

MAY
MAI 22 1986

Canada Diseases Weekly Report

ISSN 0382-232X

LABORATORY CENTRE FOR
DISEASE CONTROL, LÉSÉGNE

OCT 21 1986

CENTRE DE LUTTE CONTRE
LA MALADIE BIBLIOTHÈQUEDate of publication: May 17, 1986
Date de publication: 17 mai 1986

Vol. 12-20

Rapport hebdomadaire des maladies au Canada

CONTAINED IN THIS ISSUE:

Laboratory Reports of Chlamydial Infections in Canada, 1985.	89
Recurring Anal Abcess and Gonorrhea - Quebec	91
Announcement	92

CONTENU DU PRÉSENT NUMÉRO:

Rapports de laboratoire sur les infections à Chlamydia au Canada - 1985.	89
Abcès anal récidivant et gonococcie - Québec	91
Annonce	92

LABORATORY REPORTS OF CHLAMYDIAL INFECTIONS IN CANADA, 1985

During 1985, the Laboratory Centre for Disease Control received 7884 reports of chlamydial infections from the 28 virus laboratories across Canada who participate in the World Health Organization (WHO) reporting program. This represents an 84% increase over 1984 and a 5-fold increase over 1983 (Figure 1).

Figure 1. Laboratory Reports of Chlamydial Infections, Canada, 1981-1985/

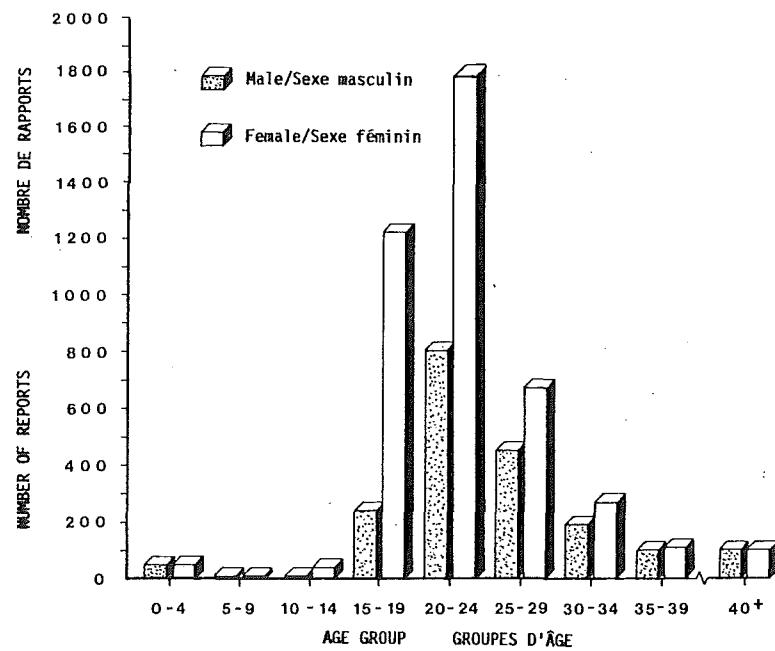
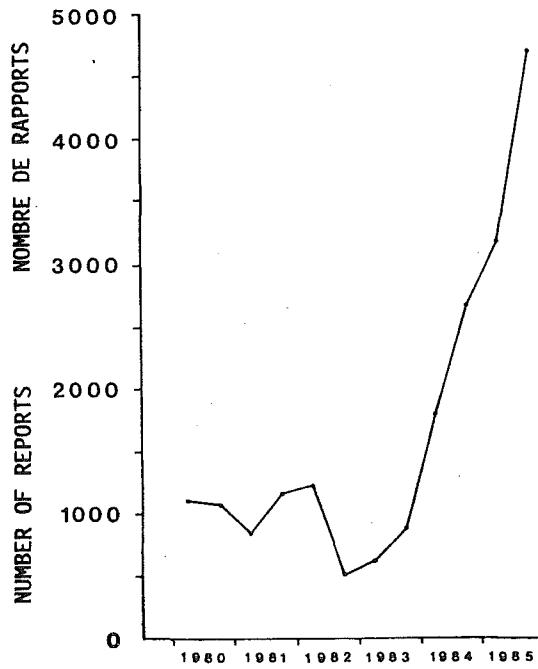
Figure 1. Rapports de laboratoire sur les infections à Chlamydia, Canada, 1981-1985

RAPPORTS DE LABORATOIRE SUR LES INFECTIONS À CHLAMYDIA AU CANADA - 1985

Au cours de 1985, le Laboratoire de lutte contre la maladie a reçu des 28 laboratoires de virologie du Canada qui participent au programme de déclaration de cas de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 7884 rapports d'infections à Chlamydia, soit 5 fois le nombre reçu en 1983, et une augmentation de 84% par rapport à 1984 (Figure 1).

Figure 2. Laboratory Reports of Chlamydial Infections by Age, Sex, Canada, 1985/

Figure 2. Rapports de laboratoire sur les infections à Chlamydia selon l'âge et le sexe, Canada, 1985



Second Class Mail Registration No. 5670

Courrier de la deuxième classe - Enregistrement n° 5670



Geographical Distribution: The largest proportion (42.9%) of the reports came from Ontario, followed by Manitoba (33.9%), Nova Scotia (11.1%), Saskatchewan (6.3%), and New Brunswick (2.1%). The remaining 3.7% were submitted from Newfoundland, British Columbia, Alberta, and Prince Edward Island.

Age and Sex: Compared to 1984, the greatest increase was noted for children under 6 months of age (124%), followed by persons 10-14 years old (93%). The age distribution was similar to that reported in 1984, with persons 20-24 years old accounting for the largest number, followed by those 15-19 (Figure 2). The proportion of reports involving females 15-24 years of age increased from 41.2% in 1984 to 43.8% in 1985, while that for males in the same age group declined from 18.5% to 16.0%. The overall male:female ratio was 1:2.2 (up from 1:1.7 in 1984), but this varied by age group. The male:female ratio for persons under 10 years of age was 1:1; for those 15-19, 1:5; then it declined with each successive age group until age 35 when it was again 1:1.

Répartition géographique: L'Ontario a envoyé le plus grand nombre de rapports (42,9%), suivi du Manitoba (33,9%), de la Nouvelle-Écosse (11,1%), de la Saskatchewan (6,3%) et du Nouveau-Brunswick (2,1%). Le reste, soit 3,7%, provenait de Terre-Neuve, de la Colombie-Britannique, de l'Alberta et de l'Île-du-Prince-Édouard.

Âge et sexe: En comparaison avec 1984, on constate la plus grande augmentation dans le groupe des enfants de moins de 6 mois (124%), suivi des jeunes de 10 à 14 ans (93%). La répartition selon l'âge est semblable à celle observée en 1984, le groupe le plus atteint étant celui des 20 à 24 ans, suivi des 15 à 19 ans (Figure 2). La proportion de rapports intéressant les femmes de 15 à 24 ans a subi une hausse, passant de 41,2% en 1984 à 43,8% en 1985, tandis qu'elle a diminué pour les hommes du même groupe d'âge, passant de 18,5% à 16,0%. Le ratio global hommes:femmes était de 1:2,2 (une augmentation si on le compare à celui de 1:1,7 en 1984) mais ce rapport variait selon le groupe d'âge: 1:1 pour les enfants de moins de 10 ans, 1:5 pour les jeunes de 15 à 19 ans, puis un retour graduel à l'égalité avec chaque groupe d'âge successif jusqu'à 35 ans, âge pour lequel le ratio était de 1:1.

Table 1. Laboratory Reports of Chlamydial Infections by Age Group and Source of Specimen, Canada, 1985/
Tableau 1. Rapports de laboratoire sur les infections à Chlamydia,
selon le groupe d'âge et la source du spécimen, Canada, 1985

Age/ Age	SOURCE OF SPECIMEN/SOURCE DU SPÉCIMEN					Number/ Nombre
	Genital Tract/ Voies génitales	Eye/ Oeil	Nasopharynx/ Rhino-pharynx	Rectum/ Feces/ Rectum/ fèces	Not Specified/ Non précisé	
0-5 Months/Mois	4	39	46	0	3	92
6-11 Months/Mois	0	0	1	0	1	2
1-4 Years/Ans	3	5	0	0	0	8
5-14 Years/Ans	59	3	0	0	9	71
15-24 Years/Ans	3877	27	1	3	646	4554
25-39 Years/Ans	1578	31	2	5	239	1855
40-59 Years/Ans	114	20	0	0	20	154
60+	9	6	0	0	2	17
Unknown/Inconnu	683	5	1	0	442	1131
Number/Nombre	6327	136	51	8	1362	7884

Site of Infection: The source was specified in 6522 (82.7%) of the reports (Table 1). Of these 6522 reports, 97.0% involved the genital tract; 2.1%, eye; 0.8%, nasopharynx; and 0.1%, rectum/feces. While the number of reports involving the genital tract nearly doubled over that for 1984, those involving the eye and nasopharynx increased by 6- and 4-fold, respectively.

Infant Infections: Children 0-4 years of age accounted for 1.2% of all reports; the majority (90%) of these infections occurred in children less than 6 months of age (Table 2). Although there were 39 reports of chlamydial eye infection in children 0-5 months of age in 1985, only 6 cases of gonococcal ophthalmia neonatorum were reported. The majority (90%) of all the nasopharyngeal isolates involved children under 6 months of age. While nasopharyngeal chlamydial infection may be acquired during delivery, identification of neonatal infection is not possible in the surveillance system being used.

Comment: In evaluating these reports, changing procedures for the confirmation of **Chlamydia trachomatis** must be taken into account. Of the 7884 reports for 1985, almost 50% were detected by the newer diagnostic techniques utilizing monoclonal antibodies. In some WHO laboratories these tests are now performed in the bacteriology section and consequently may not be included in the virus reporting system. Moreover, prior to the introduction of the rapid diagnostic kits, only laboratories with facilities for tissue

Site de l'infection: Le site de prélèvement était précisé dans 6522 rapports (82,7%) (Tableau 1). De ce nombre, 97,0% intéressaient les voies génitales; 2,1% les yeux; 0,8% le rhino-pharynx et 0,1%, le rectum (fèces). Si d'une part les infections des voies génitales ont presque doublé par rapport à 1984, les atteintes des yeux et du rhino-pharynx se sont avérées respectivement 6 fois et 4 fois plus élevées.

Infections infantiles: Les enfants de 0 à 4 ans ont fait l'objet de 1,2% de tous les rapports. La majorité de ces infections (90%) se sont produites chez des enfants de moins de 6 mois (Tableau 2). Bien qu'on ait enregistré en 1985, 39 cas d'infections oculaires à **Chlamydia** chez des enfants de 0 à 5 mois, seulement 6 cas de conjonctivite gonococcique du nouveau-né ont été signalés. La majorité (90%) de tous les isolats rhino-pharyngiens mettait en cause des enfants de moins de 6 mois. Bien que les infections rhino-pharyngiennes à **Chlamydia** puissent être contractées pendant l'accouchement, il n'est pas possible d'identifier les infections néonatales dans le cadre du système de déclaration utilisé présentement.

Commentaire: En évaluant ces rapports, il faut tenir compte des nouvelles méthodes employées pour confirmer la présence de **Chlamydia trachomatis**. Presque 50% des 7884 rapports présentés en 1985 faisaient état de nouvelles techniques de diagnostic utilisant des anticorps monoclonaux. Dans certains laboratoires de l'OMS, ces tests sont effectués par le service de bactériologie, de sorte que les résultats ne sont peut-être pas compris dans le système de déclaration virologique. En outre, avant l'introduction des trousseaux de diagnostic rapide, seuls les laboratoires dotés des installations

culture could identify *C. trachomatis*. Now many laboratories are using these new diagnostic kits to identify this organism, but a great number of these facilities are not participating in the WHO reporting program. Therefore, the statistics presented here do not reflect the true incidence of laboratory-identified chlamydial infections in Canada in 1985.

nécessaires à la culture de tissus pouvaient identifier *C. trachomatis*. Aujourd'hui, de nombreux laboratoires utilisent les nouvelles trousse de diagnostic rapide pour reconnaître cet organisme, mais peu d'entre eux participent au programme de déclaration de cas de l'OMS. Par conséquent, les statistiques présentées ici ne reflètent pas l'incidence réelle des infections à Chlamydia identifiées en laboratoire au Canada en 1985.

Table 2. Rates of Laboratory-Identified Chlamydial Infections by Sex and Age Group, Canada, 1985/
Tableau 2. Taux d'infections à Chlamydia identifiées en laboratoire selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 1985

Age Group/ Groupe d'âge	ISOLATES PER 100 000 POPULATION/ ISOLATS POUR 100 000 HABITANTS	
	Male/Hommes	Female/Femmes
0-5 Months/Mois	47.3	44.5
6-11 Months/Mois	1.0	1.1
1-4 Years/Ans	0.5	0.4
5-14 Years/Ans	0.6	3.9
15-24 Years/Ans	53.3	155.5
25-39 Years/Ans	24.4	33.3
40-59 Years/Ans	3.9	3.2
60+	1.3	1.1
Total	17.2	36.1

Acknowledgements: The assistance of the directors of the Canadian virus laboratories is greatly appreciated. Special thanks to PW Neumann, Bureau of Microbiology and M-J Garnett, Computer Services, LCDC, Ottawa for data summation.

SOURCE: MJ Todd, MHSc, AG Jessamine, MB, ChB, Bureau of Epidemiology, LCDC, Ottawa.

A Case Report

RECURRING ANAL ABCESS AND GONORRHEA - QUEBEC

On 14 January 1986, a 36-year-old man, admitted to Hôtel-Dieu de Montréal, was referred to the Microbiology and Infectious Diseases Department for pre-operative evaluation of a recurring anal abcess. On 25 December 1985, the patient had noted a perianal mass and "bleeding hemorrhoids", one month after traumatic genito-anal relations. On 28 December 1985, he visited his physician who drained a left para-anal abcess, prescribed an oral anti-staphylococcal antibiotic and saw him twice for follow-up during the next 2 weeks. Because the therapy was not successful, he consulted another physician who noted the presence of a painful left anal abcess with purulent drainage. Antibiotic therapy (250 mg cloxacillin q.i.d.) was begun. With this treatment the patient experienced intermittent fever and, within a few days, local symptoms identical to the original infectious manifestations recurred accompanied by pain, pruritis, rectorrhagia and mucoid stools.

The patient had a 10-year history of homosexuality with multiple unknown partners. He had had viral hepatitis in 1972, and treatment for gonococcal urethritis twice during the past 10 years.

Clinical examination on admission showed a patient in good general health with painless micropolyadenopathy in the left armpit and groin. Examination revealed normal genitalia, but there was a fluctuant swelling on the left side of the anus connected to a fistula which was draining purulent fluid. On the right side, an indurated and hyperemic lesion was noted which was extremely sensitive and accompanied by satellite pustules.

Remerciements: Nous tenons à remercier les directeurs des laboratoires canadiens de virologie de leur précieuse collaboration. Un grand merci à PW Neumann, du Bureau de microbiologie et à M-J Garnett, des Services informatiques, LCCM, Ottawa, de nous avoir fourni des résumés des données.

SOURCE: MJ Todd, MScS, AG Jessamine, BM, BCh, Bureau d'épidémiologie, LCCM, Ottawa.

Rapport de cas

ABCÈS ANAL RÉCIDIVANT ET GONOCOCCIE - QUÉBEC

Le 14 janvier 1986, un homme de 36 ans, admis à l'Hôtel-Dieu de Montréal, est envoyé aux services de Microbiologie et des Maladies infectieuses pour évaluation pré-opératoire d'un abcès anal récidivant. Le patient avait remarqué une masse péri-anale et des "hémorroïdes sanguines" le 25 décembre 1985, soit un mois après des rapports anaux-génitaux traumatisants. Le 28 décembre 1985, il consulte son médecin qui draine un abcès para-anal gauche, lui prescrit une antibiothérapie orale anti-staphylococcique et le revoit à deux reprises au cours des 2 semaines suivantes. Face à l'échec thérapeutique, le patient consulte un autre médecin qui constate la présence du côté gauche d'un abcès anal douloureux avec écoulement purulent. On amorce une nouvelle antibiothérapie (250 mg de cloxacilline q.i.d.). Sous ce traitement, le sujet manifeste une fièvre intermittente et, au bout de quelques jours, des symptômes locaux identiques aux premiers signes d'infection et accompagnés de douleur, de prurit de rectorrhagie et de selles glaireuses.

Le patient est un homosexuel qui depuis 10 ans a eu des rapports sexuels avec de nombreux inconnus. Il a contracté une hépatite virale en 1972 et a été traité à deux reprises pour une urétrite gonococcique au cours des 10 dernières années.

L'examen clinique pratiqué à l'admission révèle un sujet en bonne santé générale, présentant une micropolyadénopathie indolore à l'aisselle gauche et aux aines. À l'examen, les organes génitaux étaient normaux, mais on constate une tuméfaction fluctuante du côté gauche de l'anus, communiquant avec une fistule produisant un écoulement purulent. Du côté droit, on observe une lésion indurée, hyperhémie et très sensible, accompagnée de pustules satellites.

Proctoscopy done in the operating room showed the rectal mucosa to be intact. Surgical drainage of an intersphincter, intermuscular abcess was carried out and the existing left anal abcess drainage channel widened.

Pre-operative specimens aspirated with a syringe from the left anal abcess and the pustules on the right side were positive for *Neisseria gonorrhoeae*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma* sp., *Bacteroides melaninogenicus*, *Peptostreptococcus* and β -hemolytic streptococcus, group B. Cultures of the anal pus collected in the operating room confirmed the presence of *N. gonorrhoeae*. The patient was then given procaine penicillin G (4 800 000 U.I.M.) followed by tetracycline (500 mg q.i.d. x 2 wks followed by 250 mg q.i.d. x 1 week). The patient has remained asymptomatic following this treatment regimen.

The patient's sero-immunological picture revealed no anomaly other than the presence of HTLV-III antibodies, classifying him in category I in the Haverkos et al classification⁽¹⁾.

The Canada Diseases Weekly Report⁽²⁾ recently reported on the low percentage of sexually transmitted diseases (STDs) declared by physicians in private practice. It is highly probable that a certain number of STDs involving the anus and rectum go unnoticed, as this case illustrates. Not all practitioners consider gonorrhea when there is an anal abcess. The presence of genital *Mycoplasma* and *Ureaplasma* in anal pus must be addressed. Whether they play a primary or a secondary role will be clarified by experience, as more detailed information regarding STDs in homosexual males is collected.

Acknowledgement: The invaluable co-operation of Dr. Jacques Heppell, Department of General Surgery, Hôtel-Dieu de Montréal, is greatly appreciated.

References:

1. Haverkos HW et al. J Infect Dis 1985; 152:1095.
2. Jessamine AG. CDWR 1986; 12:23-24.

SOURCE: GE Noël, MD, R Morisset, MD, Microbiology and Infectious Diseases Departments, Centre Hospitalier Universitaire Hôtel-Dieu de Montréal and Université de Montréal, Montreal, Quebec.

Announcement

INFECTION CONTROL 1 - 1986

This course, co-sponsored by the Bureau of Infection Control, LCDC, and the Canadian Hospital Infection Control Association, will be given in Ottawa, 8-12 September, 1986. Its purpose is to assist newly appointed infection control practitioners in the planning, implementation, management, and evaluation of an infection control program. The fee is \$250 and registration is limited. For further information, contact Beverly Campbell, Nurse Consultant, Bureau of Infection Control, Health Protection Branch Building, Tunney's Pasture, OTTAWA, Ontario, K1A 0L2, Tel. (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

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

Une proctoscopie pratiquée en salle d'opération révèle l'intégrité de la muqueuse rectale. Par la suite, on procède au drainage chirurgical d'un abcès intersphinctérien et intermusculaire et on agrandit l'ouverture de l'ancienne porte de drainage de l'abcès anal gauche.

Les échantillons pré-opératoires prélevés par aspiration avec une seringue à partir de l'abcès anal gauche et des pustules du côté droit sont positifs à l'égard de *Neisseria gonorrhoeae*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma* sp., *Bacteroides melaninogenicus*, *Peptostreptococcus* et de streptocoque- β hémolytique du groupe B. Les cultures obtenues à partir du pus anal prélevé en salle d'opération confirment la présence de *N. gonorrhoeae*. On administre au patient de la pénicilline G procaïnée (4 800 000 U.i.m.) suivie de tétracycline (500 mg q.i.d. x 2 semaines, puis 250 mg q.i.d. x 1 semaine). Le sujet est asymptomatique depuis lors.

Le bilan séro-immunologique du malade n'a révélé aucune anomalie, outre la présence d'anticorps anti-HTLV-III, d'où son classement dans la catégorie I de la classification de Haverkos et coll⁽¹⁾.

Le "Rapport hebdomadaire des maladies au Canada"⁽²⁾ signalait récemment le faible pourcentage de maladies transmises sexuellement (MTS) déclarées par les médecins d'exercice privé. Il est fort probable qu'un certain nombre de MTS intéressant la zone recto-anale passent inaperçus, comme en témoigne le présent cas. Les cliniciens ne songent pas tous à la possibilité d'une gonococcie en présence d'un abcès anal. La présence de *Mycoplasma* et d'*Ureaplasma* génitaux doit retenir notre attention. Leur rôle, primaire ou secondaire, s'éclaircira au fur et à mesure que s'approfondira notre connaissance des MTS chez les hommes homosexuels.

Remerciement: Nous tenons à remercier le Dr Jacques Heppell, du Service de chirurgie générale de l'Hôtel-Dieu de Montréal, pour sa précieuse collaboration.

Références:

1. Haverkos HW et coll. J Infect Dis 1985; 152:1095.
2. Jessamine AG. RHMC 1986; 12:23-24.

SOURCE: Drs GE Noël, R Morisset, Services de microbiologie et des maladies infectieuses, Centre hospitalier universitaire Hôtel-Dieu de Montréal et Université de Montréal, Montréal, Québec.

Announce

LUTTE CONTRE L'INFECTION 1 - 1986

Parrainé par le Bureau du contrôle des infections du LLCM et l'Association canadienne pour la prévention des infections dans les hôpitaux, ce cours sera donné à Ottawa, du 8 au 12 septembre 1986. Il a été conçu tout particulièrement pour aider les nouveaux praticiens de la lutte contre l'infection, à planifier, à mettre en oeuvre, à gérer et à évaluer un programme de lutte anti-infectieuse. Les frais d'inscription sont de 250 \$ et les places sont limitées. Pour plus de détails, s'adresser à Beverly Campbell, Infirmière-conseil, Bureau du contrôle des infections, Immeuble de la protection de la santé, Parc Tunney, Ottawa (Ontario), K1A 0L2, au tél. (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

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