



Canada Diseases Weekly Report

Update

INFLUENZA - CANADA

Laboratory-confirmed strains of influenza virus have now been reported from all regions of Canada. Manitoba continues to have the highest level of activity where strains antigenically similar to A/Bangkok/79 appear to be the only type circulating. Influenza-like illness in other areas appears to be mainly attributable to A/Bangkok-like strains. However, British Columbia and Quebec have also detected A/Brazil-like strains which appear to be responsible for illness in persons of school age. The few confirmations of A/Texas-like strains which have been reported from across the country may be attributable to the cross-reactivity between the 2 recently circulating H3N2 types.

Symptoms are described as moderate to severe with emphasis on persistent cough, high fever and prolonged convalescence. The more severe clinical picture may be associated with A/Bangkok-like illness.

Mortality levels due to influenza/pneumonia continue to be elevated but have not crossed the epidemic threshold.

SOURCE: Judy Peacocke, Health Studies Officer, Communicable Disease Division, Bureau of Epidemiology, L.C.D.C., Ottawa.

VACCINIA OUTBREAK - NEWFOUNDLAND

Six (6) cases of contact vaccinia infection have been identified recently in western Newfoundland. These resulted from exposure to a recently vaccinated female member of the Canadian Forces on leave over the Christmas-New Year Season, with subsequent continued person-to-person transmission.

Information from the Preventive Medicine Directorate, Surgeon General's Office, Department of National Defence indicates that the vaccinee is an 18-year-old female recruit at CFB Cornwallis, Nova Scotia. A good "primary" reaction was obtained following vaccination on December 12, 1980. While on leave in Newfoundland, she was seen by a local physician on December 22 with discomfort in her arm and a vaccinal lesion on her lower lip. Within 24 hours, further satellite lesions had developed, 6 on the abdomen and 2 on the left thigh.

By January 14, 1981, after returning to base, scab lesions were present on her face, but the more peripheral lesions were well healed. Discomfort persisted at the vaccination site.

Rapport hebdomadaire des maladies au Canada

Rapport d'actualité

GRIPPE - CANADA

CANADIANA
CL
FEB 12 1981

Des souches de virus grippaux confirmées en laboratoire ont maintenant été signalées dans toutes les régions du Canada. Le Manitoba continue à présenter l'activité la plus forte, les souches antigéniquement semblables à A/Bangkok/79 semblant être le seul type en circulation. Les affections d'allure grippale dans les autres régions semblent principalement attribuables à des souches apparentées à A/Bangkok. Toutefois, la Colombie-Britannique et le Québec ont également identifié des souches apparentées à A/Brésil qui semblent être responsables de la maladie chez des personnes d'âge scolaire. Les quelques confirmations de souches apparentées à A/Texas qui ont été signalées au pays peuvent être attribuables à la réactivité croisée entre les 2 types H3N2 récemment en circulation.

Les symptômes sont décrits comme variant de modéré à grave, et comportent surtout une toux persistante, une fièvre élevée et une convalescence prolongée. Le tableau clinique le plus grave peut être lié à la maladie attribuable aux souches apparentées à A/Bangkok.

Les taux de mortalité liés à la grippe/pneumonie continuent à être élevés mais ils n'ont pas franchi le seuil épidémique.

SOURCE: Judy Peacocke, agent d'études sanitaires, Division des maladies transmissibles, Bureau d'épidémiologie, L.L.C.M., Ottawa.

POUSSÉE DE VACCINE - TERRE-NEUVE

Six (6) cas de vaccine par contact ont été identifiés récemment dans l'ouest de Terre-Neuve. Cette poussée a résulté de l'exposition à une femme récemment vaccinée faisant partie des Forces armées canadiennes qui était en permission durant les Fêtes; par la suite, il y a eu transmission de personne à personne.

Les renseignements en provenance du bureau du Chef du service de santé, Direction de la médecine préventive, ministère de la Défense nationale, indiquent que la vaccinee est une jeune recrue âgée de 18 ans de la Base des Forces armées canadiennes de Cornwallis, en Nouvelle-Écosse. On avait obtenu une bonne réaction " primaire" après la vaccination qui avait eu lieu le 12 décembre 1980. Alors qu'elle était en permission à Terre-Neuve, elle a été vue par un médecin local le 22 décembre; elle souffrait d'un malaise au bras et présentait une lésion vaccinale à la lèvre inférieure. En 24 heures, d'autres lésions satellites sont apparues, 6 à l'abdomen et 2 à la cuisse gauche.

Le 14 janvier 1981, soit après son retour à la Base, des lésions croûteuses étaient présentes au visage, mais les lésions plus périphériques avaient bien guéri. Le malaise persistait au point de vaccination.



Health and Welfare Canada Santé et Bien-être social Canada

Date of publication: February 7, 1981
date de publication: 7 février 1981

Vol. 7-6

The community index case was a 15-year-old female who had slept with the vaccinee on the night of December 29. She sought medical attention on January 8 for a "pimple" on her chin which had appeared 3 days earlier. She was given an antibiotic, but on re-examination January 12, her family physician identified the 1 cm lesion raised on a red indurated base with pus formation and central scab formation as a vaccinia skin lesion. Regional lymphadenitis was present. Provincial public health authorities were informed and scrapings from the scab, plus swabs from the lesion base, were obtained. These were positive in viral culture and identified by electronmicroscopy as pox virus by the Virology Laboratory in Halifax, Nova Scotia. Her 17-year-old sister was seen on January 12, having developed similar lesions in the form of 2 facial papules (chin and forehead) 2 days earlier. She had not experienced as close contact with the vaccinee as her sister, but admitted to having touched the lesion on her sister's face. Laboratory confirmation of scrapings from the lesions were also positive for poxvirus.

The third case was an 18-year-old female neighbour of the vaccinee. She had had regular contact with the vaccinee over the holiday season and had loaned her some clothing. This young woman developed a facial "pimple" on January 3, followed by pustule formation, but medical attention was not sought because she recognized the lesion as being identical to that of her friend. When examined on January 13, a 1 cm pustular lesion, similar to that described above was present, and over the next 24 hours 7 satellite lesions, 2-3 mm each in diameter, developed in the immediate area of the original lesion. The fourth case was a 40-year-old aunt of the vaccinee. She had been seen at a community nursing station on January 6 with a 7-day history of a lesion on her left cheek with an associated left preauricular lymphadenitis and periorbital swelling. She was treated with an antibiotic, but later investigation identified the lesion as a typical vaccinia infection. She admitted to having touched her niece's facial lesion on at least one occasion.

Surveillance by public health authorities identified 2 additional cases. A 25-year-old male had attended a party on the night of January 11 where the third case (the 18-year-old) was present and he had kissed her several times. Two (2) days later he developed 2 facial papules which over 48 hours underwent pustule formation. On examination January 21, 2 lesions were present (chin and corner of mouth) and were typical of a resolving vaccinia eruption.

At the same time, a 19-year-old male who had attended the same party became the fifth case. He had also had contact with the third case and developed facial papules which evolved into pustules with scab formation. When examined on January 21, he had 4 lesions, 2 on the chin and 2 on the right neck area, which were typical of resolving vaccinia lesions. The results of scrapings and swabs taken from the lesions of these latter contacts have not yet been reported.

None of the community contact cases had previously received smallpox vaccination, and all are currently undergoing serological investigation.

SOURCE: K. Hogan, M.D., Medical Officer of Health, Western Newfoundland and D. Chaulk, M.D., Family Practitioner, Corner Brook; W. Bavington, M.D., Medical Officer of Health, International Grenfell Association, St. Anthony, Newfoundland; Sgt. H.J. Whitehood, CFS Shelburne, Maj. J. Culver - James, Base Surgeon, CFB Cornwallis, and Capt. S. Hansen, CFH Halifax, Nova Scotia.

Le cas de référence dans la communauté est une jeune fille âgée de 15 ans qui avait dormi avec la vaccinée durant la nuit du 29 décembre. Elle s'est rendue chez le médecin le 8 janvier à cause d'un "bouton" au menton apparu 3 jours auparavant. On lui a administré un antibiotique, mais au moment d'un nouvel examen pratiqué le 12 janvier, son médecin de famille a identifié la lésion de 1 cm reposant sur une base indurée rougeâtre avec formation de pus et d'une croûte centrale comme étant une lésion cutanée liée à la vaccine. Une lymphadénite locale était présente. Les autorités sanitaires provinciales ont été informées et on a obtenu des échantillons de croûte ainsi que des prélèvements pratiqués à la base des lésions. Ces prélèvements se sont révélés positifs en culture virale et, à l'aide de la microscopie électronique, le laboratoire de virologie de Halifax, Nouvelle-Écosse, a identifié un poxvirus. La soeur de cette dernière âgée de 17 ans a été vue le 12 janvier; 2 jours plus tôt, des lésions semblables étaient apparues sous forme de papules faciales (menton et front). Elle n'avait pas eu de contact aussi étroit que sa soeur avec la vaccinee, mais elle a signalé avoir touché la lésion siégeant sur le visage de sa soeur. L'analyse en laboratoire de la croûte provenant des lésions a également indiqué la présence d'un poxvirus.

Le 3^e cas, une voisine de la vaccinee âgée de 18 ans, avait eu des contacts réguliers avec cette dernière durant les vacances et lui avait prêté des vêtements. Le 3 janvier, cette jeune fille a présenté un "bouton" facial qui s'est transformé en pustule, mais elle n'a pas consulté de médecin parce qu'elle a reconnu la lésion comme étant identique à celle de son amie. Lorsqu'elle a été examinée le 13 janvier, elle présentait une lésion pustuleuse de 1 cm, semblable à celle décrite ci-dessus, et, en l'espace de 24 heures, 7 lésions satellites, d'un diamètre de 2-3 mm chacune, sont apparues dans le voisinage immédiat de la première lésion. Le 4^e cas, une tante de la vaccinee, âgée de 40 ans, a été vue le 6 janvier dans un dispensaire communautaire; elle présentait depuis 7 jours une lésion à la joue gauche accompagnée d'une lymphadénite préauriculaire gauche et d'une tuméfaction préorbitaire. Elle a été traitée avec un antibiotique; un examen ultérieur a permis d'identifier la lésion comme étant une réaction typique liée à la vaccine. Elle a reconnu avoir touché la lésion faciale de sa nièce à au moins une occasion.

La surveillance pratiquée par les autorités sanitaires a permis d'identifier 2 autres cas. Un garçon de 25 ans, qui s'était rendu à une soirée le 11 janvier où était également présente le 3^e cas (la fille de 18 ans), avait embrassé cette dernière à plusieurs reprises. Deux jours plus tard, il a présenté deux papules faciales qui, en 48 heures, sont devenues pustuleuses. Un examen réalisé le 21 janvier a révélé la présence de 2 lésions (menton et commissure des lèvres) typiques d'une éruption de vaccine en voie de guérison.

Un garçon de 19 ans qui s'était rendu à la même soirée est devenu le 5^e cas. Il avait également eu des contacts avec le 3^e cas et avait présenté des papules faciales qui se sont transformées en pustules avec formation de croûte. Lorsqu'il a été examiné le 21 janvier, il présentait 4 lésions (2 au menton et 2 au côté droit du cou) qui étaient également typiques des lésions vaccinales en voie de guérison. Les résultats des prélèvements provenant des lésions de ces deux derniers contacts n'ont pas encore été signalés.

Aucun des cas observés dans la communauté n'avait antérieurement reçu la vaccination antivariolique et tous font actuellement l'objet d'une enquête sérologique.

SOURCE: Dr K. Hogan, médecin-hygieniste, Terre-Neuve, région Ouest, et Dr D. Chaulk, omnipraticien, Corner Brook, Dr W. Bavington, médecin-hygieniste, International Grenfell Association, St-Anthony, Terre-Neuve, Sgt. H.H. Whitehood, SFC de Shelburne, Maj. J. Culver-James, chirurgien de la Base, BFC de Cornwallis et Capt. S. Hansen, HFC de Halifax, Nouvelle-Écosse.

Comment: This report demonstrates the increasing susceptibility of the Canadian population to vaccinia infection as a result of a prolonged period of decline in routine smallpox vaccination and the eventual cessation of the procedure by all provincial Departments of Health in 1980. The only continuing smallpox vaccination program is that of the Canadian Forces.

Canadian civilian physicians should be alert to the possibility of vaccinia infection among close and family contacts of Canadian Forces personnel who have undergone recent primary vaccination or re-vaccination. There is a need to ensure that these contacts are aware of the possibility of the transfer of infection, and of possible autoinoculation.

The rarity of vaccinia will lead to increasing unfamiliarity with this entity among Canadian physicians. Any suspected or identified infections should be quickly notified to public health authorities so that local consultants - possibly from the Canadian Forces - might be called on for confirmation of diagnosis. Measures to prevent continued transmission of infection in the community should be instituted and maintained until the diagnosis is firmly established or absence of infectivity has occurred.

A very limited supply of vaccinia immune globulin is available from Connaught Laboratories in Toronto. It must therefore be reserved for serious complications of vaccination, and for exposed individuals at high risk, i.e., those with eczema or other forms of chronic dermatitis, immuno-suppressed individuals, pregnant women, and persons with dysgamma-globulinaemia or reticuloendothelial malignancy.

It is anticipated that further epidemiological studies on the outbreak reported above will be forthcoming. Attention should be drawn to another case, reported in an earlier issue of the CDWR (Vol. 6-35, August 30, 1980), which also involved a member of the Canadian Forces and occurred in Newfoundland.

International Notes

COMPLICATIONS OF SMALLPOX VACCINATION 1980 - ENGLAND, WALES AND IRELAND

In 1980, 9 reports of vaccinia lesions were received by the Communicable Disease Surveillance Centre, London, compared with 21 in 1979. Three (3) patients had been vaccinated: 2 had very marked local reactions, with cervical lymphadenopathy in one, and the third developed an eye infection after 10 days. Two (2) of these patients had been vaccinated because they were travelling abroad, though not to countries requiring the procedure. It is not known why the other person was vaccinated. Three (3) patients had been in contact with recently vaccinated persons: one child, aged 3 years, developed eczema vaccinatum and another, aged 15 years, vesicles on his eyelid; in neither case was there any adequate reason for the contact's vaccination. A young woman whose soldier husband had been vaccinated 3 weeks before developed genital lesions. In the remaining 3 cases, all with skin lesions (a sore on a finger, a 'scattered' rash and generalized rash), there was no known contact with a recently vaccinated person. However, the first patient was a doctor's receptionist and the second was a soldier who had taken part in a boxing match.

In May 1980 the World Health Assembly ratified the declaration of the Global Commission for the Certification of Smallpox Eradication that the world was free of smallpox. Although the World Health Organization has advised that vaccination is no longer required for international travellers, 2 countries (Chad and Democratic Kampuchea) still officially require valid international certificates of vaccination.

Observations: Le présent rapport démontre la réceptivité accrue de la population canadienne à l'égard de la vaccine par suite d'une longue période de déclin dans l'administration systématique du vaccin antivariolique et de l'abandon complet de cette pratique par tous les ministères provinciaux de la Santé en 1980. Le seul programme de vaccination antivariolique encore en vigueur est celui des Forces armées canadiennes.

Les médecins non-militaires canadiens devraient être vigilants à l'égard de la possibilité de la vaccine chez les sujets-contacts familiaux et proches des membres des Forces armées canadiennes qui ont récemment fait l'objet d'une primovaccination ou d'une revaccination. Il est nécessaire de s'assurer que ces sujets-contacts sont au courant de la possibilité de la transmission de l'infection et également de la possibilité de l'auto-inoculation.

En raison de la rareté de la vaccine, les médecins canadiens seront de moins en moins familiers avec cette entité pathologique. Toute infection présumée ou identifiée devrait être signalée rapidement aux autorités de santé publique, de telle sorte que des experts locaux (des Forces armées canadiennes peut-être) puissent être appelés pour la confirmation du diagnostic. Des mesures visant à prévenir la transmission continue de l'infection au sein de la communauté devraient être instituées et maintenues jusqu'à ce que le diagnostic soit solidement établi ou que l'infectivité ait disparu.

Une très faible quantité d'immunoglobuline antivaccinale peut être obtenue des laboratoires Connaught de Toronto. Il faut, par conséquent, réserver l'utilisation de ce produit aux complications graves de la vaccination et aux personnes à risque élevé, c'est-à-dire les sujets présentant un eczéma ou d'autres formes de dermatites chroniques, les sujets dont les réactions immunitaires ont été supprimées, les femmes enceintes et les personnes souffrant de dysgammaglobulinémie ou de réticulo-endothéliome.

On prévoit que d'autres études épidémiologiques seront réalisées sur la poussée signalée ci-dessus. Il faudrait attirer l'attention sur un autre cas, signalé dans un numéro antérieur du R.H.M.C. (Vol. 6-35, 30 août 1980), et qui est survenu à Terre-Neuve chez un membre des Forces armées canadiennes.

Notes internationales

COMPLICATIONS LIÉES À LA VACCINATION ANTIVARIOLOGIQUE EN 1980 - ANGLETERRE, PAYS DE GALLES ET IRLANDE

En 1980, 9 déclarations de lésions liées à la vaccine ont été reçues par le Communicable Disease Surveillance Centre, de Londres, comparativement à 21 en 1979. Trois cas ont été vaccinés: 2 ont eu des réactions locales très prononcées, avec lymphadénopathie cervicale chez un cas, et le 3^e a présenté une infection de l'oeil 10 jours après la vaccination. Deux de ces malades ont été vaccinés parce qu'ils allaient à l'étranger, même si les pays de destination n'exigeaient pas cette procédure. On ignore pourquoi l'autre personne a été vaccinée. Trois cas ont été en contact avec des personnes récemment vaccinées. Un enfant de trois ans a présenté un eczéma vaccinal et un autre, âgé de 15 ans, des vésicules au niveau des paupières; dans les 2 cas, il n'y avait pas de raisons suffisantes pour justifier la vaccination. L'épouse d'un militaire qui avait été vacciné 3 semaines auparavant a présenté des lésions génitales. Dans les 3 autres cas, tous caractérisés par des lésions cutanées (bouton à un doigt, éruption disséminée et éruption généralisée), il n'y avait pas de contact connu avec une personne récemment vaccinée. Toutefois, le premier malade était réceptionniste dans le cabinet d'un médecin et le second était un militaire ayant participé à un combat de boxe.

En mai 1980, l'Assemblée mondiale de la Santé a entériné la déclaration de la Commission mondiale pour la certification de l'éradication de la variole selon laquelle le monde était libre de variole. Bien que l'Organisation mondiale de la Santé ait indiqué que la vaccination n'était plus nécessaire pour les voyages internationaux, 2 pays (Tchad et Kampuchea démocratique) exigent encore officiellement un certificat international de vaccination valide.

SOURCE: Communicable Disease Report, No. 2, 16th January, 1981, issued by the PHLS Communicable Disease Surveillance Centre, London, England.

Announcements

CANADIAN HOSPITAL INFECTION CONTROL ASSOCIATION CONFERENCE

The Third National Conference of the Canadian Hospital Infection Control Association (CHICA) will be held in Montreal at the Queen Elizabeth Hotel March 30 - April 3, 1981.

The theme of the conference (Prevention '81) will address the philosophy and principles of the preventive aspects of infection control with respect to hospital and community settings.

For further information, contact:

Mrs. Janet Thorne,
Registration Chairman,
CHICA-Montreal,
Catherine Booth Hospital Centre,
4375 Montclair Avenue,
Montreal, Quebec,
H4B 2J5.
(514) 481-0431, Local 256.

WORKSHOP ON CURRENT APPROACHES TO THE LABORATORY DIAGNOSIS OF GONORRHEA

This Workshop will be held June 4-5, 1981 at the Presbyterian Hospital, Columbia - Presbyterian Medical Center, New York.

For further information contact:

Dr. Paul D. Ellner,
Director,
Clinical Microbiology Service,
Presbyterian Hospital,
Columbia-Presbyterian Medical Center,
NEW YORK, N.Y. 10032
(212) 694-2929

OR

Dr. B.B. Diena,
Laboratory Centre for Disease Control,
Health and Welfare Canada,
OTTAWA, Ontario.
K1A 0L2
(613) 992-7995

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 from anyone working in the health field and will not preclude publication elsewhere.

Editor: Dr. S.E. Acres
Managing Editor: Eleanor Paulson

Bureau of Epidemiology,
Laboratory Centre for Disease Control,
Tunney's Pasture,
OTTAWA, Ontario.
Canada K1A 0L2
(613) 996-4041

SOURCE: Communicable Disease Report, no 2, 16 janvier 1981, publié par le PHLS Communicable Disease Surveillance Centre, Londres, Angleterre.

Avis

CONFÉRENCE DE L'ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA PRÉVENTION DES INFECTIONS DANS LES HÔPITAUX

La Troisième conférence nationale de l'Association canadienne pour la prévention des infections dans les hôpitaux aura lieu à Montréal, à l'hôtel Reine-Elizabeth, du 30 mars au 3 avril 1981.

La Conférence, qui a pour thème "Prévention 1981", traitera des grands principes concernant l'aspect préventif de la lutte contre l'infection, tant dans le milieu hospitalier que dans la communauté.

Pour de plus amples renseignements, communiquer avec:

Mme Janet Thorne
Présidente de l'inscription
Association canadienne pour la prévention des infections dans les hôpitaux
Centre hospitalier Catherine Booth
4375, avenue Montclair
Montréal (Québec)
H4B 2J5
(514) 481-0431, poste 256

ATELIER DE TRAVAIL SUR LES APPROCHES ACTUELLES DU DIAGNOSTIC EN LABORATOIRE DE LA BLENNORRAGIE

Cet Atelier de travail aura lieu les 4 et 5 juin 1981 au Presbyterian Hospital, Columbia - Presbyterian Medical Center, New York.

Pour de plus amples renseignements, communiquer avec:

D^r Paul D. Ellner
Directeur
Clinical Microbiology Service
Presbyterian Hospital
Columbia-Presbyterian Medical Center
NEW YORK, N.Y. 10032
(212) 694-2929

OU

D^r B.B. Diena
Laboratoire de lutte contre la maladie
Santé et Bien-être social Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0L2
(613) 992-7995

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 et la publication d'un article dans le présent Rapport n'en empêche pas la publication ailleurs.

Rédacteur en chef: D^r S.E. Acres
Rédacteur administratif: Eleanor Paulson

Bureau d'épidémiologie
Laboratoire de lutte contre la maladie
Parc Tunney
Ottawa (Ontario)
Canada K1A 0L2
(613) 996-4041