294
Grappe de cas d'infection à *Neisseria meningitidis* au Québec, en janvier 1991 . . 295
Avis 296

Preliminary Summary

MENINGOCOCCAL DISEASE - CANADA, 1991

The provisional total of notified cases of invasive meningococcal disease in Canada for 1991 is 407, compared to 426 in 1990 (5% decrease). The Bureau of Communicable Disease Epidemiology, LCDC, monitors the number of reported cases and their associated serogroups. The National Laboratory for Bacteriology, LCDC, termines serotype, subtype and enzyme electrophoretic type (ET) of *Neisseria meningitidis* isolates it receives. Of 173 serogroup C strains received so far in 1991, 76.3% were type ET-15. This is an increase over the previous 2 years (48.4% in 1989 and 65.8% in 1990). The proportion of disease due to serogroup C is not yet known for Canada as many strains are not sent to LCDC. However, in 1990, surveillance by the Bureau of Communicable Disease Epidemiology found that serogroup C accounted for 63% of all meningococcal isolates of known group.

There have been 3 localised clusters of meningococcal disease in Canada involving 3 provinces, 2 of these in December. The clusters have generated considerable media attention on all sporadic cases of meningococcal disease. The 3 clusters involved mainly persons of high-school age and resulted in the use of targetted immunization programs in addition to chemoprophylaxis as control measures.

Recently, attention has been drawn to an apparently higher case-fatality rate among affected persons; however, this is based on a relatively small number of cases which occurred late in the year. The overall case-fatality rate for meningococcal disease in Canada during the past 3 years does not appear to be any greater when compared to previous years.

The provinces and LCDC continue active surveillance of meningococcal disease. All clinical isolates of *N. meningitidis* should be referred to the provincial Public Health Laboratories for further characterization.

Source: *Bureau of Communicable Disease Epidemiology and National Laboratory for Bacteriology, Bureau of Microbiology, Laboratory Centre for Disease Control, Ottawa.*

Résumé préliminaire

MÉNINGOCOCCIES - CANADA 1991

Pour l'année 1991, le nombre total de cas déclarés de méningococcie invasive s'est établi à 407 contre 426 pour l'année 1990 (baisse de 5%). La Bureau de l'épidémiologie des maladies transmissibles du LLCM tient un registre du nombre de cas déclarés et des groupes sérologiques associés. Le Laboratoire national de bactériologie du LLCM détermine le sérotype, le sous-type de même que l'électrophorétype enzymatique (EE) de tous les isolats de *Neisseria meningitidis* qu'il reçoit. Des 173 souches de sérotype C reçues jusqu'ici en 1991, 76,3% appartenaient au type EE-15. Il s'agit d'une augmentation par rapport aux 2 années précédentes (48,4% en 1989 et 65,8% en 1990). La proportion des cas de maladie dus au sérotype C n'est pas encore connue pour le Canada, étant donné que de nombreuses souches ne sont pas envoyées au LLCM. En 1990, toutefois, la surveillance exercée par le Bureau de l'épidémiologie des maladies transmissibles a permis d'établir que le sérotype C représentait 63 % de tous les isolats de méningocoques appartenant à des groupes sérologiques connus.

On a relevé 3 éclosions localisées de cas de méningococcies au Canada, dans 3 provinces; 2 de celles-ci sont survenues en décembre. Par suite de ces éclosions, les médias ont accordé énormément d'attention à tous les cas sporadiques de méningococcie. Les 3 éclosions concernaient surtout des adolescents, et l'on a eu recours aux programmes d'immunisation ciblés de même qu'à la chimioprophylaxie comme mesures de lutte contre l'infection.

Dernièrement, l'attention de la population a été attirée sur le taux de létalité apparemment plus élevé de la maladie parmi les personnes atteintes, toutefois, cette hypothèse est fondée sur un nombre relativement restreint de cas survenus à la fin de l'année. Le taux de létalité global des méningococcies observées au Canada au cours des 3 dernières années ne semble pas plus élevé qu'il était au cours des années antérieures.

Les provinces et le LLCM poursuivent leur surveillance active des méningococcies. Tous les isolats de *N. meningitidis* devraient être transmis aux laboratoires provinciaux de santé publique afin de subir une caractérisation plus poussée.

Source : *Bureau de l'épidémiologie des maladies transmissibles et Laboratoire national de bactériologie, Bureau de la microbiologie, Laboratoire de lutte contre la maladie (Ottawa).*

Second Class Mail Registration No. 5670

Courrier de la deuxième classe - Enregistrement n° 5670

Health and Welfare Canada Santé et Bien-être social Canada

Canada

FOUR CASES OF *NEISSERIA MENINGITIDIS* INFECTION LINKED TO FREQUENTING A BAR - QUEBEC

Over a 6-week period, from 27 February to 8 April, 1991, 4 cases of *Neisseria meningitidis* infection (Table 1) were reported to the Community Health Department (CHD) at Charles Lemoyne Hospital on Montreal's South Shore.

Table 1

Case	Sex	Age (in years)	Date of Onset	Outcome
1	F	18	27 February 1991	recovered
2	M	24	5 March 1991	recovered
3	M	17	8 March 1991	died
4	F	55	8 April 1991	died

Case 1, an 18-year old woman, presented to the emergency department in a Montreal hospital with a clinical picture of bacterial meningitis, which had been developing over 24 hours. A few petechial lesions were noted on the abdominal wall the day after admission. Laboratory investigation on admission indicated leucocytosis (28.1 x 10^9/L) and a CSF leucocyte count of 13.76 x 10^6/L (all polymorphonuclear); all other tests were normal. Three blood cultures done on arrival were negative. *N. meningitidis* was identified in the CSF on the third day of hospitalization. This young woman made a good recovery. Cases 2, 3 and 4 presented with a picture of septic shock with petechiae, purpura, disseminated intravascular coagulation and adrenal insufficiency. Two patients died within 18 hours of the onset of the illness. Case 2 had a stormy course but no significant sequelae. Initial investigation indicated leucopenia, thrombocytopenia, and no polymorphonuclear leucocytes in the CSF. *N. meningitidis* was isolated from the blood and CSF of these 3 patients after 12 hours of incubation.

Cases 2 and 3 were the first cases declared to the CHD of Charles Lemoyne Hospital. These were 2 young men aged 24 and 17 years. Epidemiologic investigation showed that they both attended the same community college, one as a day student and the other in the evening. No link could be established between them at the college, but they both went to a bar on Montreal's South Shore once a week. This bar accommodates up to 500 people on a busy night, i.e., Thursday and Friday, and the clientele are usually 18 to 25-year-olds. There is a discotheque on the first floor and a pub on the second. On the evening of 1 March, 1991, both young men were in the pub, but they did not know each other and had no direct contact. Rifampin was administered prophylactically to close contacts of these 2 cases and also to the staff of the pub on 13 March.

On 15 March, the bar employees revealed the existence of the first case, i.e., the 18-year-old woman who lived on Montreal Island. Onset of her symptoms was 27 February, prior to onset in the second and third cases. The young woman did not know these 2 young men and had no direct contact with them. She went to the disco on the first floor once a week, the last time being 15 February. On 15 March, all bar employees were given rifampin prophylactically.

On 8 April, the fourth case was reported: the 55-year-old mother of a bar employee. The son had received rifampin on the 19th and 20th March. His mother had not been in the bar. The hypothesis was one of bacterial transmission from employees and regular customers.

To stop this transmission the Community Health Department joined with the Centre local de services communautaires (CLSC) des Seigneuries and the Public Health Branch of the Quebec Department of Health to initiate an emergency intervention. Rifampin prophylaxis and meningococcal vaccine were offered to the following target groups:

QUATRE CAS D'INFECTION À *NEISSERIA MENINGITIDIS* RELIÉS À LA FRÉQUENTATION D'UN BAR - QUÉBEC

Sur une période de 6 semaines, soit du 27 février au 8 avril 1991, 4 cas d'infection à *Neisseria meningitidis* (tableau 1) ont été déclarés au Département de santé communautaire (DSC) de l'Hôpital Charles-Lemoyne, sur la Rive-Sud de Montréal.

Tableau 1

Cas	Sexe	Âge (ans)	Début des symptômes	Issue
N° 1	F	18	27/2/91	Guérison
N° 2	M	24	5/3/91	Guérison
N° 3	M	17	8/3/91	Décès
N° 4	F	55	8/4/91	Décès

Le cas n° 1 était une jeune femme de 18 ans qui s'est présentée à l'urgence d'un centre hospitalier de Montréal avec un tableau clinique de méningite bactérienne évoluant depuis 24 heures. Quelques lésions pétéchiales ont été observées sur la paroi abdominale le lendemain de l'admission. Les tests effectués en laboratoire à l'arrivée ont révélé une leucocytose à 28,1 x 10^9/L et une leucorachie à 13,76 x 10^6/L (tous des polymorphonucléaires); les autres analyses étaient normales. Les 3 hémocultures faites à l'arrivée étaient négatives. *N. meningitidis* a été détecté dans le LCR le 3e jour d'hospitalisation, et la jeune femme s'est bien rétablie. Les cas nos 2, 3 et 4 se sont présentés avec un tableau de choc septique avec pétéchies, purpura, coagulation intravasculaire disséminée et insuffisance surrénalienne. Deux patients sont décédés dans les 18 heures qui ont suivi le début de la maladie. Le cas n° 2 a connu une évolution brusque; il reste toutefois sans séquelle notable. L'investigation initiale a démontré une leucopénie, une thrombocytopénie et l'absence de polymorphonucléaires dans le LCR. *N. meningitidis* a été isolé dans le sang et le LCR de ces 3 patients après 12 heures d'incubation.

Les premiers cas qui ont été déclarés au DSC de l'Hôpital Charles-Lemoyne sont 2 jeunes hommes âgés respectivement de 24 et 17 ans (les cas nos 2 et 3). L'enquête épidémiologique a démontré qu'ils fréquentaient le même établissement scolaire de niveau collégial : l'un étudiait le jour et l'autre, le soir. Aucun lien n'a été établi entre eux à cet endroit. Toutefois, tous 2 fréquentaient une fois par semaine un bar de la Rive-Sud de Montréal. Ce dernier peut recevoir 500 personnes les soirs d'affluence, les jeudi et vendredi; la clientèle est composée en grande partie de jeunes gens âgés de 18 à 25 ans. Ce bar comprend une discothèque au 1er étage et une brasserie au 2e étage. Le soir du 1er mars 1991, les 2 sujets se trouvaient à la brasserie, mais, ne se connaissant pas, ils n'ont eu aucun contact direct. La prophylaxie à la rifampicine a été administrée aux contacts étroits de ces 2 cas ainsi qu'au personnel de la brasserie, le 13 mars.

Deux jours plus tard, soit le 15 mars, l'existence du cas n° 1 nous était signalée par le personnel du bar. Il s'agissait d'une jeune femme de 18 ans, résidant sur l'île de Montréal, dont les symptômes étaient apparus le 27 février, c'est-à-dire avant ceux des cas nos 2 et 3. La jeune femme ne connaissait pas les 2 cas précités et n'avait pas eu de contact direct avec eux. Elle fréquentait la discothèque du 1er étage une fois par semaine, et sa dernière visite datait du 15 février. Le 15 mars, la prophylaxie à la rifampicine était administrée à tous les employés du bar.

Le 8 avril 1991, un quatrième cas a été déclaré; il s'agissait d'une dame de 55 ans, mère d'un employé du bar. Ce dernier avait pris la rifampicine les 19 et 20 mars; sa mère n'avait pas fréquenté le bar. L'hypothèse retenue a été celle de la transmission de la bactérie à partir des employés et des habitués du bar.

Pour enrayer la transmission de la maladie, le DSC, en collaboration avec le Centre local de services communautaires (CLSC) des Seigneuries et la Direction de la santé publique du ministère de la Santé du Québec, a mis sur pied une intervention d'urgence. La prophylaxie à la rifampicine ainsi que le vaccin antiméningococcique ont été proposés aux groupes cibles suivants :

- close contacts of the last case
- bar employees and family contacts living in the same households
- persons who had been to the bar once a week since 8 March.

Between 10 and 12 April, 1,501 individuals reported to the CLSC for rifampin and meningococcal vaccine; 1,200 phone inquiries were also handled by the telephone information centre.

The *N. meningitidis* isolates from the 4 cases were all serogroup C, nontypable; subtype P1.2, with the same enzyme electrophoretic profile[1]. The strains isolated in the first 3 patients were sulfamide resistant and rifampin sensitive; the strain from the fourth case was resistant to both sulfamides and rifampin. Prophylaxis failure could be explained by the development of rifampin resistance. However, the hypothesis that the fourth case was isolated from the others is unlikely because the strain identified in this case was identical to the other 3 and different from previously identified strains in Quebec in 1991.

As of 25 June, 1991, no other cases of *N. meningitidis* infection had occurred that could be linked to these 4 cases.

Acknowledgements

The authors wish to thank the members of the infectious disease team of the Charles Lemoyne Hospital CHD (Drs. Henri Deguire, Serge Dufresne and Alain Poirier, Mrs. Ginette Lafontaine and Mrs. Odette Leduc) and Dr. F. Ashton, National Laboratory for Bacteriology, Bureau of Microbiology, LCDC, for providing the typing data.

Reference

1. Ashton FE, Ryan JA, Borczyk A, Caugant DA, Mancino L, Huang D. *Emergence of a virulent clone of Neisseria meningitis serotype 2a that is associated with meningococcal group C disease in Canada.* J Clin Microbiol 1991;29:2489-93.

Source: *Lina Perron, MD, Consulting Physician, Charles Lemoyne Hospital CHD, Céline Laferrière, MD, Microbiologist, Centre hospitalier Pierre Boucher, Montreal, Quebec.*

A CLUSTER OF *NEISSERIA MENINGITIDIS* CASES IN QUEBEC, JANUARY 1991

On 14 January, 1991, the first case of meningococcal infection was reported in the community of Beauceville in Québec. A 5-year-old boy presented with the following symptoms: fever, nausea, vomiting and petechiae over his entire body. In less than 6 hours, he progressed into a state of irreversible septic shock of the Waterhouse-Friderichsen type and died the next day. The autopsy confirmed the Waterhouse-Friderichsen syndrome and *Neisseria meningitidis* was identified in an ante mortem blood culture; however, serogrouping of the strain was not carried out. A total of 73 close contacts subsequently received rifampin.

On 29 January, a 3-year-old boy living on the same street was acutely toxic with a fever of 41°C. Maxillary sinusitis was diagnosed, and petechiae appeared. The results of a lumbar puncture were normal. The child improved after the administration of cefotaxime, replaced with penicillin when the pathogen was identified as *N. meningitidis* serogroup C, serotype 2a:subtype P1.2(C:2a:P1.2). Sixty-six direct contacts underwent chemoprophylaxis with rifampin.

The same day, a 12-year-old boy presented with symptoms of influenza, characterized by severe headache for the previous 12 hours, fever and vomiting. Although there was no neck stiffness, the spinal fluid was opalescent and the blood culture revealed *N. meningitidis*, C:2a:P1.2. He progressed favourably following treatment with cefotaxime, followed by penicillin G. A total of 252 contacts subsequently received chemoprophylaxis.

On 31 January, a fourth case was reported: a 6-year-old boy presented with symptoms of fever and petechiae. Despite proper

- les contacts étroits du dernier cas;
- les employés du bar et leurs proches vivant sous le même toit;
- les personnes ayant fréquenté le bar une fois par semaine depuis le 8 mars.

Les 10, 11 et 12 avril, 1 501 personnes se sont présentées au CLSC pour recevoir sur place la rifampicine et le vaccin antiméningococcique. De plus, 1 200 demandes de renseignements ont été traitées par le centre d'information téléphonique.

Dans les 4 cas où il a été isolé, *N. meningitidis* appartient au groupe C, non typable, sous-sérotype P1.2, ayant le même profil électrophorétique enzymatique[1]. Les souches isolées chez les 3 premiers patients étaient résistantes aux sulfamidés et sensibles à la rifampicine, alors que la souche isolée dans le quatrième cas était résistante aux sulfamidés et à la rifampicine. L'apparition de la résistance à la rifampicine peut expliquer l'échec de la prophylaxie. Toutefois, l'hypothèse que ce dernier cas ne soit pas relié aux 3 autres est peu probable puisque la souche mise en évidence est identique aux 3 souches précédentes et différente des souches identifiées antérieurement au Québec.

Depuis le 25 juin 1991, aucun cas d'infection à *N. meningitidis* pouvant être relié à ces 4 cas n'a été signalé.

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier les membres de l'équipe des maladies infectieuses du DSC de l'Hôpital Charles-Lemoyne (Drs Henri Deguire, Serge Dufresne et Alain Poirier; Mmes Ginette Lafontaine et Odette Leduc), ainsi que le Dr F. Ashton, Laboratoire national de bactériologie, Bureau de microbiologie, LLCM, pour avoir fourni des données sur le typage.

Références

1. Ashton FE, Ryan JA, Borczyk A, Caugant DA, Mancino L, Huang D, *Emergence of a virulent clone of Neisseria meningitidis serotype 2a that is associated with meningococcal group C disease in Canada.* J Clin Microbiol 1991; 29:2489-93.

Source : *Drs Lina Perron, médecin-conseil, DSC, Hôpital Charles-Lemoyne, et Céline Laferrière, microbiologiste, Centre hospitalier Pierre-Boucher, Montréal (Québec).*

GRAPPE DE CAS D'INFECTION À *NEISSERIA MENINGITIDIS* AU QUÉBEC, EN JANVIER 1991

Le 14 janvier 1991, le premier cas d'infection à méningocoques a été signalé dans la communauté de Beauceville, au Québec. Un garçon de 5 ans a présenté les symptômes suivants : fièvre, nausée, vomissements et pétéchies sur tout le corps. En moins de 6 heures, l'enfant s'est trouvé en état de choc septique irréversible de type Watherhouse-Friderichsen; il est décédé le lendemain. L'autopsie a confirmé le syndrome Waterhouse-Friderichsen et une hémoculture effectuée avant le décès a mis en évidence *Neisseria meningitidis*. Cependant, on n'a pas procédé à un sérogroupage de la souche. Par la suite, on a administré de la rifampicine à 73 contacts étroits de la victime.

Le 29 janvier, un garçon de 3 ans vivant dans la même rue s'est trouvé dans un état de septicémie aiguë, avec une fièvre de 41 °C. On a diagnostiqué une sinusite maxillaire, et des pétéchies sont apparues sur le corps. Les résultats d'une ponction lombaire se sont révélés normaux. L'état de l'enfant s'est amélioré après l'administration de céfotaxime, qu'on a remplacé par de la pénicilline une fois l'agent pathogène identifié comme étant *N. meningitidis*, sérogroupe C, sérotype 2a:sous-type P1.2(C:2a:P1.2)). En tout, 66 contacts directs de l'enfant ont reçu une chimioprophylaxie à la rifampicine.

Le même jour, un garçon de 12 ans a présenté des symptômes de grippe caractérisés par un fort mal de tête qui durait depuis 12 heures, de la fièvre et des vomissements. Bien qu'on n'ait pas constaté de raideur du cou, le liquide céphalorachidien était opalescent, et l'hémoculture a révélé la présence de *N. meningitidis*, C:2a:P1.2. L'état de l'enfant s'est amélioré après un traitement au céfotaxime, suivi de l'administration de pénicilline G. En tout, 252 contacts de l'enfant ont reçu par la suite une chimioprophylaxie.

Le 31 janvier, un quatrième cas a été signalé. Il s'agissait d'un garçon de 6 ans présentant comme symptômes de la fièvre et des pétéchies. Malgré

antibiotic therapy, he went into a state of septic shock and had to be transferred to a tertiary care centre. A blood culture confirmed the diagnosis of meningococcemia and revealed the same pathogen (C:2a:P1.2) as had been identified in the previous 2 cases. This patient recovered.

It is interesting that the fourth case was a close contact of the first case and had received appropriate rifampin prophylaxis. Following this case, 232 direct contacts were given rifampin.

The occurrence of a fourth case in 2 weeks in a population of 4,000, despite intensive chemoprophylaxis, is unusual. Moreover, the strain of *N. meningitidis* that caused 3 of the 4 known cases was a serogroup C,and group C antigen is contained in the vaccine currently available in Canada. Because this epidemiologic situation had the potential for an outbreak and there was a possibility to use an immunizing agent to control it, the local public health and government authorities decided to launch an intensive, selective vaccination campaign on 2 and 3 February. The vaccine used was Menomune™, a quadrivalent vaccine for serogroups A, C, Y and W-135 produced by Connaught Laboratories. Because this was an unusual measure, only 1,500 doses were available from the main Canadian supplier. The target population, based on the availability of the vaccine, was as follows:

- All children between 2 and 11 years of age in the region concerned: 1,100 doses;
- All secondary I classes of the schools in question: 181 doses; and
- Specific contacts between the ages of 18 months and 18 years in the neighbourhoods of the first and fourth cases: 65 doses.

During the period of active surveillance that followed, no additional cases appeared in the communities surrounding Beauceville that could be epidemiologically related to this outbreak.

Acknowledgement

The authors thank Dr. F. Ashton, National Laboratory for Bacteriology, Bureau of Microbiology, Laboratory Centre for Disease Control, Ottawa, for providing the typing information.

Source: *Pierre Guilmette, MD, Medical Consultant in Infectious Diseases, Brigitte Fournier, MD, Head of the Infectious Diseases Team, Community Health Department, Centre hospitalier de Beauceville, Beauceville; Yves Robert, MD, Medical Consultant in Immunization, Québec Department of Health and Social Services, Montreal, Quebec.*

Notice

CANADA DISEASES WEEKLY REPORT

This is the last issue of this publication under the title "Canada Diseases Weekly Report". As announced in 2 previous issues, beginning in 1992 the report will be a priced bi-monthly publication entitled "Canada Communicable Disease Report (CCDR)".

If you wish to receive the CCDR and have not submitted the order form mailed out in September, please do so immediately or contact the Canada Communication Group - Publishing, Ottawa, Canada K1A 0S9 (tel. (819) 956-4802; FAX (819) 994-1498).

The Canada Communicable Disease 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 Health and Welfare does not assume responsibility for accuracy or authenticity. Contributions are welcomed (in the official language of your choice) from anyone working in the health field and will not preclude publication elsewhere.

Scientific Advisory Board:	Dr. J. Spika	(613) 957-4243
	Dr. K. Rozee	(613) 957-1329
Editor:	Eleanor Paulson	(613) 957-1788
Assistant Editor:	Nicole Beaudoin	(613) 957-0841
Desktop Publishing	Joanne Regnier	(613) 957-7845
Circulation:		

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

une antibiothérapie appropriée, l'enfant s'est trouvé dans un état de choc septique et a dû être transféré dans un centre de soins tertiaires. Une hémoculture a confirmé le diagnostic de méningococcémie et a révélé le même agent pathogène (C:2a:P1.2) que celui qui avait été identifié pour les 2 cas précédents. Ce patient a guéri.

Il est intéressant de souligner que le quatrième cas avait été en contact étroit avec le premier et qu'il avait reçu une prophylaxie appropriée à la rifampicine. Par la suite, on a administré de la rifampicine à 232 contacts directs de ce cas.

L'apparition d'un quatrième cas en 2 semaines dans une population de 4 000 habitants, malgré une chimioprophylaxie intensive, est un événement inhabituel. En outre, la souche de *N. meningitidis*, qui était à l'origine de 3 des 4 cas connus, appartenait au sérogroupe C, et le vaccin actuellement disponible au Canada contient l'antigène du groupe C. Étant donné qu'une flambée d'infections pouvait être à craindre dans le contexte et qu'il était possible d'utiliser un agent immunisant pour la maîtriser, les autorités de santé publique locales et les responsables gouvernementaux ont décidé de lancer une campagne de vaccination sélective les 2 et 3 février. Le vaccin utilisé a été le Menomune™, un vaccin quadrivalent pour les sérogroupes A, C, Y et W-135, produit par les Laboratoires Connaught. Comme il s'agissait d'une mesure inhabituelle, le principal fournisseur canadien du vaccin ne disposait que de 1 500 doses. La population cible, établie en fonction de la quantité de vaccin disponible, comprenait les personnes suivantes :

- tous les enfants entre 2 et 11 ans dans la région touchée : 1 100 doses;
- toutes les classes de secondaire I des écoles touchées : 181 doses;
- des enfants et des jeunes dont l'âge variait de 18 mois à 18 ans, vivant dans le voisinage du 1er et du 4e cas : 65 doses.

Pendant la période de surveillance active qui a suivi, aucun autre cas n'est apparu dans les localités voisines de Beauceville, qui, sur le plan épidémiologique, aurait pu avoir un lien avec cette flambée d'infections.

Remerciements

Les auteurs remercient le Dr F. Ashton, Laboratoire national de bactériologie, Bureau de microbiologie, Laboratoire de lutte contre la maladie, Ottawa, d'avoir fourni des données sur le typage.

Source : *Dr Pierre Guillemette, médecin-conseil en maladies infectieuses; Dr Brigitte Fournier, chef de l'équipe des maladies infectieuses, Département de santé communautaire, Centre hospitalier de Beauceville; Dr Yves Robert, médecin-conseil en immunisation, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Montréal (Québec).*

Avis

RAPPORT HEBDOMADAIRE DES MALADIES AU CANADA

Voici le dernier numéro du «Rapport hebdomadaire des maladies au Canada». Comme nous vous l'avons annoncé dans 2 numéros antérieurs, le rapport paraîtra désormais 2 fois par mois sous le titre **«Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC)»** et ne sera plus distribué gratuitement.

Si vous désirez recevoir le RMTC, mais que vous avez négligé de retourner le bon de commande qui vous a été envoyé en septembre, faites-le sans tarder ou communiquez avec **Groupe Communication Canada - Édition, Ottawa (Ontario), Canada, K1A 0S9 (tél. : (819) 956-4802; télécopieur : (819) 994-1498).**

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 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.

Groupe de conseillers scientifiques:	Dr J. Spika	(613) 957-4243
	Dr K. Rozee	(613) 957-1329
Rédactrice en chef:	Eleanor Paulson	(613) 957-1788
Rédactrice adjointe :	Nicole Beaudoin	(613) 957-0841
Éditique:	Joanne Regnier	(613) 957-7845
Distribution:	Gertrude Tardiff	(613) 957-0842

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