

JAN 22 1986



Canada Diseases Weekly Report

ISSN 0382-232X

LABORATORY CENTRE FOR
DISEASE CONTROL - L'ASSOCIATION DES LABORATOIRES POUR LA
CONTROLE DES MALADIES

OCT 21 1982

CENTRE DE LUTTE CONTRE
LA MALADIE BIBLIOTHÈQUE

Rapport hebdomadaire des maladies au Canada

Date of publication: January 18, 1986
Date de publication: 18 janvier 1986

Vol. 12-3

CONTAINED IN THIS ISSUE:

| | |
|---|----|
| Salmonella nima 28:y:1,5 | 9 |
| Escherichia coli 0157:H7 in British Columbia | 9 |
| Surveillance of Hemolytic Uremic Syndrome (HUS) in the British Isles, 1983-1984 | 11 |

CONTENU DU PRÉSENT NUMÉRO:

| | |
|--|----|
| Salmonella nima 28:y:1,5 | 9 |
| Escherichia coli 0157:H7 en Colombie-Britannique | 9 |
| Surveillance du syndrome hémolytique et urémique (SHU), îles Britanniques, 1983-1984 | 11 |

Alert

SALMONELLA NIMA 28:Y:1,5

In recent weeks, 15 cases (mostly young children) of *S. nima* have been reported in 4 provinces (British Columbia 11, Alberta 1, Manitoba 1, Ontario 2), and there appears to be a strong association with the consumption of cheese. This is an extremely rare serotype in Canada: the only other isolation was reported in Ontario from a snake in 1970. Provincial authorities are alerted to the possibility of a widespread problem.

SOURCE: H Lior, MSc, Chief, National Centre for Enteric Bacteriology, Bureau of Microbiology; John F Riou, BScA, Director, Bureau of Field Operations, Health Protection Branch, Ottawa.

**ESCHERICHIA COLI 0157:H7
IN BRITISH COLUMBIA**

Verotoxin⁽¹⁾, or Shiga-like toxin⁽²⁾, has been detected in a number of enteropathogenic serotypes of *Escherichia coli* in which the classic 'heat-stable' and 'heat-labile' toxins are rare. *E. coli* 0157:H7 has recently been recognized as a Verotoxin-producing pathogen, and associations have been demonstrated with diarrhea, hemorrhagic colitis, and idiopathic hemolytic uremic syndrome (HUS)⁽³⁻⁹⁾.

The Microbiology Laboratory at British Columbia's Children's Hospital in Vancouver primarily serves hospital in- and out-patients. All stool specimens from children with diarrhea (with or without blood), and specimens from most sites from children with HUS were screened for the presence of strains of *E. coli* 0157:H7 which do not ferment sorbitol⁽⁸⁾. Such isolates were then examined for the production of classic heat-stable and heat-labile enterotoxins and Verotoxin. Stools samples from all patients were also examined by microscopy for ova and parasites and cultured for *Campylobacter*, *Yersinia*, *Aeromonas*, *Salmonella*, and *Shigella*.

During the 14-month period beginning 1 August 1984, stool specimens from 1425 patients were cultured and the following bacteria isolated: *Campylobacter*, 2.25%;

Alerte

SALMONELLA NIMA 28:Y:1,5

Au cours des dernières semaines, on a signalé 15 cas (principalement de jeunes enfants) de *S. nima* dans 4 provinces (Colombie-Britannique 11, Alberta 1, Manitoba 1, Ontario 2), et on constate une forte association avec la consommation de fromage. Il s'agit d'un sérotype extrêmement rare au Canada où il n'a été isolé qu'une seule fois auparavant, chez un serpent en Ontario en 1970. Les autorités provinciales sont au courant de la possibilité d'un problème à la grandeur du pays.

SOURCE: H Lior, MSc, Chef, Centre national de bactériologie entérique, Bureau de microbiologie; John F Riou, BScA, Directeur, Bureau des opérations régionales, Direction générale de la protection de la santé, Ottawa.

**ESCHERICHIA COLI 0157:H7
EN COLOMBIE-BRITANNIQUE**

La vérotoxine⁽¹⁾, ou toxine d'allure Shiga⁽²⁾, a été décelée dans plusieurs sérotypes entéro-pathogènes d'*Escherichia coli* où les toxines "thermostables" et "thermolabiles" habituelles sont rares. *E. coli* 0157:H7 a récemment été reconnu comme étant un agent pathogène producteur de vérotoxine et des associations ont été démontrées entre le microorganisme et la diarrhée, la colite hémorragique, ainsi que le syndrome hémolytique et urémique (SHU) idiopathique⁽³⁻⁹⁾.

À Vancouver, le laboratoire de microbiologie de l'Hôpital pour enfants de la Colombie-Britannique dessert principalement les patients hospitalisés et externes de l'établissement. Tous les échantillons de selles provenant d'enfants diarrhéiques (diarrhée sanguinolente ou non), de même que la plupart des spécimens divers prélevés chez des enfants atteints de SHU, ont été analysés à des fins de détection de souches d'*E. coli* 0157:H7 ne fermentant pas le sorbitol⁽⁸⁾. On a ensuite pratiqué des analyses pour déterminer si ces isolats étaient producteurs d'entérotoxines thermostables et thermolabiles habituelles et de vérotoxine. De plus, des échantillons de selles de chaque patient ont été examinés au microscope pour déterminer la présence d'oeufs et de parasites, puis cultivés afin de mettre en évidence *Campylobacter*, *Yersinia*, *Aeromonas*, *Salmonella* et *Shigella*.

Au cours de la période de 14 mois débutant le 1^{er} août 1984, des coprocultures ont été pratiquées chez 1425 patients, et les isolats bactériens suivants ont été obtenus:

Second Class Mail Registration No. 5670

Courrier de la deuxième classe - Enregistrement n° 5670

Health and Welfare
Canada Santé et Bien-être social
Canada

E. coli 0157:H7, 1.9%; *Yersinia* spp., 1.75%; *Salmonella* spp., 1.7%; *Aeromonas* spp., 0.6%; and *Shigella* spp., 0.3%. Seven patients had more than one enteric pathogen which in 4 patients was *Aeromonas* spp.

During a 2-year period starting on 1 September 1983, there were 9 isolates of *E. coli* 0157:H7 from patients with HUS all of whom had diarrhea (7 with bloody diarrhea). The organism was isolated from a further 25 patients with diarrhea alone. All isolates produced a Verotoxin but not the classic heat-stable or heat-labile enterotoxins. Two isolates were from sites other than stool, and these patients, who both had HUS, have been described elsewhere⁽⁹⁾. Two patients with HUS and *E. coli* 0157:H7 had other pathogens isolated from the stool; namely *Campylobacter jejuni*, and *Giardia lamblia* cysts. Patients from whom *E. coli* 0157:H7 was isolated included 18 girls and 16 boys, aged from 9 months to 16 years (mean 5.6 years). The mean age of patients with HUS was not significantly different from that of children with diarrhea alone.

Although it was not possible to trace all family contacts of patients from whom *E. coli* 0157:H7 was isolated, the organism was detected in stools from more than one child in 3 families. A further 3 children had family members with a history of diarrhea, but from whom specimens were not available. Of particular interest was a pair of siblings, one of whom developed HUS with diarrhea and the other bloody diarrhea alone.

During the 2-year study period, *E. coli* 0157:H7 was not detected in stools from 5 other patients with HUS. Four of these 5 individuals were already receiving antibiotic therapy and one was seen 2 weeks after onset of symptoms. The role of *E. coli* 0157:H7 or other *E. coli* serotypes is therefore uncertain in this particular group of patients.

E. coli 0157:H7, which was once thought to be an uncommon pathogen⁽³⁾, is presently about as common as *Campylobacter*, *Yersinia* or *Salmonella* in this hospital. The authors suggest that other centres should routinely screen stool specimens from patients with diarrhea for sorbitol-negative strains of *E. coli* 0157:H7 and should consider culture of specimens from additional sites in patients with HUS.

References:

1. Konowalchuk J et al. *Infect Immun* 1977; 18:775-779.
2. O'Brien AD et al. *Lancet* 1983; 1:702.
3. Riley LW et al. *N Engl J Med* 1983; 308:681-685.
4. Levine MM, Edelman R. *Epidemiol Rev* 1984; 6:31-51.
5. Cleary TG et al. *Infect Immun* 1985; 47:335-337.
6. Johnson WM et al. *Lancet* 1983; 1:76.
7. Karmali MA et al. *J Infect Dis* 1985; 151:775-781.
8. Gransden WR et al. *Ann Intern Med* 1985; 103:160.
9. Idem. *Lancet* 1985; 2:150.

SOURCE: JD Anderson, MD, PhD, JE Carter, MB, ChB, S Damm, FCSLT, WR Gransden, MB, ChB, MA, Divisions of Microbiology and Nephrology, British Columbia's Children's Hospital, Vancouver; H Lior, MSc, National Centre for Enteric Bacteriology, LCDC, Ottawa.

Campylobacter, 2.25%; *E. coli* 0157:H7, 1.9%; *Yersinia* spp., 1.75%; *Salmonella* spp., 1.7%; *Aeromonas* spp., 0.6%; *Shigella* spp., 0.3%. Chez 7 patients, on a décelé la présence de plus d'un agent entéro-pathogène - un des microorganismes en question appartenant à l'espèce *Aeromonas* dans 4 cas.

Au cours de la période de 2 ans commençant le 1^{er} septembre 1983, on a obtenu 9 isolats d'*E. coli* 0157:H7 à partir de prélèvements de patients diarhéiques atteints de SHU (diarrhée sanglante dans 7 cas). Le microorganisme a aussi été isolé chez 25 autres patients présentant uniquement une diarrhée. Tous les isolats ont produit une vérotoxine, mais aucune des entérotoxines thermostables ou thermolabiles habituelles. Deux isolats ont été obtenus à partir d'échantillons non coprologiques; les sujets visés étaient atteints de SHU et leur cas a déjà été exposé⁽⁹⁾. Les spécimens fécaux de 2 patients atteints de SHU, chez qui l'on avait démontré la présence d'*E. coli* 0157:H7, ont permis d'isoler d'autres agents pathogènes, à savoir: *Campylobacter jejuni* et des kystes de *Giardia lamblia*. Parmi les patients chez qui *E. coli* 0157:H7 a été isolé, on comptait 18 filles et 16 garçons âgés de 9 mois à 16 ans (moyenne: 5,6 ans). Il n'y avait aucun écart significatif entre l'âge moyen des sujets atteints de SHU et celui des enfants présentant uniquement une diarrhée.

Il a été impossible de retracer tous les contacts familiaux des patients chez qui *E. coli* 0157:H7 a été isolé; dans 3 des familles visées, le microorganisme a toutefois été décelé dans les selles de plus d'un enfant. Des proches de 3 autres enfants avaient des antécédents de diarrhée, mais on n'a pu obtenir d'échantillons à des fins d'analyse. Il convient de noter que, dans une même famille, un enfant a développé un SHU associé à une diarrhée et un autre, uniquement une diarrhée sanglante.

Au cours des 2 années sur lesquelles portait l'étude, les échantillons de selles de 5 autres malades atteints de SHU se sont révélés *E. coli* 0157:H7 négatifs. Quatre des sujets visés faisaient déjà l'objet d'une antibiothérapie; quant à l'autre, il a été examiné 2 semaines après l'apparition des symptômes. Dans le cas de ces sujets, on ne peut donc se prononcer sur le rôle d'*E. coli* 0157:H7 ou d'autres sérotypes du microorganisme.

E. coli 0157:H7 a déjà été considéré comme un agent pathogène peu fréquent⁽³⁾; pourtant, à l'hôpital dont il est question ici, il a aujourd'hui pratiquement la même incidence que *Campylobacter*, *Yersinia*, ou *Salmonella*. Selon les auteurs, il serait bon que d'autres centres examinent systématiquement les prélèvements de selles de malades diarhéiques pour déterminer la présence de souches sorbitol négatives d'*E. coli* 0157:H7 et que, dans les cas de SHU, ils envisagent de pratiquer des cultures à partir d'échantillons provenant d'autres sites.

Références:

1. Konowalchuk J et coll. *Infect Immun* 1977; 18:775-779.
2. O'Brien AD et coll. *Lancet* 1983; 1:702.
3. Riley LW et coll. *N Engl J Med* 1983; 308:681-685.
4. Levine MM, Edelman R. *Epidemiol Rev* 1984; 6:31-51.
5. Cleary TG et coll. *Infect Immun* 1985; 47:335-337.
6. Johnson WM et coll. *Lancet* 1983; 1:76.
7. Karmali MA et coll. *J Infect Dis* 1985; 151:775-781.
8. Gransden WR et coll. *Ann Intern Med* 1985; 103:160.
9. Idem. *Lancet* 1985; 2:150.

SOURCE: Dr JD Anderson, PhD, JE Carter, BM, BCh, S Damm, FCSLT, WR Gransden, BM, BCh, MA, Divisions de Microbiologie et de Néphrologie, Hôpital pour enfants de la Colombie-Britannique, Vancouver; H Lior, MSc, Centre national de bactériologie entérique, LLCM, Ottawa.

SURVEILLANCE OF HEMOLYTIC UREMIC SYNDROME (HUS) IN THE BRITISH ISLES, 1983-1984

Surveillance of HUS in the British Isles began in 1983 as part of the voluntary clinical reporting scheme of the British Paediatric Association and the Communicable Disease Surveillance Centre. The results of the first 2 years of surveillance are reported here.

In this surveillance scheme a patient with HUS was defined as a child under the age of 16 years with the following: 1) acute renal failure (plasma urea $> 18 \text{ mmol/L}$); 2) microangiopathic hemolytic anemia ($\text{Hb} < 10 \text{ g/L}$, fragmented red cells); and 3) thrombocytopenia (platelets $< 100\,000 \times 10^9/\text{L}$). Patients with septicemia, malignant hypertension, chronic uremia, collagen and vascular disorders were excluded.

A total of 77 reports was received (31 in 1983 and 46 in 1984). This gives an annual reported incidence in the British Isles for the 2 years of 0.25 and 0.36 per 100 000 children under 16 years respectively. The ages, given for 71 patients (40 females, 31 males), ranged from 3 weeks to 14 years with a median of 2 years 7 months and a mean of 4 years. In both years reporting of cases increased in May and June, reached a peak in August, and continued at a fairly high level until December.

Information regarding prodromal illness was available on 59 of the cases and only one had no prodrome. In 54 (92%) patients HUS was preceded by a diarrheal illness; the diarrhea was bloody in 32 of these. Of the 4 patients with non-diarrheal prodromes, 2 had upper respiratory tract infections, one had pneumonia, and one presented with acute pancreatitis. Vomiting occurred in 19 (32%) cases and abdominal pain in 9 (15%), 2 of whom had abdominal surgery. One patient complained of severe arthralgia. There was a history of concurrent diarrheal illness in the close family contacts of 13 (24%) of the 54 cases with a diarrheal prodrome.

Pallor, which was the commonest presenting sign (90% of patients overall), jaundice, dehydration and 'other' features were described more frequently by the hospital of first admission, whereas oligo-anuria, edema and petechial rash were more frequently reported by the second hospital to which patients were referred. None of these differences reached statistical significance.

Forty-three (73%) of the 59 patients in whom outcome was stated made a complete recovery from their illness. Of the remainder, some of whom had more than one complication, 8 had residual renal impairment; 2 were still hypertensive one month after discharge; 4 suffered permanent neurological damage; 1 had repeated episodes of pancreatitis; and 3 died.

It has been suggested that patients with a non-diarrheal prodrome represent a different clinical group, with a more unfavourable prognosis, from those whose HUS is preceded by diarrhea^(1, 2). Only one of the 5 patients who did not have a diarrheal prodrome recovered fully. One died and 3 had hypertension, chronic renal impairment or permanent neurological damage as sequelae.

Comments: HUS has been described in many parts of the world with large series reported from the United Kingdom⁽²⁾, United States⁽³⁾, France⁽⁴⁾, Argentina⁽⁵⁾, Southern Africa⁽⁶⁾, Southern India⁽⁷⁾, and the Netherlands⁽⁸⁾.

SURVEILLANCE DU SYNDROME HÉMOLYTIQUE ET URÉMIQUE (SHU), ÎLES BRITANNIQUES, 1983-1984

Dans les îles Britanniques, la surveillance du SHU a été amorcée en 1983, dans le cadre d'un programme de la British Paediatric Association et du Communicable Disease Surveillance Centre prévoyant la déclaration volontaire des cas cliniques. Le présent article fait état des résultats des 2 premières années de surveillance.

Pour les besoins du programme, on a défini un cas de SHU comme étant un enfant de moins de 16 ans manifestant les symptômes suivants: 1) insuffisance rénale aiguë (urée plasmatique $> 18 \text{ mmol/L}$); 2) anémie hémolytique microangiopathique ($\text{Hb} < 10 \text{ g/L}$, érythrocytes fragmentés); et 3) thrombocytopenie (plaquettes $< 100\,000 \times 10^9/\text{L}$). On a exclu tout malade atteint de septicémie, d'hypertension maligne, d'urémie chronique, de collagénose et de troubles vasculaires.

Au cours des 2 années visées, on a reçu 77 rapports des îles Britanniques - soit 31 en 1983 et 46 en 1984 - l'incidence annuelle enregistrée étant donc de 0,25 et de 0,36 pour 100 000 enfants de moins de 16 ans. Précisé dans 71 cas (40 filles et 31 garçons), l'âge des malades allait de 3 semaines à 14 ans - la médiane étant de 2 ans et 7 mois, et la moyenne de 4 ans. Au cours des 2 années en question, les déclarations ont augmenté en mai et juin, pour atteindre un pic en août et se maintenir à un niveau relativement élevé jusqu'en décembre.

Dans 59 des cas, on disposait de données sur l'atteinte prodromique; il n'y avait qu'un seul cas dépourvu de tout symptôme avant-coureur. Chez 54 (92%) des sujets, le SHU avait été précédé par une affection diarrhéique; dans 32 de ces cas, il s'agissait de diarrhée sanguine. Sur les 4 sujets présentant des signes prodromiques non-diarrhéiques, 2 souffraient d'infections des voies respiratoires supérieures; 1, de pneumonie; et 1, de pancréatite aiguë. Des vomissements se sont manifestés dans 19 (32%) cas et des douleurs abdominales, dans 9 (15%), dont 2 ont nécessité une chirurgie abdominale. Un sujet s'est plaint d'arthralgie intense. On a relevé des antécédents d'atteinte diarrhéique concomitante chez les proches de 13 (24%) des 54 sujets présentant un symptôme prodromique de nature diarrhéique.

La pâleur - en l'occurrence le signe révélateur le plus commun (90% de l'ensemble des malades), l'ictère, la déshydratation et des manifestations "autres" constituaient les symptômes décrits plus fréquemment par l'hôpital où le sujet visé avait d'abord été admis; l'oligoneurasthénie, l'oedème et l'éruption pétichiale ayant été décrits plus souvent par l'hôpital où les cas ont été adressés. Ces divergences n'étaient toutefois pas significatives sur le plan statistique.

Le rétablissement a été complet dans 43 (73%) des 59 cas dont on précisait l'issue. Parmi les autres cas, dont certains ont présenté plus d'une complication, on a enregistré 8 cas d'insuffisance rénale rémanente; 2, d'hypertension non résolue 1 mois après la sortie de l'hôpital; 4, d'atteinte neurologique permanente; 1, d'épisodes répétés de pancréatite; et, enfin, 3 décès.

On a laissé entendre que les malades présentant un signe prodromique non-diarrhéique se distinguent des sujets chez qui le SHU est précédé d'une diarrhée, pour former un groupe clinique jouissant d'un meilleur pronostic^(1, 2). Toutefois, sur les 5 sujets n'ayant manifesté aucun symptôme avant-coureur de diarrhée, 1 seul s'est tout à fait remis, 1 est mort, et 3 ont souffert de séquelles telles que hypertension, insuffisance rénale chronique ou atteinte neurologique permanente.

Commentaires: Le SHU a été décrit dans de nombreuses régions du monde, un grand nombre de cas ayant été recensé au Royaume-Uni⁽²⁾, aux États-Unis⁽³⁾, en France⁽⁴⁾, en Argentine⁽⁵⁾, dans le sud de l'Afrique⁽⁶⁾, dans le sud de l'Inde⁽⁷⁾, et aux Pays-Bas⁽⁸⁾.

It is difficult to compare the reported incidence of HUS among British children in 1983-84 with that in other countries because of the absence of published data relating cases to population from comparable national surveillance schemes. Moreover, in a passive surveillance scheme in which case ascertainment depends on the goodwill of busy clinicians, reporting will be incomplete. Nevertheless the system is probably sufficiently reliable to enable the descriptive epidemiology and clinical features of HUS in the British Isles (if not its incidence) in 1983-84 to be compared with other series.

The mean age (4 years) of the British cases was older than that in series from Argentina and Southern Africa (9.5 months and 8.5 months respectively) but more comparable with that described in an earlier UK series (3.5 years)⁽²⁾ and California (4.5 years)⁽¹⁾. Both the heavy preponderance in white children and the summer-autumn seasonality have been observed previously. The significant excess of cases occurring in rural areas has not, however, been documented in other countries, although it has previously been noted in southern England⁽²⁾.

The clinical features and outcome of the reported cases were similar to those of other series from the United States, the UK, and the Netherlands^(1, 2, 8). The combination of diarrhea (bloody or not) and pallor at presentation were the most characteristic diagnostic pointers of HUS. The striking excess of a poor outcome among those with no diarrheal prodrome has also been described elsewhere⁽²⁾.

Changes and improvements in the surveillance scheme from mid-1985 onwards are planned. These are based partly on deficiencies shown up by the first 2 years' experience but principally on the initiation of a study of the association between Verotoxin-producing *Escherichia coli* and HUS in Britain.

References:

1. Dolislager D, Tune B. Am J Dis Child 1978; 132:55-58.
2. Trompeter RS et al. Arch Dis Child 1983; 58:101-105.
3. Sorrenti LY, Lewy PR. Am J Dis Child 1978; 132:59-62.
4. Mathieu H et al. Archiv Fr Pediat 1969; 26:369-390.
5. Gianantonio CA et al. Nephron 1973; 11:174-192.
6. Kibel MA, Barnard PJ. South African Med J 1968; 42:692-698.
7. Raghupathy P et al. Br Med J 1978; 1:1518-1521.
8. Donckerwolcke RA et al. Paediatrician 1979; 8:378-393.

SOURCE: Communicable Disease Report, CDR 25/28, 12 July 1985.

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

En l'absence de données publiées établissant un rapport entre le nombre de cas et d'habitants d'après les chiffres recueillis dans le cadre de programmes nationaux de surveillance de nature analogue, il est difficile de comparer l'incidence du SHU signalée chez les enfants britanniques en 1983-1984 et celle enregistrée dans d'autre pays. Qui plus est, dans un programme passif de surveillance où la confirmation des cas dépend du bon vouloir de cliniciens débordés, il restera toujours des cas non déclarés. Néanmoins, le système est probablement assez efficace pour que l'épidémiologie descriptive et les caractéristiques cliniques du SHU (s'il en va différemment de son incidence) observées en 1983-1984 dans les îles Britanniques puissent être comparées à d'autres cas.

Chez les cas britanniques, l'âge moyen (4 ans) était plus élevé que chez les cas survenus en Argentine et dans le sud de l'Afrique (9,5 et 8,5 mois, respectivement); il se comparait davantage à celui des sujets visés par des épisodes antérieurs décrits au Royaume-Uni (3,5 ans)⁽²⁾ et en Californie (4,5 ans)⁽¹⁾. On a déjà observé à la fois la forte prépondérance de la maladie chez les enfants blancs et son caractère saisonnier estival-automnal. Même s'il a déjà été noté dans le sud de l'Angleterre⁽²⁾, l'excédent significatif de cas enregistrés dans des régions rurales n'a toutefois pas été documenté dans d'autres pays.

Les manifestations cliniques et l'issue des cas signalés étaient analogues à celles d'autres cas recensés aux É.-U., au R.-U., et aux Pays-Bas^(1, 2, 8). Parmi les symptômes révélateurs, c'est la combinaison de diarrhée (sanglante ou non) et de pâleur qui constituait l'indice diagnostique le plus caractéristique du SHU. L'excédent marqué d'issues fâcheuses parmi les cas n'ayant présenté aucun signe prodromique diarrhéique a également déjà été exposé⁽²⁾.

À compter du milieu de l'année 1985, on compte apporter au programme de surveillance des modifications et des améliorations qui découlent en partie des lacunes révélées au cours des 2 premières années, mais surtout de la mise en œuvre d'une étude sur l'association en Grande-Bretagne d'*Escherichia coli* producteur de vérotoxine et du SHU.

Références:

1. Dolislager D, Tune B. Am J Dis Child 1978; 132:55-58.
2. Trompeter RS et coll. Arch Dis Child 1983; 58:101-105.
3. Sorrenti LY, Lewy PR. Am J Dis Child 1978; 132:59-62.
4. Mathieu H et coll. Archiv Fr Pediat 1969; 26:369-390.
5. Gianantonio CA et coll. Nephron 1973; 11:174-192.
6. Kibel MA, Barnard PJ. South African Med J 1968; 42:692-698.
7. Raghupathy P et coll. Br Med J 1978; 1:1518-1521.
8. Donckerwolcke RA et coll. Paediatrician 1979; 8:378-393.

SOURCE: Communicable Disease Report, CDR 25/28, 12 juillet 1985.

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