

OCT 24 1985



Canada Diseases Weekly Report

ISSN 0382-232X

LABORATORY CENTRE FOR
DISEASE CONTROL

Rapport hebdomadaire des maladies au Canada

OCT 21 1985

CENTRE DE LUTTE CONTRE
LA MALADIE BIBLIOTHEQUE

Date of publication: October 19, 1985
Date de publication: 19 octobre 1985

Vol. 11-42

CONTAINED IN THIS ISSUE:

An International Outbreak of Botulism Associated with a Restaurant in Vancouver, British Columbia	177
Ectopic Pregnancy in Canada, 1981-82.	178
Attitudes of Professionals WHO Treat Sexually Transmitted Diseases (STDs)	179
AIDS Surveillance.	180

CONTENU DU PRÉSENT NUMÉRO:

Poussée internationale de botulisme associée à un restaurant de Vancouver, Colombie-Britannique	177
Grossesse extra-utérine au Canada, 1981-1982	178
Attitudes des professionnels traitant des maladies transmises sexuellement (MTS)	179
Surveillance du SIDA	180

Follow-up

AN INTERNATIONAL OUTBREAK OF BOTULISM ASSOCIATED WITH A RESTAURANT IN VANCOUVER, BRITISH COLUMBIA

Two discrete clusters of cases of botulism occurred in association with one restaurant in Vancouver during the latter half of the summer of 1985. The eating establishment, the White Spot Restaurant at 1616 Georgia Street, is located near Stanley Park, a popular attraction. Eight cases have been recognized in the first cluster following a meal at this restaurant between 26 July and 2 August. A further 26 cases have been recognized in the second cluster following a meal between 29 August and 5 September. Cases have been reported in Canada, in several states in the United States, and in the Netherlands.

Type B botulinic toxin was detected in the serum of 3 patients. Seven patients have required ventilator support. There have been no fatalities. A case-control study demonstrated 2 sandwiches on the menu to be highly associated with illness, and further analysis implicated a preparation of chopped garlic in soy bean oil as the specific vehicle of intoxication. This product originated in the U.S. and was subsequently distributed in Canada. It is suspected that the product had been unrefrigerated for several months before being opened. Control measures included the voluntary withdrawal of the implicated menu items and the chopped garlic product from all White Spot Restaurants.

A notable feature of the outbreak has been the slow development and progression of symptoms, up to 10 days following exposure. Because cases were widely dispersed and initially involved atypical manifestations of acute botulism, many practitioners and specialists were misled in their primary diagnosis. Consequently many of these patients were hospitalized with a range of other neurologic and psychiatric diagnoses. It is possible that further patients with unusual neurologic illness and a travel history to Vancouver within the time periods in question may yet be diagnosed retrospectively as cases of botulism associated with this outbreak. Clinicians should contact their provincial or state epidemiologist if this possibility is entertained. Cases outside of Canada or the U.S. should be reported to Dr. S.E. Acres, Bureau of Epidemiology, Laboratory Centre for Disease Control, Ottawa, Ontario, K1A 0L2, Tel.: (613) 990-8964.

Mise à jour

POUSSEÉE INTERNATIONALE DE BOTULISME ASSOCIÉE À UN RESTAURANT DE VANCOUVER, COLOMBIE-BRITANNIQUE

Deux groupes distincts de cas de botulisme associés à un restaurant de Vancouver ont été enregistrées à la fin de l'été de 1985. L'établissement en question, le White Spot Restaurant, est situé au 1616 Georgia Street près de Stanley Park, une attraction touristique des plus populaires. Huit cas reconnus dans le premier groupe avaient mangé dans ce restaurant entre le 26 juillet et le 2 août. Vingt-six autres cas reconnus dans le second groupe auraient été infectés lors d'un repas consommé entre le 29 août et le 5 septembre. Des cas de cette poussée ont été enregistrés au Canada, dans plusieurs états des États-Unis, ainsi qu'aux Pays-Bas.

La toxine botulinique de type B a été décelée dans le sérum de 3 des patients. Sept victimes ont eu besoin d'une assistance respiratoire mais l'on n'a pas enregistré de décès. Une étude cas-témoins a permis d'établir que deux sandwiches sur le menu étaient associés de près à la poussée; une analyse plus complète a incriminé comme véhicule de la toxï-infection une préparation d'ail haché dans de l'huile de soja. Il s'agissait d'un produit des États-Unis vendu au Canada. On suppose que le produit a été conservé plusieurs mois sans réfrigération avant d'être utilisé. Afin de mettre fin à la poussée, les autorités ont demandé aux restaurants de la chaîne White Spot de retirer les plats incriminés de leurs menus ainsi que la préparation d'ail haché.

Il est à noter que la présente poussée a eu une évolution assez lente, les symptômes ayant mis jusqu'à 10 jours à paraître dans certains cas. Comme les victimes étaient répartis sur un vaste territoire et que les premières manifestations cliniques n'étaient pas typiques d'un botulisme aigu, plusieurs médecins et spécialistes ont posé un premier diagnostic erroné. Ainsi, plusieurs des victimes ont été hospitalisées sur la foi d'un diagnostic de troubles neurologiques ou psychiatriques. Il se peut donc que l'on diagnostique de façon rétroactive comme cas de botulisme dans cette poussée, des personnes souffrant de troubles neurologiques inhabituels et qui ont fait un séjour à Vancouver pendant la période visée par la poussée. Les cliniciens s'occupant de malades pouvant être dans cette situation sont priés de se mettre en rapport avec le médecin-épidémiologiste responsable de leur province ou de leur état. Tout cas enregistré à l'extérieur du Canada ou des États-Unis devrait être signalé au Dr. S.E. Acres, Bureau d'épidémiologie, Laboratoire de lutte contre la maladie, Ottawa, Ontario, K1A 0L2. Tel.: (613) 990-8964.

Second Class Mail Registration No. 5670

Courrier de la deuxième classe - Enregistrement n° 5670



Health and Welfare
Canada Santé et Bien-être social
Canada

SOURCE: FJ Blatherwick, MD and SH Peck, MB, City of Vancouver Health Department, GB Morgan, BSA and ME Milling, MSA, Field Operations Directorate, Health Protection Branch, Health and Welfare Canada, GD Kettyls, MD, Provincial Laboratories, Vancouver; TJ Johnstone, MB, BS, Provincial Epidemiologist, D Bowering, MD, Field Epidemiologist (LCDC), Victoria; M St Louis, MD, Enteric Diseases Branch, Centers for Disease Control, Atlanta, Georgia.

ECTOPIC PREGNANCY IN CANADA, - 1981-82

The most recent provisional data on hospital separations for ectopic pregnancy show that the rates continue to rise in all age groups of Canadian women between 15 and 45. In the fiscal year 1981-82, there were 4615 hospital separation diagnoses for ectopic pregnancy (ICD9 code 633) in the 10 provinces. (Twenty-one coded as "abdominal pregnancy" in Prince Edward Island were excluded - see CDWR 1982; 8:101-102). This is an increase of 492 over the total for 1980-81. Because few cases are expected to have been transferred to other hospitals and therefore counted twice by Statistics Canada, and because few if any cases of ectopic pregnancy would go undetected, this figure is a good estimate of the total number of cases of ectopic pregnancy occurring in the 10 provinces.

SOURCE: Dr FJ Blatherwick et SH Peck, MB, Service de santé de la ville de Vancouver, GB Morgan, BSA, et ME Milling, MSA, Direction des opérations régionales, Direction générale de la protection de la santé, Santé et Bien-être social Canada, Dr GD Kettyls, Laboratoires provinciaux, Vancouver; TJ Johnstone, MB, BS Épidémiologiste provincial, Dr D Bowering, Épidémiologiste régional (LLCM), Victoria; Dr M St Louis, Direction générale des maladies entériques, Centers for Disease Control, Atlanta, Georgia.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE AU CANADA, 1981-1982

Les données provisoires les plus récentes sur les diagnostics-congés pour grossesse extra-utérine révèlent que les taux continuent à grimper chez tous les groupes d'âges, parmi les Canadiennes de 15 à 45 ans. Au cours de l'exercice 1981-1982, les 10 provinces ont enregistré au total 4615 diagnostics-congés pour grossesse ectopique (CIM9, code 633). (Vingt-et-un cas auxquels le code de "grossesse abdominale" avaient été attribué dans l'Île-du-Prince-Édouard ont été exclus - voir: RHMC 1982; 8:101-102.) Ce total représente une augmentation de 492 cas par rapport à celui de 1980-1981. Comme peu de cas ont dû être transférés à d'autres hôpitaux et, de ce fait, recensés deux fois par Statistique Canada, et étant donné la très faible probabilité que des cas n'aient pas été décelés, ce chiffre représente une très bonne estimation du nombre total de cas de grossesse extra-utérine s'étant produits dans les 10 provinces.

Table 1. Ectopic Pregnancy in Canada, 1981-82/
Tableau 1. Grossesse extra-utérine au Canada, 1981-1982

	Age Group/Groupe d'âge				
	15-19	20-24	25-34	35-44	15-44
Number of Ectopic Pregnancies, 1981-82/ Nombre de grossesses extra-utérines, 1981-1982	210	1011	2801	512	4615
Rate per 1000 Pregnancies/ Taux pour 1000 grossesses					
1980-81	3.8	7.1	11.2	18.3	9.3
1981-82	4.3	7.4	12.0	21.9	10.4

The rate of ectopic pregnancy is best expressed as the rate per 1000 total reported pregnancies (live births, stillbirths, legal abortions, and ectopic pregnancies). For 1981-82, this rate was 10.4 ectopic pregnancies per 1000 pregnancies, up from 9.3 in 1980-81 and 5.7 in 1970-71. In 1981-82 one of every 96 reported pregnancies was extrauterine. This increase in rate was observed in all age groups as shown in Table 1. For women between 35 and 44, more than 2% of reported pregnancies were ectopic. Not only does the risk of ectopic pregnancy increase with age (in those women who conceive), but younger women face a greater risk at each age than did women born before them (Figure 1).

Of the 4615 ectopic pregnancies reported through the hospital morbidity system, 3392 were designated as "tubal" (ICD9-633.1), and for an additional 879 the site was not specified (633.9). Hence, the majority of cases were probably consequences of prior tubal damage, in particular salpingitis caused by sexually transmitted diseases.

Acknowledgement: D. Ablack, Health Division, Statistics Canada, kindly provided the data on hospital morbidity.

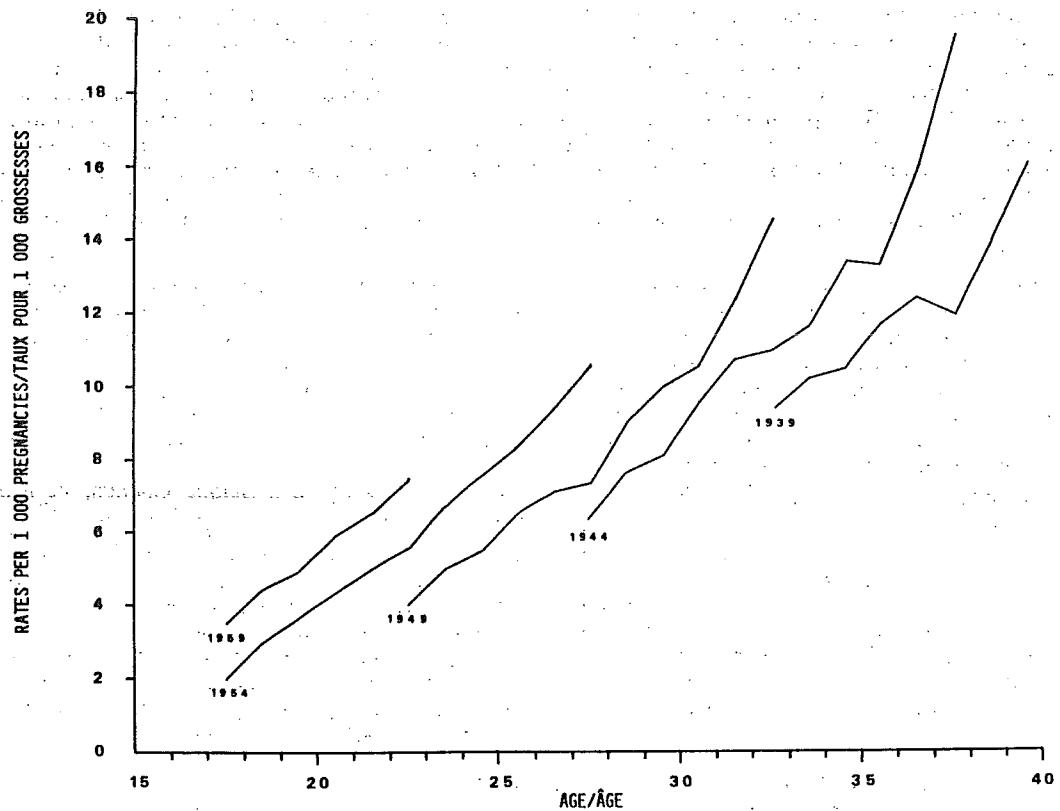
La meilleure façon d'exprimer le taux de grossesse extra-utérine est de préciser le nombre de cas pour 1000 grossesses déclarées (naissances vivantes, mortinnaissances, avortements thérapeutiques, et grossesses extra-utérines). Pour l'année 1981-1982, ce taux atteignait 10,4 grossesses extra-utérines pour 1000 grossesses - comparativement à 9,3 en 1980-1981, et à 5,7 en 1970-1971 - soit 1 grossesse sur 96. Comme l'illustre le Tableau 1, cette hausse a frappé tous les groupes d'âges. Chez les femmes de 35 à 44 ans, plus de 2% des grossesses déclarées étaient extra-utérines. Non seulement le risque d'un tel accident augmente-t-il avec l'âge (chez les femmes qui deviennent enceintes), mais les femmes plus jeunes sont, à chaque âge, exposées à un risque plus grand que ne l'étaient leurs aînées (Figure 1).

Sur les 4615 grossesses extra-utérines recensées par le système de morbidité hospitalière, 3392 étaient désignées en tant que "tubaires" (CIM9-633.1) et, pour 879 autres, le site n'était pas précisé (633.9). Par conséquent, la majorité des cas était probablement attribuable à une atteinte tubaire antérieure, tout particulièrement à la salpingite provoquée par des maladies transmises sexuellement.

Remerciements: Nous tenons à remercier D. Ablack, Division de la santé, Statistique Canada, de nous avoir communiqué les données sur la morbidité hospitalière.

**Figure 1. Rates of Reported Ectopic Pregnancies in Canadian Female Cohorts
Born at 5-Year Intervals from 1939-1959**

Figure 1. Taux des grossesses extra-utérines signalées chez des cohortes de femmes canadiennes nées à des intervalles de 5 ans, de 1939 à 1959



SOURCE: J Hockin, MD, Bureau of Epidemiology, LCDC, Ottawa, Ontario.

ATTITUDES OF PROFESSIONALS WHO TREAT SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES (STDs)

At the 2nd International Conjoint STD Meeting, held in June 1984 in Montreal, copies of a survey questionnaire were distributed to all participants. The purpose of this survey was to obtain information about the participants and their opinions related to STDs.

Two hundred and sixty-three completed questionnaires were returned, giving a response rate of about 22%. Of the respondents, 61% were men; 44% were less than 35 years of age and 86% less than 50; 82% were heterosexual; 62% were married. Thirty-seven percent came from Quebec, 16% from the rest of Canada, 29% from the United States, and 12% from Europe. Thirty-one percent were protestant and 53% catholic. Professionally, 11% were nurses, 27% general practitioners, and 45% medical specialists.

Sixty-two variables were measured by the questionnaire resulting in 183 comparisons being tested by chi-square analysis. Because multiple comparisons were made, the significance level was set at $p=0.00027$ ($=0.05+183$). Many associations were detected that were either expected or at least not surprising, such as sex and profession, homosexuality and being single, number of sex partners and a history of STDs, etc. More interesting were the results related to the 3 attitude scales pertaining to (1) the perceived effectiveness of medical interventions for STDs, (2) the perceived contributions of individuals to their STD problems through their own behaviour, and (3) the STD problem as a moral issue. Each attitude was measured by a 6 to 10 item Likert-type scale. At the analysis stage, some

SOURCE: Dr J Hockin, Bureau d'épidémiologie, LLGM, Ottawa (Ontario).

ATTITUDES DES PROFESSIONNELS TRAITANT DES MALADIES TRANSMISES SEXUELLEMENT (MTS)

Lors de la 2^e Conférence internationale mixte sur les MTS qui a eu lieu en juin 1984 à Montréal, on a distribué un questionnaire à tous les participants. L'enquête visait à recueillir des données sur les participants et leurs attitudes à l'égard des MTS.

Au total, 263 questionnaires ont été remplis, d'où un taux de réponse d'environ 22%. Parmi les répondants, 61% étaient des hommes; 44% avaient moins de 35 ans et 86%, moins de 50 ans; 82% étaient hétérosexuels; 62% étaient mariés; 37% venaient du Québec, 16% d'une autre province canadienne, 29% des États-Unis, et 12% d'Europe. On comptait 31% de protestants et 53% de catholiques. Sur le plan professionnel, 11% étaient infirmiers ou infirmières; 27%, omnipraticiens et 45%, médecins spécialistes.

Le questionnaire a permis de mesurer 62 variables, dont on a tiré 183 comparaisons qui ont été analysées par le test du khi carré. Comme des comparaisons multiples ont été établies, le seuil de signification a été fixé à $p=0.00027$ ($=0.05+183$). On a dégagé de nombreuses associations qui, lorsqu'elles n'étaient pas prévues, n'avaient tout au moins rien d'étonnant; p.ex.: le sexe et la profession, l'homosexualité et le célibat, le nombre de partenaires sexuels et des antécédents de MTS, etc. Plus intéressants encore étaient les résultats découlant des 3 échelles d'attitudes en ce qui touche 1) l'efficacité, telle que perçue, de l'intervention médicale en cas de MTS; 2) la contribution, telle que perçue, du comportement des gens à leurs problèmes de MTS; et 3) les MTS en tant que problème moral. Chaque attitude a été mesurée par une échelle de Likert composée de 6 à 10 items. À l'étape de l'analyse, certains

items were deleted from the scales because of poor correlations with the total score for that scale. The adjusted scores for the first 2 scales showed no significant associations with any other variable. The third scale did.

In its final form, the third scale contained the following statements about which the respondent had to express his/her degree of agreement or disagreement on a scale of 1 to 5: (1) "The frequency of STDs is an indication of the weakening of social values"; (2) "The problem of STDs is basically a moral problem"; (3) "Society has the right to treat a person with an STD against his/her will"; (4) "No patient with an STD should be forced to reveal the names of his/her partners"; and (5) "It is useless to blame patients with an STD for their behaviour".

A high score on this scale, indicating a moralistic attitude, was significantly associated with being catholic, with being involved in research, and almost significantly with being aged 30 or older and with not being a general practitioner. On discriminant analysis, the most important independent predictors of a moralistic attitude were the following: being a catholic, being heterosexual, being involved in research, and not being a general practitioner.

Great caution must be exercised in interpreting the results of a survey with such a low response rate. However, it is interesting that the only non-trivial findings of the survey should be an association between the respondents' moral attitudes toward STDs and some of their personal characteristics. Being a professional concerned with STDs apparently does not obliterate the moral attitudes related to one's background. How these attitudes influence the professional's behaviour is an important question which this survey cannot answer.

SOURCE: Robert Allard, MD, Jean Robert, MD, Department of Community Health, Hôpital Saint-Luc, Montreal, Quebec.

items ont été retirés des échelles parce qu'ils n'étaient pas assez fortement corrélés avec le score total de l'échelle visée. Les notes ajustées des 2 premières échelles ne révélaient aucune association significative avec une autre variable; il en allait tout autrement de la troisième.

Les items retenus dans la version définitive de la troisième échelle, que le répondant devait noter de 1 à 5 selon son degré d'adhésion ou d'opposition, étaient les suivants: a) "La fréquence des MTS est un indicateur de l'érosion des valeurs sociales"; b) "Le problème des MTS est fondamentalement un problème moral"; c) "La société a le droit de traiter, contre son gré, toute personne atteinte de MTS"; d) "Aucun malade atteint de MTS ne devrait être tenu de dévoiler le nom de ses partenaires"; et e) "Il est inutile de reprocher leur comportement aux malades atteints de MTS".

Indicateur d'une attitude moraliste, un score élevé dans cette échelle révélait une association significative au fait d'être catholique et de se consacrer à la recherche, ainsi qu'une association presque significative au fait d'avoir au moins 30 ans et de ne pas être omnipraticien. D'après l'analyse discriminante, les variables explicatives les plus importantes étaient les suivantes: être catholique, être hétérosexuel, se consacrer à la recherche, et ne pas être omnipraticien.

Une grande prudence s'impose dans l'interprétation des résultats d'une enquête dont le taux de réponse est aussi faible. Cependant, il est intéressant de noter que, dans la présente enquête, les seuls résultats non triviaux sont une association entre les attitudes morales des répondants à l'égard des MTS et certains de leurs traits personnels. Le fait d'être un professionnel intéressé aux MTS ne permet apparemment pas de faire abstraction des attitudes morales liées aux antécédents personnels. La façon dont de telles attitudes influent sur le comportement du professionnel est une question importante à laquelle cette enquête ne permet pas de répondre.

SOURCE: Drs Robert Allard et Jean Robert, Service de santé communautaire, Hôpital Saint-Luc, Montréal (Québec).

AIDS SURVEILLANCE / SURVEILLANCE DU SIDA

Cases Reported for the Period 1st January to 30 September 1984 and 1985/ Cas signalés pendant la période du 1^{er} janvier au 30 septembre en 1984 et en 1985

CANADA	NFLD./ T.-N.	P.EI./ I.P.-É.	N.S./ N.-É.	N.B./ N.-B.	QUE./ QUÉ.	ONT.	MAN.	SASK.	ALTA.	B.C./ C.-B.	YUKON	N.W.T./ T.N.-O.	
Cumul. 85 84													
121	76	0 0	0 0	4 1	0 0	16 30	64 23	1 0	0 1	3 6	33 15	0 0	0 0

At its recent meeting, the National Advisory Committee on AIDS agreed to adopt the recent refinements to the case definition now being utilized in the United States./Lors d'une réunion récente, le Comité consultatif national sur le SIDA a convenu d'adopter les précisions relatives à la définition de cas telles qu'elles sont présentement appliquées aux États-Unis.

By 7 October 1985, a total of 304 adult and 18 pediatric cases had been notified to LCDC since reporting began 1 January 1982. AIDS is now a notifiable condition in 6 Canadian provinces./Au 7 octobre 1985, on avait signalé au LLCCM 304 cas chez des adultes et 18 cas chez des enfants depuis le début de la déclaration des cas de SIDA le 1^{er} janvier 1982. Le SIDA est maintenant une maladie à déclaration obligatoire dans 6 provinces au Canada.

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 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