

MAR 12 1985

M



Canada Diseases Weekly Report

ISSN 0382-232X

LABORATORY CENTRE FOR
DISEASE CONTROL

OCT 21 1982

CENTRE DE LUTTE CONTRE
LA MALADIE BIBLIOTHÈQUEDate of publication: March 9, 1985
Date de publication: 9 mars 1985 Vol. 11-10

CONTAINED IN THIS ISSUE:

Malaria in Canada - 1984	37
Malaria Prophylaxis	38
Synopsis of the World Malaria Situation in 1983	39
Announcement	40

CONTENU DU PRÉSENT NUMÉRO:

Paludisme au Canada - 1984	37
Prophylaxie du paludisme	38
Récapitulation de la situation du paludisme dans le monde en 1983	39
Annonce	40

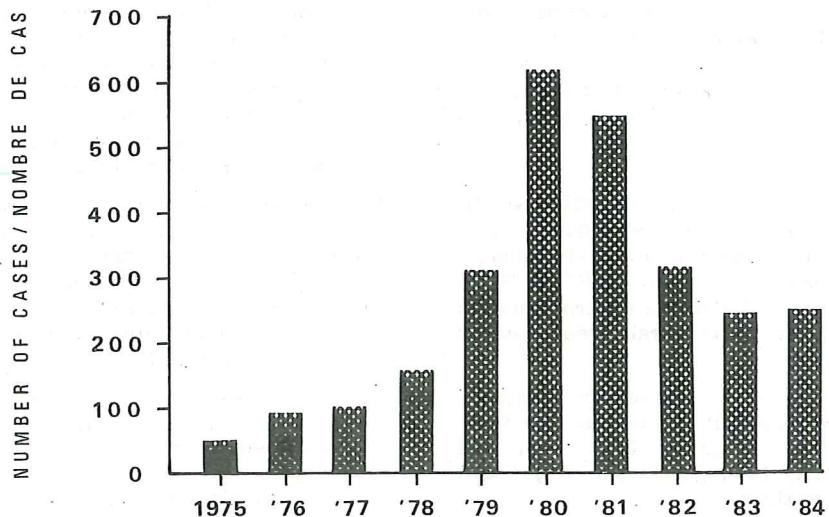
MALARIA IN CANADA - 1984

Provisional statistics for reported malaria in 1984 indicated 254 imported cases - 4 more than were reported in 1983. This reversal of the declining incidence evident since 1980 (Figure 1) probably reflects the resurgence of the disease in South America and other tropical countries visited by Canadians.

PALUDISME AU CANADA - 1984

Selon des statistiques provisoires, 254 cas de paludisme importé ont été signalés en 1984, soit 4 cas de plus qu'en 1983. Ce renversement de situation - l'incidence diminuait depuis 1980 (Figure 1) - reflète probablement la réapparition de la maladie en Amérique du Sud et dans d'autres pays tropicaux visités par des Canadiens.

Figure 1. Incidence of Malaria, Canada, 1975-1984/
Figure 1. Incidence du paludisme, Canada, 1975-1984



Plasmodium vivax was the species most frequently identified (60% of cases), followed by **falciparum** (11%), **malariae** (2%), and **ovale** (1%). In 26% of the reported cases, the species was not recorded.

Plasmodium vivax a été l'agent le plus souvent identifié (60% des cas), suivi de **P. falciparum** (11% des cas), puis de **P. malariae** (2%) et enfin de **P. ovale** (1%). Dans 26% des cas signalés, l'espèce n'a pas été notée.

Table 1. Distribution of Malaria Cases by Age and Sex, Canada, 1984/
Tableau 1. Répartition des cas de paludisme selon l'âge et le sexe, Canada, 1984

Sex/Sexe Age (yrs)/ Âge (années)	0-9	10-19	20-29	30-39	40-59	60+	Unknown/ Inconnu	Total
Male/Homme	21	23	39	22	22	9	5	141
Female/Femme	11	12	30	20	20	11	1	105
Not Specified/ Non précisé	3	0	2	0	1	0	2	8
TOTAL	35	35	71	42	43	20	8	254



Most cases were reported from 5 provinces: Ontario (107), British Columbia (70), Alberta (37), Quebec (26), and Manitoba (10). Analysis of cases (Table 1) shows that both sexes and all age groups were affected, but details are not adequate to separate newly arrived immigrants and Canadians acquiring the infection while abroad.

SOURCE: S Handzel, MD, Communicable Diseases Division, Bureau of Epidemiology, Ottawa, Ontario.

MALARIA PROPHYLAXIS

The following recommendations should be applied as the most current information available as of 1 February 1985 concerning the use of pyrimethamine-sulfadoxine (Fansidar®) for prevention of chloroquine-resistant *Plasmodium falciparum* (CRPF) malaria.

1. Chloroquine remains the primary drug of choice for travellers to all malarious areas.
2. When considering the use of Fansidar® for prevention of CRPF malaria, physicians should carefully question travellers regarding any previous history of sulfonamide intolerance. Fansidar® should not be prescribed if there is any history of previous untoward reaction to sulfa drugs.
3. Travellers to regions with CRPF malaria in **Asia or South America** should take Fansidar® in addition to chloroquine only if they stay **overnight in rural areas**. Travellers visiting urban areas of Asia and South America are at low risk of acquiring malaria, as are travellers to rural areas during daytime hours, because *Anopheles* mosquitoes bite during the evening and nighttime hours.
4. Travellers to areas of east and central Africa where transmission of CRPF malaria has been documented should continue to use the combination of chloroquine and Fansidar®. The risk of acquiring CRPF in these areas is substantial because of the intense transmission of malaria, especially in those rural areas usually frequented by tourists.
5. Travellers should be advised to discontinue Fansidar® use immediately in the event of a possible ill-effect, especially if any skin or mucous membrane signs and symptoms develop, such as itching, redness, rash, mouth or genital lesions, or sore throat.
6. Travellers should be informed that regardless of the malaria preventive treatment employed it is still possible to contract malaria. Medical attention should be sought promptly in the event of an illness associated with fever, and the physician should be advised of the recent travel history and possibility of exposure to malaria.

Other precautions against malaria include avoiding exposure to mosquitoes by sleeping inside well-screened areas or under mosquito netting. Outdoors, exposure to mosquito bites can be reduced by wearing clothing that adequately covers the arms and legs, by periodic application of mosquito repellents to the skin and thin clothing, and by reducing outdoor activities in the evening, when malarious mosquitoes usually bite. The most effective repellent is N,N-diethyl-meta-toluamide (deet), which is an ingredient in many commercially available insect repellents.

SOURCE: Summary of Health Information for International Travel, Week Ending 1 February 1985, Centers for Disease Control, Atlanta, Georgia.

La majorité des cas ont été déclarés dans 5 provinces: en Ontario (107), en Colombie-Britannique (70), en Alberta (37), au Québec (26) et au Manitoba (10). L'analyse des cas (Tableau 1) indique que les deux sexes et tous les groupes d'âge ont été affectés, mais les détails que l'on possède ne sont pas suffisants pour permettre de distinguer les cas où il s'agit d'immigrants nouvellement arrivés de ceux qui touchent des Canadiens infectés pendant un séjour à l'étranger.

SOURCE: Dr S Handzel, Division des maladies transmissibles, Bureau d'épidémiologie, Ottawa (Ontario).

PROPHYLAXIE DU PALUDISME

Il conviendrait d'appliquer les recommandations suivantes, car elles se fondent sur les données les plus récentes en ce qui a trait à l'emploi de la pyriméthamine-sulfadoxine (Fansidar®) à titre de chimio prophylaxie du paludisme à *Plasmodium falciparum* résistant à la chloroquine (PFRC).

1. La chloroquine reste le médicament de choix pour tout voyageur se rendant en zone impaludée.
2. Les médecins qui envisagent de prescrire le Fansidar® en chimio prophylaxie du paludisme à PFRC doivent interroger soigneusement les voyageurs visés en ce qui a trait à tout antécédent d'intolérance aux sulfamides. En cas d'antécédent de réaction fâcheuse aux sulfamides, le Fansidar® ne doit pas être prescrit.
3. Les voyageurs se rendant dans des zones d'**Asie ou d'Amérique du Sud** où sévit le paludisme à PFRC doivent prendre du Fansidar®, en plus de la chloroquine, uniquement s'ils passent la nuit dans des régions rurales. Pour les voyageurs qui visitent des zones urbaines en Asie ou en Amérique du Sud, de même que pour ceux qui se rendent dans des zones rurales pendant la journée, le risque de contracter le paludisme est faible, car les moustiques responsables - les anophèles - ne piquent que pendant la soirée et la nuit.
4. Les voyageurs se rendant dans des régions d'Afrique orientale et équatoriale où la transmission du paludisme à PFRC a été documentée doivent continuer à prendre la combinaison de chloroquine et de Fansidar®. Étant donné l'intensité de la transmission du paludisme dans ces régions, et particulièrement dans les régions rurales habituellement visitées par les touristes, les cas de PFRC constituent un risque important.
5. On doit informer les voyageurs d'arrêter de prendre du Fansidar® dès qu'un effet nuisible semble se manifester, et tout particulièrement en cas de réactions ou de symptômes cutanés ou muqueux tels que démangeaison, rougeur, éruption, lésions buccales ou génitales, ou angine.
6. On doit informer les voyageurs qu'aucune chimio prophylaxie n'élimine complètement le risque de contracter le paludisme. En cas de maladie associée à une manifestation de fièvre, ils doivent consulter un médecin sans tarder et l'informer de leurs antécédents récents de voyage ainsi que de la possibilité d'exposition au paludisme.

Pour prévenir le paludisme, les précautions suivantes s'imposent également: éviter l'exposition aux moustiques, en dormant à l'intérieur dans une pièce dont les ouvertures sont bien grillagées ou sous une moustiquaire; à l'extérieur, réduire le risque de piqûres de moustiques, en portant des vêtements qui couvrent les bras et les jambes, en appliquant régulièrement un antimoustique sur la peau et les vêtements légers, et en évitant les activités de plein air en soirée lorsque piquent les moustiques vecteurs. L'insecticide le plus efficace, le N,N-diéthyl-méta-toluamide (deet), entre dans la composition de nombreux antimoustiques présentement sur le marché.

SOURCE: Summary of Health Information for International Travel, semaine se terminant le 1er février 1985, Centers for Disease Control, Atlanta, Géorgie.

International Notes

SYNOPSIS OF THE WORLD MALARIA SITUATION IN 1983

Globally, the malaria situation did not change significantly, some countries reporting improvements and others a deterioration of the situation.

Reliable information is still lacking from many countries and reporting on malaria continued to be deficient and very uneven both in terms of geographical coverage and periodicity of reporting.

Some 92 million clinical malaria cases are estimated to occur annually, three-quarters of them in tropical Africa alone. However, there are many more people infected with the disease without necessarily showing clinical symptoms.

Whereas in South-East Asia the number of cases reported declined to nearly the pre-resurgence level and decreased significantly in China, in the other Regions the reported overall incidence showed generally an upward trend in recent years.

Resistance of ***Plasmodium falciparum*** to chloroquine continued to be reported from countries and areas where it was not known to exist previously. During 1982, parts of India, Indonesia, Sudan, Zaire and Zambia had to be added to the list of areas where chloroquine-resistant ***P. falciparum*** is known to occur (Figure 1).

Notes internationales

RÉCAPITULATION DE LA SITUATION DU PALUDISME DANS LE MONDE EN 1983

En ce qui concerne le paludisme, la situation n'a pas changé de façon significative sur le plan mondial: certains pays ont signalé des améliorations tandis que d'autres faisaient savoir que la situation s'était aggravée.

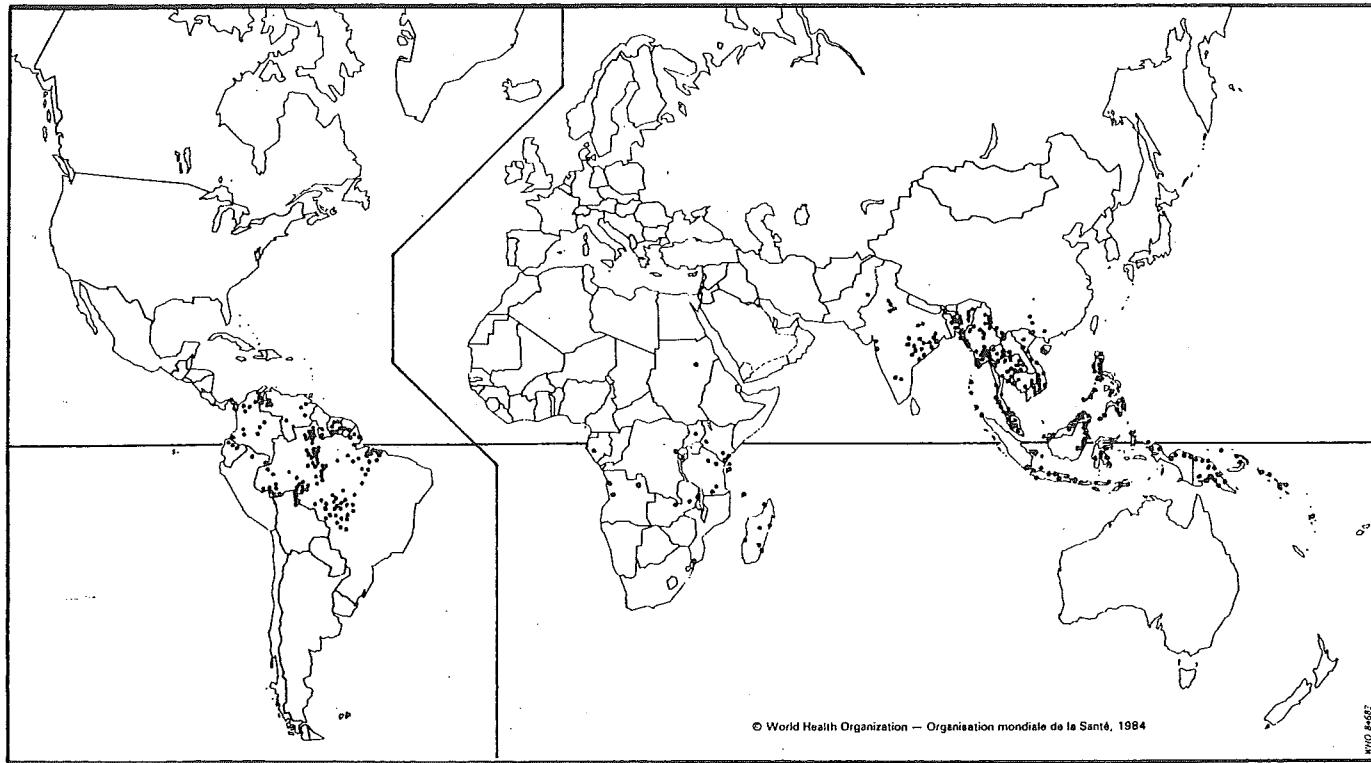
On continue à manquer de renseignements fiables sur de nombreux pays, et la déclaration des cas de paludisme reste peu satisfaisante et très inégale, tant en termes de couverture géographique que de périodicité.

On estime qu'il se produit annuellement quelque 92 millions de cas cliniques de paludisme, dont les trois quarts en Afrique tropicale. Toutefois, un bien plus grand nombre de sujets sont infectés par la maladie, sans présenter nécessairement des symptômes cliniques.

Alors qu'en Asie du Sud-Est le nombre de cas déclarés a diminué presqu'au niveau de la pré-résurgence, et a même décliné nettement en Chine, dans les autres Régions, l'indidence a généralement manifesté une tendance à la hausse ces dernières années.

Des informations concernant une résistance de ***Plasmodium falciparum*** à la chloroquine continuent de parvenir de pays et de zones où cette résistance n'avait pas été signalée précédemment. En 1982, des régions de l'Inde, de l'Indonésie, du Soudan, du Zaïre et de la Zambie ont dû être ajoutées à la liste des zones où il se produisent des cas de ***P. falciparum*** résistants à la chloroquine (Figure 1).

Figure 1. Areas Where Chloroquine-Resistant *Plasmodium Falciparum* Has Been Reported
Figure 1. Régions où une résistance de plasmodium falciparum à la chloroquine a été enregistrée



Travel continued to increase worldwide and constitutes a serious threat of malaria being reintroduced into countries or areas which have been freed from it. Local transmission originating from imported cases and infections acquired in the vicinity of airports (or aboard aircraft) illustrate the need to maintain effective vigilance in receptive areas and to urge countries to conform with the provisions of Articles 19 and 83 of the International Health Regulations (disinsecting aircraft, and keeping airports free of potential breeding places).

Il se fait de plus en plus de voyages dans le monde entier, ce qui entraîne un risque grave de réintroduction du paludisme dans des pays ou des zones qui en avaient été libérés. La transmission locale à partir de cas importés ainsi que les infections contractées à proximité des aéroports (ou à bord d'avions) illustrent la nécessité de maintenir une vigilance efficace dans les zones réceptives et d'encourager les pays à se conformer aux dispositions des articles 19 et 83 du Règlement sanitaire international (concernant la désinsectisation des aéronefs et l'élimination des gîtes larvaires potentiels dans les aéroports).

Deaths continued to be reported among imported malaria cases. In all likelihood they could have been prevented had the necessary prophylactic measures been taken and/or an early diagnosis made. It has to be stressed again that giving advice to international travellers is a joint responsibility of the countries of origin and destination of the travellers.

SOURCE: WHO Weekly Epidemiological Record, Vol 59, Nos 31 and 50, 1984.

Announcement

**LABORATORY BIOSAFETY
PRINCIPLES AND PRACTICES**

presented by

**DIVISION OF BIOSAFETY
BUREAU OF INFECTION CONTROL
LABORATORY CENTRE FOR DISEASE CONTROL
HEALTH AND WELFARE CANADA**

OBJECTIVE: A course in laboratory safety - its principles and practices as they relate to safety in the biomedical laboratory. This course will offer the students current information and the opportunity to discuss problems in laboratory safety with experts in the field and will also offer a workshop session on the use and operation of biohazard cabinets.

ELIGIBILITY: Registration will be limited to 25 participants. Preference will be given to those who are actively involved in laboratory safety.

DATE: 11-13 June 1985

PLACE: Laboratory Centre for Disease Control, Ottawa, Ontario

FEE: \$350.00 (Non-Government rate)

CLOSING DATE: Closing date for registration is 10 May 1985

REGISTRATION INFORMATION:

M.E. Kennedy
Chief
Division of Biosafety
Bureau of Infection Control
Laboratory Centre for Disease Control
Tunney's Pasture
OTTAWA, Ontario
K1A 0L2
(613) 990-8863

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

Il y a eu d'autres déclarations de cas mortels de paludisme importé. Selon toute vraisemblance, en prenant les mesures prophylactiques nécessaires et/ou en posant un diagnostic précoce, on aurait pu éviter ces cas. Il convient de souligner à nouveau que la responsabilité de conseiller les voyageurs internationaux incombe conjointement au pays d'origine et à celui de destination des voyageurs.

SOURCE: *Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS*, Vol 59, nos 31 et 50, 1984.

Announce

**PRINCIPES ET PRATIQUES DE
BIOSÉCURITÉ EN LABORATOIRE**

présentés par la

**DIVISION DE LA BIOSÉCURITÉ
BUREAU DU CONTRÔLE DES INFECTIONS
LABORATOIRE DE LUTTE CONTRE LA MALADIE
SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA**

BUT: Un cours sur la sécurité en laboratoire, notamment sur les principes et les pratiques visant la sécurité dans le laboratoire biomédical. Ce cours offrira aux participants, outre une information à jour, l'occasion de discuter des problèmes liés à la sécurité en laboratoire avec des spécialistes dans le domaine et de participer à un atelier sur l'utilisation et le fonctionnement des enceintes de bioconfinement.

ADMISSIBILITÉ: On acceptera 25 personnes au maximum. La préférence sera accordée à ceux qui sont directement visés par la sécurité dans les laboratoires.

DATE: Du 11 au 13 juin 1985

LIEU: Laboratoire de lutte contre la maladie, Ottawa (Ontario)

FRAIS D'INSCRIPTION: 350 \$ (secteur privé)

DATE LIMITÉ POUR L'INSCRIPTION: Le 10 mai 1985

RENSEIGNEMENTS:

M.E. Kennedy
Chef
Division de la biosécurité
Bureau du contrôle des infections
Laboratoire de lutte contre la maladie
Parc Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 0L2
(613) 990-8863

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 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) 990-8964