



# Canada Diseases Weekly Report

ISSN 0382-232X

# Rapport hebdomadaire des maladies au Canada

CANADIENNE

JAN 23 1984

Date of publication: January 14, 1984 Vol. 10-2

Date de publication: 14 janvier 1984

## CONTAINED IN THIS ISSUE:

Scabies Outbreak in a Nursing Home - Ontario .	5
Scabies Outbreak among Employees in a Hospital Centre - Quebec .....	7
Announcement.....	8

## CONTENU DU PRÉSENT NUMÉRO:

Poussée de gale dans une maison de repos - Ontario.	5
Poussée de gale chez les employés d'un centre hospitalier - Québec .....	7
Annonce .....	8

## SCABIES OUTBREAK IN A NURSING HOME - ONTARIO

On 6 July 1983, an 82-year-old lady was admitted to a nursing home where 3 weeks later, on 26 July, she developed a fine pinpoint rash. This was diagnosed initially as a medication rash, but after cessation of all medication the rash became worse and the patient was restless and irritable.

On 19 August, the patient was admitted to hospital for further investigation. She was discharged 4 days later without a definitive diagnosis having been made.

On 12 September, 3 staff members at the nursing home were diagnosed as having scabies by their family physicians. Four (4) days later the patient described above was recognized as the index case. At the same time her roommate was also diagnosed as having scabies. Both were treated with lindane (Kwellada®) lotion and the condition of the index case improved dramatically.

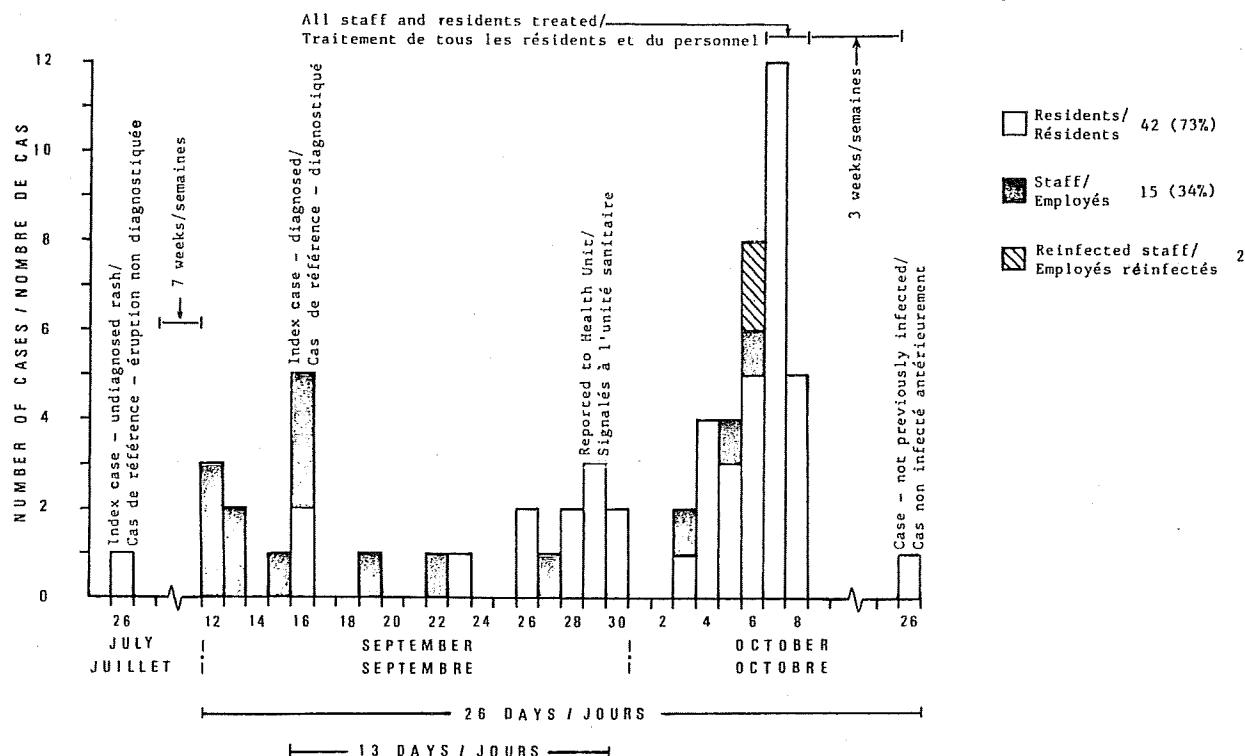
## POUSSÉE DE GALE DANS UNE MAISON DE REPOS - ONTARIO

Le 6 juillet 1983, une dame de 82 ans est admise dans une maison de repos. Trois (3) semaines plus tard, le 26 juillet, elle présente une éruption très fine qu'on attribue initialement à une réaction à des médicaments mais qui empire après l'arrêt de ceux-ci. La patiente est agitée et irritable.

Le 19 août, la malade est admise à l'hôpital pour observation; elle reçoit son congé 4 jours plus tard sans qu'on ait posé de diagnostic définitif.

Le 12 septembre, 3 membres du personnel de la maison de repos consultent leur médecin de famille et apprennent qu'ils ont contracté la gale. Quatre (4) jours plus tard, on identifie la personne mentionnée plus haut comme étant le cas de référence. Au même moment, on découvre que sa voisine de chambre a également la gale. On traite les deux patientes avec de la lotion lindane (Kwellada®) et l'état du cas de référence s'améliore considérablement.

Figure 1. Outbreak of Scabies in a Nursing Home, September - October 1983, Ontario/  
Figure 1. Poussée de gale dans une maison de repos, septembre - octobre 1983, Ontario



The nursing home has 57 residents and 50 staff. After the identification and treatment of the initial cases, the outbreak continued to spread until eventually 42 residents and 15 staff were affected (Figure 1). Two (2) nurses were reinfected. The distribution of the rash was different in the 2 groups: truncal on the residents but mainly on the arms of the staff. (This would be expected from contact in lifting patients). Hand involvement was not seen in the staff, probably a reflection of handwashing practices.

On 29 September, the local health unit was informed of the outbreak and recommended the following procedures which were adopted:

- All confirmed and suspected cases to be treated with Kwellada® lotion
- After treatment, all cases to have fresh clothing and bedding and to be isolated for 24 hours
- Infected employees to be treated and to remain at home for 1 week; after a second treatment to be allowed to return to work.

The health unit also provided the services of their public health nurse who gave advice, and with the home's physician, held an inservice training program for the staff.

Because the outbreak did not appear to be abating, the decision was made to treat all staff and patients simultaneously. This was done on 7 and 8 October.

After a lapse of 3 weeks, 1 more case was reported to the health unit. It is of interest that no secondary cases occurred in the hospital where the index case had been admitted for 4 days. No further cases have occurred in the nursing home which continues active surveillance.

**Comment:** There appeared to be a province-wide increase in the prevalence of both scabies and pediculosis this fall. Numerous school outbreaks of the latter have occurred.

In this outbreak, failure to diagnose the index case and institute precautions led to spread among the staff. Scabies should always be considered when rashes occur in hospital personnel even though distribution of a rash is atypical.

The relatively long incubation period of scabies (2 to 6 weeks) makes it difficult to identify all those who have been exposed. Prompt treatment of symptomatic individuals failed to control this outbreak which ceased only after all staff members and residents were treated.

Patients with scabies should be managed as having an infectious disease and isolated until cured. Consideration should be given to the use of gloves and gowns while in contact with suspected or positive cases(1).

#### Reference:

1. CDC. MMWR 1983; 32:489-90.

**SOURCE:** Jean Doubt, RN, Communicable Disease Program, Simcoe County District Health Unit; EM Wallace, MB, ChB, Senior Medical Consultant, Disease Control and Epidemiology Service, Public Health Branch, Ontario Ministry of Health (as reported in ODSR, Vol 4, No 46, 1983).

La maison de repos en question compte 57 résidents et 50 employés. Après l'identification et le traitement des cas initiaux, la poussée continue de se répandre et éventuellement, 42 résidents et 15 employés sont atteints (Figure 1). Deux (2) infirmières sont infectées à nouveau. Le site de l'éruption est différent pour les deux groupes: les résidents sont atteints au tronc, les membres du personnel principalement aux bras (ce qu'on peut logiquement attribuer aux contacts qui se produisent au moment où ils soulèvent les patients), bien que leurs mains restent saines, probablement du fait de bonnes habitudes d'hygiène des mains.

Le 29 septembre, l'unité sanitaire locale est avertie de la poussée et recommande les méthodes suivantes qui sont adoptées:

- Traiter tous les cas confirmés et suspects avec de la lotion Kwellada®
- Après le traitement, changer au complet les vêtements et la literie de toutes les personnes atteintes et isoler celles-ci pendant 24 heures
- Après le traitement, consigner tous les employés à la maison pour 1 semaine, puis procéder à un second traitement avant de les laisser revenir au travail.

L'infirmière en hygiène publique de l'unité sanitaire est envoyée sur les lieux, et en plus de prodiguer ses conseils, elle organise, en collaboration avec le médecin de l'établissement, un programme de formation interne à l'intention du personnel.

Comme la poussée ne semble pas régresser, on décide de traiter en même temps tous les patients et les employés, ce qui est fait les 7 et 8 octobre.

Après 3 semaines, 1 nouveau cas est déclaré à l'unité sanitaire. On notera qu'aucun cas secondaire ne s'est manifesté à l'hôpital où le cas de référence a séjourné 4 jours. La maison de repos continue une surveillance étroite, et jusqu'à présent n'a signalé aucun nouveau cas.

**Commentaire:** Cet automne, il semble y avoir dans toute la province une augmentation notable de la prévalence de la gale et de la pédiculose, celle-ci se manifestant par de nombreuses poussées dans les écoles.

Dans le cas présent, la poussée s'est répandue parmi le personnel parce qu'on n'a pas su diagnostiquer le cas de référence et prendre les mesures nécessaires à temps. Lorsque des employés d'un hôpital commencent à se plaindre d'éruptions, il faut toujours penser à la gale, même si la répartition en est atypique.

La période d'incubation de la gale étant relativement longue (de 2 à 6 semaines), il est difficile d'identifier toutes les personnes qui y ont été exposées. Ici, le prompt traitement des patients symptomatiques n'a pas suffi à enrayer la poussée qui n'a cessé qu'après que tous les employés et résidents aient été traités.

Les patients atteints de gale doivent être traités comme des cas contagieux et isolés jusqu'à la guérison complète. Peut-être y aurait-il lieu de porter des gants et des blouses lorsque l'on se trouve en contact avec des cas suspects ou confirmés(1).

#### Référence:

1. CDC. MMWR 1983; 32:489-90.

**SOURCE:** Jean Doubt, IA, Programme des maladies transmissibles, Unité sanitaire de district, comté de Simcoe; EM Wallace, MB, ChB, Médecin-conseil principal, Service d'épidémiologie et de lutte contre la maladie, Direction générale de l'hygiène publique, Ministère de la Santé de l'Ontario (comme signalé dans le ODSR, Vol. 4, n° 46, 1983).

## SCABIES OUTBREAK AMONG EMPLOYEES IN A HOSPITAL CENTRE - QUEBEC

**Introduction:** Scabies is a skin infestation by the mite *Sarcoptes scabiei* whose penetration is visible as papules or vesicles, or as tiny linear burrows containing the mites and their eggs. Transmission is usually by prolonged skin-to-skin contact. The parasite is rarely transmitted by social contact. Incubation period can be up to 2 months. Survival of the parasite away from the human body appears to be only a few days. Diagnosis is difficult because the patient may have a diversity of clinical manifestations. However, positive diagnosis may be established by recovering the mite from its burrow and identifying it microscopically, but this is often extremely difficult.

**The Outbreak:** On 25 March 1983, the microbiologist at a hospital centre in Quebec diagnosed scabies in 3 employees (2 of them nurses) of the Intensive Care Unit (ICU). Three (3) other cases had been diagnosed in previous weeks among nurses who had been on duty in the same unit. Treatment was prescribed for all staff and patients of the ICU.

A decision was made at a meeting held on 28 March to search for other cases. Four (4) new ones were diagnosed, 2 the day of the meeting and 2 the following day. Three (3) of these 4 cases had also worked in the ICU.

Another meeting was held on 30 March because the staff was pressuring the administration to take further action regarding the outbreak which had now been reported in the media. The following 3 reasons precluded treating all employees and their families as well as all patients: 1) the quantity of medication required was not readily available locally; 2) fear of toxic effects; and 3) considerable planning, organization and coordination would be required to treat the various shifts of employees.

Following consultation with experts, another meeting was held on 31 March where it was decided to treat only those persons affected and their families. The Community Health Department requested local physicians to report all cases diagnosed in the area. By 18 April, a total of 24 cases had been clinically diagnosed: 8 by general practitioners, 7 by a microbiologist, and 9 by dermatologists. All were hospital employees; 12 were nurses and 9 of these had worked in the ICU. Another 3 cases had also worked in this unit. No cases were found among patients and there were no new cases diagnosed after 18 April. Perhaps media exposure resulted in some false positive diagnoses after 30 March. Six (6) cases were diagnosed between 31 March and 18 April among hospital staff who had not worked in the ICU.

Control of the outbreak resulted from a combination of treating all staff and patients of the ICU on 25 March and actively seeking out new cases. Nine (9) employees presented with post-treatment dermatitis.

**Comments:** There was no index case found in this outbreak. Moreover, considering the asymptomatic period of incubation, it was unusual that no cases occurred among patients. There were probably some false positive diagnoses, the overall proportion remaining unknown as well as that proportion diagnosed after the outbreak received media exposure.

## POUSSÉE DE GALE CHEZ LES EMPLOYÉS D'UN CENTRE HOSPITALIER - QUÉBEC

**Introduction:** La gale est une infestation de la peau par l'acarien *Sarcoptes scabiei* dont la présence se manifeste par des papules ou des vésicules ou par de petits sillons linéaires où logent le parasite et ses œufs. La transmission se fait habituellement par un contact cutané prolongé. Ainsi, cet acarien est rarement transmis lors d'un contact social. La période d'incubation peut durer jusqu'à 2 mois et il semble que le parasite ne survive que quelques jours sans hôte humain. Le diagnostic est difficile puisque le malade peut présenter différentes manifestations cliniques. On peut cependant établir un diagnostic positif par un examen au microscope de l'acarien délogé de son sillon mais ceci est souvent très difficile à faire.

**Poussée:** Le 25 mars 1983, le microbiogiste d'un centre hospitalier du Québec diagnostique la gale chez 3 employés (dont 2 infirmières) de l'unité de soins intensifs. Trois (3) autres cas avaient été diagnostiqués dans les semaines précédentes chez des infirmières ayant travaillé dans le même service. Un traitement est prescrit à tous les employés et les patients de l'unité de soins intensifs.

Lors d'une réunion convoquée le 28 mars, on décide de faire une recherche pour dépister les autres cas possibles. Quatre (4) nouveaux cas sont diagnostiqués, 2 le jour même de la réunion, 2 le lendemain. Trois (3) des 4 personnes infestées avaient travaillé aux soins intensifs.

Une autre réunion a lieu le 30 mars parce que le personnel du centre hospitalier exerce une forte pression sur le conseil administratif pour que celui-ci prenne des mesures à l'égard de la poussée qui a été signalée par les médias d'information. Trois arguments s'opposent au traitement de l'ensemble des employés, de leurs familles et de tous les patients: (1) la quantité de médicaments requise n'est pas disponible à l'échelon local, (2) on craint les effets toxiques des médicaments et (3) la planification, l'organisation et la coordination du traitement des différents quarts de travail exigeraient des efforts considérables.

À la suite d'une consultation d'experts, une réunion est tenue le 31 mars et on décide de ne traiter que les personnes atteintes et leurs familles. Le Département de santé communautaire demande aux médecins locaux de lui signaler tous les cas diagnostiqués dans la région. Le 18 avril, 24 cas au total ont été diagnostiqués, 8 par des omnipraticiens, 7 par un microbiogiste et 9 par des dermatologues. Tous sont des employés du centre hospitalier et 12, dont 9 qui ont travaillé à l'unité de soins intensifs, sont des infirmières. Trois (3) autres cas ont aussi travaillé aux soins intensifs. On ne constate aucune infestation chez les patients et aucun autre cas n'est diagnostiqué après le 18 avril. Il se peut que la publicité faite par les médias autour de la poussée ait provoqué des diagnostics faussement positifs après le 30 mars. Six (6) cas sont diagnostiqués entre le 31 mars et le 18 avril chez des employés hospitaliers qui n'ont pas travaillé aux soins intensifs.

La lutte contre la poussée a allié le traitement de tous les employés et patients de l'unité de soins intensifs le 25 mars et la recherche active de cas nouveaux. À noter que 9 employés ont présenté une dermatite post-traitement.

**Commentaires:** Aucun cas de référence n'a été identifié pour cette poussée. De plus, si l'on considère la période d'incubation asymptomatique, il est étonnant qu'aucun cas n'ait été diagnostiqué chez les patients. Certains diagnostics ont sans doute été faussement positifs mais dans une proportion qui reste inconnue, tant avant les déclarations des médias, qu'après.

A parasitosis such as scabies arouses considerable emotional reaction among staff, administration and patients in a hospital. Such an outbreak must be evaluated carefully; it is merely a skin disease with no serious sequelae. However, the diversity of clinical manifestations and the length of the incubation period make control difficult. In this instance, treatment of all staff and patients in the ICU seems to have controlled the outbreak.

**SOURCE:** M Duval, MD, Resident, Community Health, University of Montreal; G Cérat, MD, Microbiologist and F Hector, RN, Health Service, Cité de la Santé de Laval; R Lessard, MD, Head, Department of Community Health, Laval.

#### Announcement

### SURVEILLANCE, PREVENTION, AND CONTROL OF NOSOCOMIAL INFECTIONS Centers for Disease Control Atlanta, Georgia

21-30 March 1984

**Audience:** This course is designed for infection control practitioners working in acute care facilities of 200 or more beds. Applicants must have 6 months experience in infection control by the time of the course.

**Purpose:** The purpose of the course is to 1) acquaint the nurse practitioner with the magnitude and complexity of the existing problem in nosocomial infections; 2) present principles and methods of surveillance, prevention and control of infections; and 3) stimulate an increased awareness of the unique opportunity inherent in nursing to influence and effect a higher quality of patient care.

**Open Enrollment Period:** 23 January - 3 February 1984. Any applications received prior to or after this enrollment period will be returned.

**Tuition:** Persons employed by State, County or City government facilities are exempt from paying tuition.

Persons employed by private profit or nonprofit facilities and foreign countries must submit with their application a check in the amount of \$240.00 payable to the Centers for Disease Control.

U.S. Federal employees may submit a check or agency billing information.

**Registration:** Application forms may be obtained by writing or calling the registrar. Send completed application form and tuition (if required) to Nancy C. Adams, Registrar's Office, CPDT; PFY Room 414, Centers for Disease Control, Atlanta, Georgia 30333. ((404) 262-6665). Any application submitted without the required tuition fee (if applicable) will not be accepted.

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) 996-4041

Une parasitose telle que la gale suscite beaucoup de réactions émotions chez les employés, le conseil d'administration et les patients d'un hôpital. Une telle poussée doit être évaluée avec prudence: il ne s'agit que d'une affection cutanée sans séquelles graves. Toutefois, la diversité des manifestations cliniques et la durée de la période d'incubation rendent la surveillance difficile. Dans le cas qui nous intéresse, il semble que le traitement de tous les employés et les patients de l'unité de soins intensifs ait permis de circonscrire la poussée.

**SOURCE:** Dr M Duval, Résident, Santé communautaire, Université de Montréal; Dr G Cérat, Microbiologiste et F Hector, Infirmière, Service de santé, Cité de la Santé de Laval; Dr R Lessard, Chef du Département de santé communautaire, Laval.

#### Announce

### LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES, LEUR SURVEILLANCE ET LEUR PRÉVENTION Centers for Disease Control Atlanta, Georgie

Du 21 au 30 mars 1984

**Public visé:** Ce cours s'adresse à ceux qui pratiquent la lutte contre les infections dans les établissements de traitement des affections aiguës de 200 lits ou plus. Les participants devront avoir six mois d'expérience dans le domaine de la lutte contre les infections au moment du cours.

**But:** Le but du cours est le suivant: (1) faire connaître aux infirmières cliniciennes l'ampleur et la complexité du problème créé actuellement par les infections nosocomiales, (2) présenter des méthodes et des principes de lutte contre les infections ainsi que de surveillance et de prévention, et (3) sensibiliser les infirmières à l'importance du rôle qu'elles ont à jouer dans l'amélioration des soins administrés aux patients.

**Période d'inscription libre:** Du 23 janvier au 3 février 1984. Les demandes d'inscription reçues avant ou après cette période seront renvoyées.

**Frais de scolarité:** Les employés d'établissements administrés par l'état, le comté ou la municipalité seront exemptés des frais de scolarité.

Les employés d'établissements privés à but lucratif ou non, de même que les personnes venant de l'étranger devront joindre à leur demande un chèque de 240\$, payable aux Centers for Disease Control.

Les employés du gouvernement des États-Unis peuvent envoyer un chèque ou signaler quel organisme il faut facturer.

**Inscription:** On peut obtenir les formulaires d'inscription en s'adressant, par écrit ou par téléphone au registraire. Envoyez la formule de demande dûment remplie et les frais de scolarité (au besoin) à Nancy C. Adams, Registrar's Office, CPDT; PFY Room 414, Centers for Disease Control, Atlanta, Georgia 30333. ((404) 262-6665). Les demandes présentées sans le montant requis (s'il y a lieu) ne seront pas acceptées.

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'exhaustivité, 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.

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) 996-4041