LABORATORY CENTRE FOR DISEASE CONTROL LIBRARY
OCT 21 1992
CENTRE DE LUTTE CONTRE LA MALADIE BIBLIOTHÈQUE

Canada Diseases Weekly Report

Rapport hebdomadaire des maladies au Canada

ISSN 0382-232X

Date of publication: November 23, 1985
Date de publication: 23 novembre 1985

Vol. 11-47

CONTAINED IN THIS ISSUE:

Canadian Immigration Medical Requirements for Persons with a History of Hansen's Disease 197
Leprosy in Canada - 1984 199
Estimated Endemicity of Leprosy in the World, 1983 200
Announcement 200

CONTENU DU PRÉSENT NUMÉRO:

Exigences d'ordre médical imposées par l'immigration canadienne aux sujets ayant des antécédents de maladie de Hansen . . . 197
La lèpre au Canada - 1984 199
Estimation de l'endémicité de la lèpre dans le monde, 1983. 200
Annonce 200

CANADIAN IMMIGRATION MEDICAL REQUIREMENTS FOR PERSONS WITH A HISTORY OF HANSEN'S DISEASE

When new medical criteria were prepared for the revised Immigration Act in 1976, persons with a history of Hansen's disease (leprosy) were decreed inadmissible. Recent consultations with Canadian specialists in tropical medicine have produced the following new medical standard to be applied by Canadian immigration medical officers assessing the medical records of applicants with a history of leprosy.

New Standard for Classifying Leprosy

The clinical spectrum of leprosy is determined by the host's ability to mount a cell-mediated immune response to the **Mycobacterium leprae** bacillus. Leprosy may be classified on the basis of clinical findings, the histopathology, and slit skin smear results. Since the histopathological classification is the most accurate, biopsy results should be obtained wherever possible to classify leprosy patients.

At one pole of the spectrum is tuberculoid leprosy (TT), a non-infectious, well-localized easily curable form requiring 6 months to 3 years of treatment. At the other end of the spectrum is lepromatous leprosy (LL), which is a communicable, progressive and controllable (perhaps curable) form which requires a minimum of 2 years up to a lifetime of drug therapy. In the centre of the spectrum, borderline leprosy (BB) with features of both polar forms of leprosy, is communicable, immunologically unstable and curable with 2-10 years of drug therapy. Borderline tuberculoid (BT) and borderline lepromatous (BL) leprosy are forms which are intermediate between BB/TT and BB/LL respectively. Indeterminate leprosy (I), an early form of the disease which is not classifiable according to the above spectrum, requires 6 months to 3 years of therapy.

It is uncommon to find mycobacteria in the biopsy or skin smears of patients with TT and I leprosy. The diagnosis is based on the clinical picture and a skin or nerve biopsy which is consistent with, but not necessarily diagnostic of, leprosy. An acceptable duration of therapy for leprosy may be long or short, depending upon whether

EXIGENCES D'ORDRE MÉDICAL IMPOSÉES PAR L'IMMIGRATION CANADIENNE AUX SUJETS AYANT DES ANTÉCÉDENTS DE MALADIE DE HANSEN

En 1976, lors de l'élaboration de nouveaux critères médicaux dans le cadre de la révision de la Loi sur l'immigration, les personnes ayant des antécédents de maladie de Hansen (lèpre) ont été décrétées non admissibles. De récentes consultations avec des spécialistes canadiens en médecine tropicale ont abouti à la formulation de nouvelles normes devant être respectées par les médecins de l'immigration canadienne chargés d'évaluer les dossiers médicaux de candidats ayant des antécédents de lèpre.

Nouvelles normes relatives à la classification des cas de lèpre

Le spectre clinique de la lèpre est établi en fonction de l'aptitude de l'hôte à manifester une réponse immunitaire à médiation cellulaire à l'égard du bacille **Mycobacterium leprae.** La classification des cas de lèpre peut reposer sur des observations cliniques, sur l'histopathologie, et sur les résultats de frottis de fragments de peau prélevés de lésions cutanées. Pour classer les cas de lèpre, on doit toutefois se baser autant que possible sur les résultats des biopsies, car la classification histopathologique est la plus exacte.

Le spectre de la maladie varie entre, d'un côté, la lèpre tuberculoïde (TT), soit une forme non infectieuse, nettement localisée et facilement guérissable par un traitement d'une durée de 6 mois à 3 ans; et, de l'autre, la lèpre lépromateuse (LL), soit une forme transmissible, d'évolution progressive, pouvant être contrôlée (voire guérie) et exigeant une pharmacothérapie d'une durée d'au moins 2 ans qui peut toutefois devoir se prolonger indéfiniment. La lèpre limitrophe (BB), qui se situe au centre du spectre, présente les caractéristiques des 2 formes polaires de la maladie; elle est transmissible, instable sur le plan immunologique, et guérissable par une pharmacothérapie de 2 à 10 ans. La lèpre tuberculoïde limitrophe (BT) et la lèpre lépromateuse limitrophe (BL) sont respectivement des formes intermédiaires par rapport à BB/TT et à BB/LL. Quant à la lèpre indéterminée (I), une forme précoce de la maladie qui ne peut être classée dans le spectre susmentionné, elle exige un traitement d'une durée de 6 mois à 3 ans.

Il est rare que l'on mette en évidence des mycobactéries dans les biopsies ou les frottis cutanés de sujets atteints des formes TT et I de la lèpre. Le diagnostic repose sur le tableau clinique et sur une biopsie cutanée ou nerveuse compatible avec la lèpre, mais ne permettant pas nécessairement son diagnostic. La durée acceptable d'un traitement

Second Class Mail Registration No. 5670

Courrier de la deuxième classe - Enregistrement n° 5670

single or multi-drug therapy, respectively, is used. The 1982 World Health Organization recommendations for paucibacillary disease (I, TT and BT), include 100 mg of dapsone daily and 600 mg of rifampin monthly administered for 6 months. The treatment of multibacillary disease (BB, BL and LL) included unsupervised daily doses of 100 mg of dapsone and 50 mg of clofazimine along with supervised monthly doses of 600 mg of rifampin and 300 mg of clofazimine. All of these drugs are to be administered for a minimum of 2 years or until the slit skin smears are negative. Standard courses of dapsone monotherapy range from a minimum of 3 years for indeterminate leprosy to life-time therapy for lepromatous leprosy.

Classification for Immigration Medical Purposes

1. Patients with multibacillary disease (BL, LL) should be categorized under M.6*, i.e. inadmissible as a danger to public health.

2. All other forms should be categorized as follows:

   (a) Untreated Leprosy - usually coded M.4, i.e. inadmissible as likely to endanger public health but subject to review when adequate treatment has been completed. This category is to be used for newly diagnosed patients who have not yet received antileprosy therapy. Adequate treatment (rendering the applicant non-infectious), would consist of 3 weeks of rifampin or 6 months of dapsone or equivalent antileprosy drug.

   (b) Partially Treated Leprosy - would usually be placed under M.2, i.e. conditionally admissible subject to surveillance as a condition of landing.

   (c) Treated and Cured Leprosy - is not a danger to public health, does not require surveillance, and may be classified under M.1, i.e. admissible without surveillance.

3. Where the clinical/histopathological classification is unknown, the applicant should be referred to a leprologist for assessment.

4. Residual neurological deficits, visual defects, and musculoskeletal deformities must be considered in assessing leprosy cases for admission.

*M.1 - M.6 are varying degrees of admissible/inadmissible categories established for immigration purposes.

For those cases meeting admissibility criteria, i.e. M.2, it is proposed that the applicant be required to sign a surveillance agreement form and report to the local health authority in Canada upon arrival. This would be a condition of entry. The signed agreement form would be picked up at the Canadian port-of-entry by an immigration officer who, in turn, would forward it to the Department of National Health and Welfare. A surveillance report form would then be completed by the Department and sent to the provincial department of health of the applicant's destination. This is an established procedure now in effect for tuberculosis and sexually transmitted diseases.

SOURCE: *B Scott Leslie, MD, Senior Consultant, Immigration and Quarantine Medicine, Medical Services Branch, Health and Welfare Canada, Ottawa.*

antilépreux peut être longue ou courte, selon qu'il s'agit respectivement d'une thérapie monomédicamenteuse ou plurimédicamenteuse. Parmi les recommandations formulées en 1982 par l'Organisation mondiale de la santé, notons l'administration quotidienne de 100 mg de dapsone et l'administration mensuelle de 600 mg de rifampine pendant 6 mois, pour les formes paucibacillaires (I, TT et BT); et, pour les formes multibacillaires (BB, BL et LL), des prises quotidiennes non supervisées de 100 mg de dapsone et de 50 mg de clofazimine, en association avec des doses mensuelles de 600 mg de rifampine et de 300 mg de clofazimine administrées sous surveillance. Tous ces médicaments doivent être administrés pendant au moins 2 ans, ou jusqu'à négativation des frottis de fragments de peau prélevés des lésions cutanées. La durée établie d'une monothérapie au dapsone varie entre une période minimale de 3 ans pour la lèpre indéterminée et une période indéfinie pour la lèpre lépromateuse.

Classification des cas à des fins d'immigration

1. Tout sujet atteint d'une forme multibacillaire (BL, LL) doit être classé dans la catégorie M.6*, c.-à-d.: non admissible en raison du danger qu'il représente pour la santé publique.

2. Toute autre forme de la maladie doit être classée comme suit:

   (a) Lèpre non traitée - généralement codée M.4, c.-à-d.: personne non admissible puisque susceptible de compromettre la santé publique, la candidature étant toutefois sujette à révision une fois le traitement pertinent terminé. Cette catégorie est réservée aux cas nouvellement diagnostiqués n'ayant pas encore fait l'objet d'une thérapie antilépreuse. On entend par traitement pertinent (rendant le malade non contagieux), soit l'administration de rifampine pendant 3 semaines, soit l'administration de dapsone ou d'un antilépreux équivalent pendant 6 mois.

   (b) Lèpre partiellement traitée - s'inscrit normalement dans la catégorie M.2, c.-à-d.: candidat admissible sous réserve, le droit à l'établissement étant conditionnel à une surveillance.

   (c) Lèpre traitée et guérie - ne constitue pas un danger pour la santé publique, n'exige aucune surveillance, et peut être classée sous M.1, c.-à-d.: candidat admissible sans surveillance.

3. Lorsque la classification clinique ou histopathologique est inconnue, le candidat doit être adressé à un léprologue à des fins d'évaluation.

4. Lors de l'évaluation des cas de lèpre à des fins d'admission, il faut tenir compte des déficits neurologiques résiduels, des troubles de la vue et des déformations musculosquelettiques.

*Les cotes M.1 à M.6 représentent les divers échelons des catégories établies pour déterminer l'admissibilité ou la non-admissibilité, à des fins d'immigration.

Pour les cas répondant aux critères d'admissibilité, c.-à-d. ceux de la catégorie M.2, il est proposé d'exiger que tout candidat visé signe une formule de consentement à la surveillance, et qu'il se présente aux autorités sanitaires locales à son arrivée au Canada. Cette exigence serait une condition d'admission au pays. Un agent d'immigration prendrait livraison de cette formule de consentement dûment signée au point d'entrée, et la ferait parvenir au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. Une formule de rapport de surveillance serait ensuite remplie au Ministère et adressée au ministère de la Santé de la province de destination du candidat. Ces modalités sont déjà en vigueur pour la tuberculose et les maladies transmises sexuellement.

SOURCE: *Dr B Scott Leslie, Expert-conseil principal, Services médicaux de l'immigration et de la quarantaine, Direction générale des services médicaux, Santé nationale et Bien-être social, Ottawa.*

LEPROSY IN CANADA - 1984

There were 15 new cases of leprosy reported in 1984. The total number now recorded nationally is 190. Provincial distribution (Table 1) shows little change between 1983 and 1984. No cases are under surveillance in Prince Edward Island, Nova Scotia, New Brunswick, Saskatchewan, the Yukon or the Northwest Territories. Table 2 shows the distribution of registered cases by age, sex, and clinical type.

All infections were acquired abroad in 32 different countries. Asian countries were the source of 68% of the cases, while 23% were acquired in the western hemisphere, 4% in Africa, and 2% in Europe. Country of origin was not stated for 3% of the cases.

LA LÈPRE AU CANADA - 1984

En 1984, 15 nouveaux cas ont été déclarés, ce qui porte à 190 le nombre de cas inscrits au Canada. La répartition provinciale (Tableau 1) révèle peu de changements entre 1983 et 1984. Aucun cas n'est sous surveillance à l'Île-du-Prince-Édouard, en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick, en Saskatchewan, au Yukon ou dans les Territoires du Nord-Ouest. Le Tableau 2 donne la distribution des cas inscrits selon l'âge, le sexe et la forme clinique.

Toutes les infections ont été contractées à l'étranger, dans quelque 32 pays différents. Des pays asiatiques ont été à l'origine de 68% des cas, tandis que 23% des patients ont été infectés dans l'hémisphère occidental, 4% en Afrique et 2% en Europe. Dans 3% des cas, le pays où a eu lieu l'infection n'était pas précisé.

Table 1. Provincial Distribution of Known Leprosy Cases, Canada, 1983 and 1984/
Tableau 1. Répartition provinciale des cas connus de lèpre, Canada, 1983 et 1984

	1983	% of Total/ % du total	1984	% of Total/ % du total
British Columbia/ Colombie-Britannique	28	15.0	28	14.7
Alberta	22	11.8	23	12.1
Manitoba	15	8.1	13	6.8
Ontario	97	52.2	100	52.6
Quebec/Québec	23	12.4	25	13.2
Newfoundland/ Terre-Neuve	1	0.5	1	0.5
CANADA	186	100	190	100

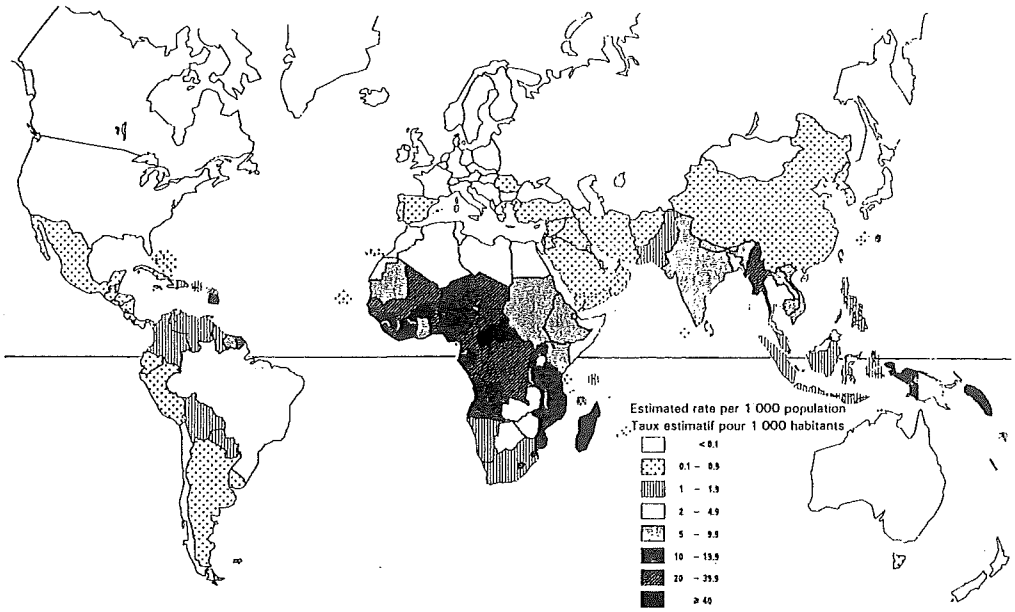
Table 2. Leprosy Cases by Age, Sex, and Clinical Type, Canada, 1984/
Tableau 2. Cas de lèpre, selon l'âge, le sexe et la forme clinique, Canada, 1984

Age (Years)/ Âge (années)	Tuberculoid and Indeterminate/ Tuberculoïde et indéterminée			Lepromatous and Dimorphous/ Lépromateuse et dimorphe			Total (All Forms)/ Total (Toutes les formes)			Percent of Total/ Pourcentage du total
	Female/ Femme	Male/ Homme	Total	Female/ Femme	Male/ Homme	Total	Female/ Femme	Male/ Homme	Total	
0-9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10-19	2	2	4	1	3	4	3	5	8	4.2
20-29	7	15	22	3	16	19	10	31	41	21.6
30-39	3	16	19	11	13	24	14	29	43	22.6
40-49	4	15	19	9	12	21	13	27	40	21.0
50-59	2	11	13	7	8	15	9	19	28	14.7
60-69	6	5	11	1	2	3	7	7	14	7.4
70-79	0	3	3	2	7	9	2	10	12	6.3
80+	0	0	0	2	0	2	2	0	2	1.1
Unknown/ Inconnu	1	1	2	0	0	0	1	1	2	1.1
TOTAL	25	68	93	36	61	97	61	129	190	100

SOURCE: *S Handzel, MD, Bureau of Epidemiology, LCDC, and the Provincial Epidemiologists.*

SOURCE: *Dr S Handzel, Bureau d'épidémiologie, LLCM, et les épidémiologistes provinciaux.*

ESTIMATED ENDEMICITY OF LEPROSY IN THE WORLD, 1983/
ESTIMATION DE L'ENDÉMICITÉ DE LA LÈPRE DANS LE MONDE, 1983



SOURCE: *WHO Weekly Epidemiological Record, Vol 60, No 30, 1985.*

SOURCE: *Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS, Vol 60, nº 30, 1985.*

Announcement

MANAGEMENT SKILLS FOR INFECTION CONTROL NURSES

The Centers for Disease Control, Atlanta, Georgia, will offer this course (Course 2400-G) 3-14 March 1986 for the nurse who has within the last 6 months assumed responsibility for an infection control program in an acute care facility. Enrollment period will be from 6-15 January. For further information, contact the **Registrar's Office, Center for Professional Development and Training, CDC, Atlanta, Georgia, 30333.**

Annonce

TECHNIQUES DE GESTION POUR LES INFIRMIÈRES RESPONSABLES DE LA LUTTE ANTI-INFECTIEUSE

Les Centers for Disease Control d'Atlanta, Georgie, offrent ce cours (2400-G) du 3 au 14 mars 1986 à l'intention des infirmières qui ont assumé la responsabilité d'un programme de lutte contre l'infection dans un hôpital pour aigus au cours des six derniers mois. La période d'inscription s'étend du 6 au 15 janvier. Pour tout renseignement, s'adresser au **Registrar's Office, Center for Professional Development and Training, CDC, Atlanta, Georgie, 30333.**

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.

Editor: Dr. S.E. Acres
Managing Editor: Eleanor Paulson
Assistant Editor: Jo-Anne Doherty

Bureau of Epidemiology,
Laboratory Centre for Disease Control,
Tunney's Pasture,
OTTAWA, Ontario.
Canada. K1A 0L2
(613) 990-8964

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.

Rédacteur en chef: Dr S.E. Acres
Rédacteur administratif: Eleanor Paulson
Rédacteur adjoint: Jo-Anne Doherty

Bureau d'épidémiologie
Laboratoire de lutte contre la maladie
Parc Tunney
Ottawa (Ontario)
Canada K1A 0L2
(613) 990-8964