



Canada Diseases

Weekly Report

ISSN 0382-232X

Rapport hebdomadaire des maladies au Canada

FEB 21 1984

Date of publication: January 21, 1984
Date de publication: 21 janvier 1984 Vol. 10-3

CONTAINED IN THIS ISSUE:

Non-Notifiable Sexually Transmitted Diseases	
Diagnosed in STD Clinics.....	9
Measles - Manitoba	10
Measles - Saskatchewan	10
Influenza - Worldwide, Canada, United States..	11
Announcement.....	12

CONTENU DU PRÉSENT NUMÉRO:

Maladies transmises par voie sexuelle, à déclaration non obligatoire, diagnostiquées dans les centres de traitement des MTS	9
Rougeole - Manitoba	10
Rougeole - Saskatchewan	10
Grippe - Dans le monde entier, au Canada, aux États-Unis	11
Annonce	12

NON-NOTIFIABLE SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES DIAGNOSED IN STD CLINICS

Gonorrhea is the infectious disease most commonly notified to public health authorities in Canada, accounting for 67% of all notifications in 1983. In spite of the large degree of underreporting, such notifications are a useful measure of the trends in morbidity due to *Neisseria gonorrhoeae*. Although non-gonococcal genital tract infections causing urethritis, cervicitis and vaginitis are as important clinically as gonorrhea, their numbers are not routinely recorded on a national scale. Morbidity due to organisms such as *Chlamydia* and *Mycoplasma* has been estimated by assuming that they are at least as common as *N. gonorrhoeae* as causes of STD.

Public STD clinics are usually better equipped than private physicians' offices to more accurately define the etiology of urethritis, vaginitis or other genital tract symptoms. They are, therefore, an obvious source of information about the relative incidence of the various causes of these syndromes. However, the patterns of infection seen in a clinic population may not be applicable to the general population.

Twenty-two (22) STD clinics across Canada were contacted by mail to assess the availability of diagnostic data over time. Case definitions were not provided. Eleven (11) clinics responded with data on the number of cases of syphilis and gonorrhea, 9 of these also indicated the number of diagnoses of genital herpes. In addition, 8 of the 11 provided data on non-gonococcal urethritis in men and 6 on non-gonococcal genital tract infections in women (Table 1). With the exception of 2 clinics, cases were reported for 1982. Clinics which did not respond were not contacted again because many had already participated in surveys during the past 2 years.

This informal poll of STD clinics demonstrates the potential for acquiring data on the common non-notifiable STDs on a national basis. Much of this information is routinely tabulated by the clinic, health unit or province

MALADIES TRANSMISES PAR VOIE SEXUELLE, À DÉCLARATION NON OBLIGATOIRE, DIAGNOSTIQUÉES DANS LES CENTRES DE TRAITEMENT DES MTS

La gonorrhée est la maladie infectieuse signalée le plus souvent aux autorités de santé publique du Canada et on lui doit 67% des déclarations en 1983. Malgré le grand nombre de cas qui ne sont jamais signalés, ces déclarations constituent un moyen utile de mesurer les tendances en matière de morbidité attribuable à *Neisseria gonorrhoeae*. Bien que les infections non gonococciques des voies génitales provoquant l'urétrite, la cervicite et la vaginite soient aussi importantes, sur le plan clinique que la gonorrhée, elles ne sont pas enregistrées systématiquement à l'échelon national. Le taux de morbidité dû à des organismes comme *Chlamydia* et *Mycoplasma* a été évalué en supposant que ces derniers constituent des causes aussi répandues des MTS que *N. gonorrhoeae*.

Les centres publics de traitement des MTS disposent habituellement d'un meilleur équipement que les cabinets des médecins d'exercice privé pour définir avec exactitude l'étiologie de l'urétrite, de la vaginite ou d'autres symptômes de l'appareil génital. Ces centres constituent donc une excellente source d'information au sujet de l'incidence relative des différentes causes de ces syndromes. Cependant, les tendances infectieuses observées chez les clients d'une clinique ne s'appliquent pas nécessairement au grand public.

On a donc contacté par écrit 22 centres de traitement des MTS au Canada afin d'évaluer la possibilité d'obtenir des données diagnostiques portant sur une période donnée. Aucune définition de cas n'a été fournie. Onze (11) centres ont répondu en transmettant des données sur le nombre de cas de syphilis et de gonorrhée et 9 d'entre eux ont également indiqué le nombre de diagnostics d'herpès génital. En outre, 8 des 11 centres ont fourni des renseignements sur l'urétrite non gonococcique chez les hommes et 6 ont fait part des cas d'infections génitales non gonococciques chez les femmes (Tableau 1). Les données communiquées, sauf dans le cas de deux centres, correspondaient à l'année 1982. Les centres qui n'ont pas répondu n'ont pas été contactés de nouveau parce que bon nombre d'entre eux avaient déjà participé à des enquêtes au cours des 2 dernières années.

Ce sondage non officiel mené auprès des centres de traitement des MTS démontre qu'il est possible d'obtenir des données à l'échelon national sur les MTS à déclaration non obligatoire les plus répandues. Une grande partie de cette



but it is not widely distributed. All STD clinics should be able to report simple statistics on the diagnosis of notifiable and non-notifiable STDs. Many clinics now do this to justify their staffing and funding.

information est normalement enregistrée par les centres de traitement, les unités sanitaires ou la province, mais elle n'est pas diffusée de façon importante. Tous les centres de traitement des MTS devraient pouvoir fournir des statistiques simples au sujet du diagnostic de MTS à déclaration obligatoire ou non. Bon nombre de centres le font déjà afin de justifier leur main-d'œuvre et leur financement.

**Table 1. STD Clinic Survey: Number of Cases, Diagnosis and Sex, 1982/
Tableau 1. Enquête sur les centres de traitement des MTS: nombre de cas, diagnostic et sexe, 1982**

No. of Clinics/ Nombre de centres	Diagnosis/ Diagnostic	Sex/ Sexe	No. of Cases/ Nombre de cas	Ratio/Rapport
11	GCa)/IGa) GC/IG	M/H F	6341 1758	M:F:H:F 3:6:1.0
9	GC/IG Herpesb)/Herpesb)	F F	388 1413	GC:Herpes/IG:Herpes 2.7:1.0
9	GC/IG Herpes/Herpès	M/H M/H	4239 550	GC:Herpes/IG:Herpès 7.7:1.0
8	GC and NGUc)/IG et UNGc) Herpes/Herpès	M/H M/H	4877 318	Urethritis:Herpes/Urétrite:Herpès 15.3:1.0
8	GC/IG NGU/UNG	M/H M/H	2657 2220	GC:NGU/IG:UNG 1.2:1.0
6	GC/IG NGGId)/IGNGd)	F F	254 773	GC:NGGI/IG:IGNG 0.3:1.0 or/ou 1:3

- a) GC = Gonococcal infection/IG = infection gonococcique
- b) Herpes = Genital Herpes/Herpès = herpès génital
- c) NGU = Non-gonococcal urethritis/UNG = urétrite non gonococcique
- d) NGGI = Non-gonococcal genital infection/IGNG = infection génitale non gonococcique

It is unlikely that non-gonococcal STDs will become notifiable in the near future, and in fact this may not be desirable until simple diagnostic techniques become widely available to distinguish the various etiological agents. In the meantime, clinic data can fill the void in the national picture of sexually transmitted diseases.

Acknowledgement: The cooperation of the participating STD clinics is appreciated.

SOURCE: J Hockin, MD, Field Epidemiologist, LCDC, Ottawa, Ontario.

MEASLES - MANITOBA

Although a number of suspect cases of measles were reported to the Department of Health in 1983, only 1 was confirmed. This patient was 1 of 2 women being treated with antimicrobials for an urinary tract infection who developed rashes. The second case is still under investigation. No source nor secondary cases have been identified. Most of the other suspect cases were ultimately proven to be cases of rubella that were somewhat atypical.

SOURCE: Margaret V Fast, MD, Assistant Provincial Epidemiologist, Winnipeg, Manitoba.

MEASLES - SASKATCHEWAN

An intensive review of immunization records of all children in the province between 1 year of age and 14 years of age was carried out in 1981 and 1982. This documented immunization levels of approximately 98.5% in school-age children, and 97% in preschool children.

Il est peu probable que la déclaration des MTS d'origine non gonococcique devienne obligatoire dans un avenir prochain et il est peut-être préférable qu'il en soit ainsi en attendant la mise au point de techniques simples de diagnostic qui permettront de reconnaître les différents agents étiologiques. Entre temps, les données cliniques fourniront les renseignements nécessaires pour obtenir un tableau complet de l'incidence des maladies transmises par voie sexuelle au Canada.

Remerciements: Nous désirons remercier de leur collaboration les centres de traitement des MTS.

SOURCE: Dr J Hockin, Épidémiologiste régional, LLCM, Ottawa, Ontario.

ROUGEOLE - MANITOBA

Bien qu'un certain nombre des cas présumés de rougeole aient été signalés au ministère de la Santé en 1983, un seul a été confirmé. Il s'agissait de l'une des 2 femmes traitées aux antimicrobiens pour une infection urinaire et qui ont présenté une éruption. L'examen du deuxième cas se poursuit. Aucune source ni cas secondaire n'ont été identifiés. Tous les autres cas se sont avérés être des cas de rubéole plutôt atypiques.

SOURCE: Dr Margaret V Fast, Épidémiologiste provinciale adjointe, Winnipeg, Manitoba.

ROUGEOLE - SASKATCHEWAN

Une revue intensive des dossiers d'immunisation de tous les enfants de la province âgés de 1 à 14 ans a été effectuée en 1981 et 1982; on a calculé qu'environ 98,5% des enfants d'âge scolaire et 97% des enfants d'âge pré-scolaire avaient été vaccinés.

In 1983 there were only 2 reported cases of measles in Saskatchewan. One of these was laboratory confirmed. The other was reported on the basis of clinical information with no laboratory follow-up. There were several other cases reported which proved not to be measles after further investigation.

Over the last 2 years, the degree of awareness regarding the goal to eliminate measles has been high in the medical and public health professions. Even with improved surveillance the number of cases has continued to fall, from 63 in 1981 and 37 in 1982 to 2 in 1983, and elimination of indigenous measles in the province appears to be very near.

SOURCE: R West, PhD, Provincial Epidemiologist, Regina, Saskatchewan.

INFLUENZA - WORLDWIDE, CANADA, UNITED STATES

From September through December 1983, influenza virus types A(H1N1), A(H3N2), and B have been isolated in various parts of the world, with major outbreaks in few areas.

Asia: In China, sporadic influenza A(H1N1) activity was reported during September in the northeast and south. A few type B viruses were isolated in Hong Kong in November. Influenza A(H1N1) and B viruses were also isolated in India during September. In Japan, sporadic cases of influenza A(H1N1) began in October; and by December, outbreaks had occurred in primary schools.

Africa: In South Africa, influenza A(H1N1) viruses were isolated from sporadic cases during October and November. This followed type A(H3N2) activity last spring and summer, which was generally moderate, with the exception of a large outbreak in a town where no influenza had occurred for 5 years. The attack rate in this town was estimated at 80%, and severe illnesses among schoolchildren and the elderly were reported. In central Africa, type A(H3N2) was isolated in December from a single case.

Caribbean: In Trinidad and Tobago, influenza A(H1N1) viruses were isolated in September. A small outbreak occurred in a youth camp, and a single case occurred in Port of Spain, but no widespread activity has been reported. Influenza B virus was isolated from a patient in Trinidad during October.

Europe: In November, influenza A(H3N2) viruses were isolated from 1 patient each in Italy and England and from sporadic cases among children in Bulgaria. In eastern Czechoslovakia, type A(H1N1) virus was isolated during an outbreak in a primary school in which 23% of children ages 6-14 years were affected.

Oceania: In September, influenza A(H1N1) was isolated in Victoria, Tasmania, Queensland, South Australia, and Western Australia, but no major outbreaks were reported. Following a decline in type A(H1N1 and H3N2) activity in Australia since July, influenza-like illness increased during November in Melbourne, where influenza A(H3N2) virus was isolated. In Fiji, influenza A(H1N1) viruses were isolated in September when outbreaks occurred throughout the islands.

Canada: Documented activity has been limited to sporadic cases. Four (4) type A(H3N2) virus isolates were reported in November - 3 from Ontario residents (1 age 5 and 2 unknown) and the other from a 21-year-old resident of the Northwest Territories. Two (2) type B virus isolates have

En 1983, seulement 2 cas de rougeole ont été signalés en Saskatchewan dont un qui a été confirmé par laboratoire. L'autre a été signalé sur la foi d'un diagnostic clinique, sans confirmation par le laboratoire. Le diagnostic de rougeole posé pour plusieurs autres cas a été réfuté après un examen plus approfondi.

Au cours des 2 dernières années, les spécialistes en médecine et en hygiène publique sont devenus très conscients de l'importance de l'objectif fixé, soit l'éradication de la rougeole. Malgré une surveillance plus poussée, le nombre de cas a continué de diminuer, passant de 63 en 1981 à 37 en 1982 et 2 en 1983, ce qui permet de croire que l'éradication de la rougeole en Saskatchewan semble être à portée de la main.

SOURCE: R West, PhD, Épidémiologiste provincial, Regina, Saskatchewan.

GRIPPE - DANS LE MONDE ENTIER, AU CANADA, AUX ÉTATS-UNIS

De septembre à décembre 1983, on a isolé des virus grippaux de type A(H1N1), A(H3N2) et B, dans différentes parties du monde et des poussées importantes ont été observées dans quelques régions.

Asie: En Chine, une activité grippale sporadique attribuable au virus de type A(H1N1) a été signalée en septembre dans le nord-est et le sud. On a effectué quelques isolats de virus de type B à Hong Kong en novembre. On a également isolé des virus grippaux de type A(H1N1) et B en Inde, en septembre. Au Japon, des cas sporadiques de grippe attribuables au virus A(H1N1) ont été observés en octobre, et en décembre, des poussées se sont déclarées dans des écoles primaires.

Afrique: En Afrique du Sud, on a isolé le virus grippal de type A(H1N1) dans quelques cas sporadiques en octobre et en novembre. Ces cas ont été précédés d'une activité du virus de type A(H3N2) pendant le printemps et l'été, activité plutôt modérée d'ailleurs à l'exception d'une importante poussée dans une ville où aucun cas de grippe n'avait été diagnostiqué depuis 5 ans. Le taux d'attaque dans cette ville a été évalué à 80% et l'on a signalé des cas graves chez les enfants d'âge scolaire et les personnes âgées. En Afrique centrale, le virus de type A(H3N2) a été isolé dans un seul cas.

Antilles: À Trinité et Tobago, on a isolé le virus grippal de type A(H1N1) en septembre. Une poussée peu importante s'est déclarée dans une colonie de vacances et un seul cas a été diagnostiqué à Port of Spain, mais on n'a pas signalé d'activité grippale généralisée. On a isolé un virus grippal de type B chez un patient à la Trinité en octobre.

Europe: En novembre, on a isolé le virus grippal de type A(H3N2) chez un patient d'Angleterre et un d'Italie et dans des cas sporadiques chez des enfants de Bulgarie. Dans l'est de la Tchécoslovaquie, on a effectué des isolats du virus de type A(H1N1) lors d'une poussée observée dans une école primaire qui a atteint 23% des enfants de 6 à 14 ans.

Océanie: En septembre, on a isolé le virus grippal de type A(H1N1) dans l'état de Victoria, en Tasmanie, au Queensland et dans le sud et l'ouest de l'Australie, mais aucune poussée importante n'a été signalée. La diminution de l'activité du virus grippal de type A(H1N1 et H3N2) en Australie depuis juillet, a été suivie d'une augmentation du nombre de cas de maladie d'allure grippale en novembre à Melbourne où on a isolé le virus A(H3N2). Dans les îles Fidji, on a effectué des isolats de virus A(H1N1) en septembre quand des poussées se sont déclarées partout dans les îles.

Canada: L'activité documentée est limitée à des cas sporadiques. Quatre (4) isolats de virus de type A(H3N2) ont été déclarés en novembre: 3 cas sont des résidents de l'Ontario (un a 5 ans et les 2 autres sont d'un âge inconnu) et un cas (21 ans) est un habitant des Territoires du Nord-Ouest. Deux (2) isolats du type B des virus

also been reported - 1 in November from Calgary, Alberta (from a 35-year-old), and the other in December from a 7-year-old resident of Ontario. In addition, there have been several seroconversions of influenza A and influenza B reported by the laboratories.

United States: Influenza isolations from August to November 1983 included virus types A(H3N2), A(H1N1), and B(1). In December 1983 and early January 1984, further sporadic isolations of influenza virus types A(H1N1) and B were reported. Influenza B virus was isolated in Berkeley, California (from a college student), New Mexico (2 children in 1 family), and Nassau County, New York (from a child). In Houston, Texas, where 3 type B virus isolates were reported in November, 6 additional type B isolates were obtained in December from children and adults. Influenza type A(H1N1) isolates were reported from 5-year-old children in Jacksonville, Florida (2 cases), an adult in Nassau County, New York, 2 recruits at Lackland Air Force Base in Texas, and a 13-year-old child in Las Vegas, Nevada. Outbreaks in Alaska associated with influenza type A(H3N2) isolates that began in November diminished in December.

SOURCE: Morbidity and Mortality Weekly Report, Vol 33, No 1, 1984; Bureau of Epidemiology, LCDC, Ottawa, Ontario.

Announcement

ANNUAL SEMINAR ON THE EPIDEMIOLOGY OF COMMUNICABLE DISEASES - SCOTLAND

This seminar will be held in the University Department of Community Medicine at Ruchill Hospital, Glasgow from 30 April to 4 May 1984. It is designed for community medicine specialists, laboratory personnel and others interested in the control of communicable diseases. A varied programme providing an update on current aspects of infections is planned.

The fee for the seminar will be £125.

Additional information and application forms may be obtained by contacting:

The Dean of Postgraduate Medicine,
University of Glasgow,
GLASGOW, Scotland.
G12 8QQ

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

grippaux ont également été déclarés, un (35 ans) de Calgary, Alberta, en novembre, et l'autre (7 ans), un résident de l'Ontario, en décembre. En outre, les laboratoires ont déclaré plusieurs séroconversions des virus grippaux A et B.

États-Unis: On a effectué entre août et novembre 1983, des isolats des types A(H3N2), A(H1N1) et B(1) des virus grippaux. En décembre 1983 et au début de janvier 1984, quelques isolats sporadiques de virus grippaux de type A(H1N1) et B ont également été déclarés. Le virus de type B a été isolé à Berkeley, Californie (chez un étudiant d'université), au Nouveau-Mexique (2 enfants dans une famille), et dans le comté de Nassau, New York (chez 1 enfant). À Houston, Texas, où 3 isolats de type B de virus grippaux ont été déclarés en novembre, 6 autres isolats du même type ont été effectués en décembre chez des enfants et des adultes. On a déclaré des isolats de virus de type A(H1N1) chez des enfants de 5 ans à Jacksonville, Floride (2 cas), chez un adulte du comté de Nassau, New York, chez 2 recrues de la base d'aviation Lackland au Texas et chez un enfant de 13 ans à Las Vegas, Nevada. En Alaska, les poussées associées aux isolats du type A(H3N2) de virus grippaux, qui se sont déclarées en novembre, ont diminué en décembre.

SOURCE: Morbidity and Mortality Weekly Report, Vol 33, n° 1, 1984; Bureau d'épidémiologie, LLCM, Ottawa, Ontario.

Announce

SÉMINAIRE ANNUEL SUR L'ÉPIDÉMIOLOGIE DES MALADIES TRANSMISSIBLES - ÉCOSSE

Ce séminaire aura lieu au département universitaire de médecine communautaire de l'hôpital Ruchill de Glasgow, du 30 avril au 4 mai 1984. Il est conçu à l'intention des spécialistes en médecine communautaire, du personnel de laboratoire et des autres personnes qui s'intéressent à la lutte contre les maladies transmissibles. Un programme varié est prévu, portant entre autres sur les données les plus récentes en matière d'infections.

Les frais de cours s'élèvent à £125.

Pour obtenir plus d'information ou une formule d'inscription, prière de se mettre en rapport avec:

The Dean of Postgraduate Medicine,
University of Glasgow,
GLASGOW, Scotland.
G12 8QQ

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) 996-4041