



Canada Diseases Weekly Report

ISSN 0382-232X

CONTAINED IN THIS ISSUE:

LABORATORY CENTRE FOR
DISEASE CONTROL LIBRARY

OCT 21 1992

CENTRE DE LUTTE CONTRE
LA MALADIE BIBLIOTHÈQUE Date

Rapport hebdomadaire des maladies au Canada

September 6, 1986
6 septembre 1986

Vol. 12-36

CONTAINED IN THIS ISSUE:	
NACI - Interim Statement on the 1986	
Variants of Influenza A Virus Subtype H1N1	155
Epidemic of Hepatitis A - Quebec	155
Measles - United States	157

CONTENU DU PRÉSENT NUMÉRO:	
CCNI - Déclaration provisoire sur les variantes de 1986 du virus grippal A (H1N1)	155
Épidémie d'hépatite A - Québec	155
Rougeole - États-Unis	157

**NATIONAL ADVISORY COMMITTEE
ON IMMUNIZATION (NACI)**

Interim Statement on the 1986 Variants of Influenza A Virus Subtype H1N1

Since April 1986, influenza A viruses of the H1N1 subtype isolated in a number of Asian and some other countries, have differed in antigenic structure from the A/Chile/1/83 (H1N1) strain included in the trivalent influenza vaccine now in the final stages of preparation for the 1986-87 winter season. The difference is such that there is uncertainty about the degree of protection that will be conferred against the new variants by the trivalent vaccine. Reports indicate that outbreaks caused by the variants have been largely among children and young adults, being similar in this respect to other H1N1 strains that have circulated since 1977.

Monovalent H1N1 vaccine containing a representative strain of the 1986 variants is being prepared by certain manufacturers but will probably not be available until December 1986. This monovalent vaccine may be of value as a supplement to the trivalent vaccine in certain children and young adults who are at high risk of serious illnesses if they contract influenza.

NACI would prefer to have more information before it makes a decision on the categories of persons, if any, for whom the monovalent vaccine would be indicated. In mid-October, by which time more data will be available, the Committee proposes to make recommendations regarding the use of monovalent vaccine in Canada. It is likely that its use, if recommended, would be limited to young persons at high risk.

NACI emphasizes that the previously published recommendations for the use in 1986-87 of trivalent vaccine remain unaltered. Administration of trivalent vaccine should not be delayed because of the expected future availability of monovalent vaccine. If its use is recommended, monovalent vaccine would be given as a supplement to, and not as a replacement for, the trivalent vaccine.

EPIDEMIC OF HEPATITIS A - QUEBEC

Between 23 January and 4 February 1986, the Community Health Department of the Beauce Regional Hospital Centre received notification of 11 cases of hepatitis. An epidemiological investigation was immediately initiated after the first 5 cases (all hepatitis A) were reported on 23 and 24 January. Investigation revealed that 8 of the total 11 cases had consumed food prepared by a local caterer between 25 November and 15 December 1985; 6 of these had attended a Christmas reception on 14 December given by a local manufacturer

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL DE L'IMMUNISATION (CCNI)

Déclaration provisoire sur les variantes de 1986 du virus grippal A (H1N1)

Depuis avril 1986, les virus grippaux A de sous-type H1N1 isolés dans quelques pays d'Asie et ailleurs ont une structure antigénique différente de celle de la souche A/Chile/1/83 (H1N1) comprise dans le vaccin antigrippal trivalent dont la préparation s'achève pour la saison hivernale 1986-1987. La différence est telle que l'on s'interroge sur le degré de protection contre les nouvelles variantes qui sera conféré par le vaccin trivalent. Selon des rapports, les poussées attribuables aux variantes ont surtout frappé des enfants et des jeunes adultes, ne divergeant pas sur ce point d'autres souches H1N1 qui ont circulé depuis 1977.

Un vaccin monovalent H1N1 contenant une souche représentative des variantes de 1986 est présentement en préparation chez certains fabricants, mais il ne sera probablement pas disponible avant décembre 1986. Chez certains enfants et jeunes adultes présentant un risque élevé d'atteinte grave s'ils contractent la grippe, cette préparation peut être utile comme supplément au vaccin trivalent.

Le CCNI aimerait avoir davantage de données avant de prendre une décision en ce qui concerne les catégories de sujets, si tant est qu'il en est, pour qui le vaccin monovalent serait indiqué. À la mi-octobre, lorsque nous en saurons plus, le Comité se propose de formuler des recommandations quant à l'utilisation du vaccin monovalent au Canada. Il est fort probable que cette utilisation, si elle est recommandée, se limitera aux jeunes à risque élevé.

Le CCNI insiste sur le fait que les recommandations déjà publiées sur l'utilisation du vaccin trivalent en 1986-1987 restent inchangées. L'administration de ce vaccin ne devrait pas être reportée dans l'attente de la préparation monovalente. Si l'on en recommande l'utilisation, le vaccin monovalent sera administré en tant que supplément au vaccin trivalent - et non pas en remplacement.

ÉPIDÉMIE D'HÉPATITE A - QUÉBEC

Entre le 23 janvier et le 4 février 1986, le Département de santé communautaire (DSC) du Centre hospitalier régional de la Beauce a reçu notification de 11 cas d'hépatite A. Une enquête épidémiologique, instituée immédiatement après la déclaration des cinq premiers cas (tous d'hépatite A) les 23 et 24 janvier, a révélé que, sur le total des 11 cas, huit avaient consommé des aliments préparés par un traiteur local entre le 25 novembre et le 15 décembre 1985; six de ces cas avaient participé le 14 décembre à une réception du temps des Fêtes qu'un fabricant local de matériel de restauration

Second Class Mail Registration No. 5670

Courrier de la deuxième classe - Enregistrement n° 5670

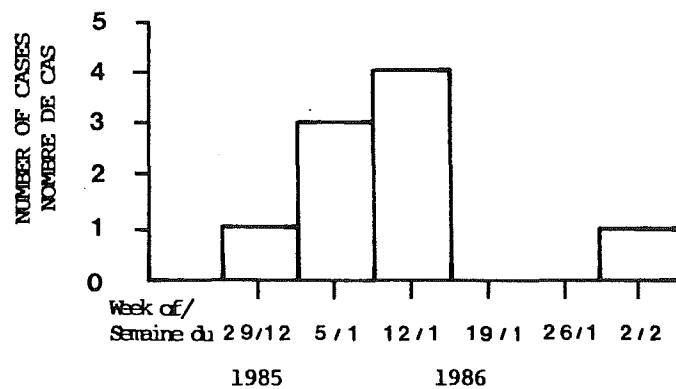
of restaurant equipment for the employees. Forty people had attended this party, so the attack rate was 15%. As a result of these findings, subsequent investigation focussed on the possibility of a common source of food contamination by the caterer involved.

The food served at the reception consisted mainly of sandwiches and cold meats; no shellfish or other seafood had been served. Because there was such a long time period between the date when the food was consumed and the appearance of symptoms, it was impossible to identify any specific food item as a possible source of infection. All cases had suffered icterus, fatigue and general malaise; 3 had to be hospitalized. All diagnoses were confirmed by the presence of serum hepatitis A specific IGM.

Inspection of the caterer's premises revealed good sanitary practices and adherence to proper food handling and preparation techniques. Wholesale establishments supplying food products to the caterer also met the required standards. None of the caterer's 11 foodhandlers had experienced any symptoms compatible with hepatitis A in recent months. All of their serum tests were negative for hepatitis A specific IGM. However, this testing was done in mid-February and the results could have been negative despite the presence of a case of hepatitis A in early December.

The epidemic curve is shown in Figure 1. Considering the incubation period for hepatitis A, 8 of the 9 cases probably had the same common source. The ninth case with onset of symptoms during the week of 2 February was most likely a secondary case. This individual had attended the reception of 14 December and was also a work contact of some of the cases that had onset of illness during the week of 5 to 12 January. The tenth case of the total 11 was another hepatitis A contracted during a stay in Algeria, and the remaining 1 was hepatitis B.

**Figure 1. Epidemic Curve for 9 Cases of Hepatitis A by Onset of Symptoms, Beauce, Quebec/
Figure 1. Courbe épidémique de l'apparition des 9 cas d'hépatite A, Beauce, Québec**



There was a considerable time lag between the appearance of symptoms in the first case and notification, partly because the attending physicians were less familiar with hepatitis A and were considering hepatitis B or other causes for icterus. Once the initial diagnosis was made, subsequent cases were diagnosed very quickly.

Twenty family contacts of cases (11 adults, including 1 pregnant woman, and 9 children) were given immune globulin in a prophylactic dose of 0.02 mg/kg. One of the cases worked in an extended care facility for the elderly. The 20 people with whom she had direct contact during the 2 weeks prior to her icterus were also given immune globulin.

The last case was reported on 7 February. It is possible, however, that there were some asymptomatic cases related to consumption of food served by the suspect caterer or secondary to direct contact with declared cases.

offrait à ses employés. Quarante personnes avaient assisté à cette réception, d'où un taux d'attaque de 15%. Ces constatations ont orienté l'enquête vers la possibilité d'une source commune de contamination des aliments servis par le traiteur en question.

Le buffet servi à la réception comportait surtout des sandwichs et des viandes froides, sans mollusques, ni autres fruits de mer. Vu le long délai entre ce repas et l'apparition des symptômes, il n'a pas été possible d'incriminer un aliment particulier. Tous les cas déclarés ont souffert d'ictère, de fatigue et de malaises généraux. Trois ont dû être hospitalisés. Tous les diagnostics ont été confirmés par la présence d'IGM spécifiques contre l'hépatite A dans le sérum des malades.

L'inspection des locaux du traiteur a révélé de bonnes conditions de salubrité et le respect des normes d'hygiène dans la préparation des aliments. Les fournisseurs satisfaisaient également aux normes établies. Aucun des 11 manipulateurs d'aliments du traiteur n'avaient souffert au cours des derniers mois de symptômes compatibles avec l'hépatite A, et la recherche d'IGM spécifiques contre l'hépatite A dans leur sérum s'est révélée négative. Cette recherche ayant toutefois été effectuée au milieu de février, les résultats auraient pu être négatifs malgré la présence d'un cas d'hépatite A au début de décembre.

La courbe épidémique apparaît à la Figure 1. Compte tenu de la période d'incubation de l'hépatite A, 8 des 9 cas sont probablement d'origine commune, le neuvième, avec l'apparition des symptômes dans la semaine du 2 février, étant fort probablement un cas secondaire. Celui-ci a participé au buffet du 14 décembre et il était également un contact professionnel de certaines des personnes chez qui les symptômes sont apparus dans la semaine du 5 au 12 janvier. Le dixième cas était une hépatite A contractée lors d'un séjour en Algérie, et le dernier, un cas d'hépatite B.

Le délai considérable entre l'apparition des symptômes chez le premier cas et sa notification vient de ce que les médecins traitants, étant peu habitués aux cas d'hépatite A, recherchaient l'hépatite B ou d'autres agents comme cause de l'ictère. Après avoir été avertis de l'épidémie, ils n'ont pas tardé à poser leurs diagnostics plus rapidement.

Vingt contacts familiaux des cas (11 adultes, dont une femme enceinte, et 9 enfants) ont reçu une dose de 0,02 mg/kg d'immunglobuline à titre prophylactique. Une des malades travaillait dans un centre de soins prolongés pour personnes âgées, et 20 de celles-ci, avec qui elle avait été en contact direct pendant les 2 semaines précédant son icterus, ont aussi reçu de l'immunglobuline.

Le dernier cas a été signalé le 7 février. Il y a peut-être eu, toutefois, un certain nombre de cas asymptomatiques liés à la consommation d'aliments servis par le traiteur suspect ou secondaires à des contacts directs avec les cas déclarés.

Notifiable Diseases Summary (Concluded) - Sommaire des maladies à déclaration obligatoire (fin)

No. Disease No Maladie	ICD-9 CIM-9													British Columbia			Northwest Territories					
		Ontario			Manitoba			Saskatchewan			Alberta			Colombie-Britannique			Yukon					
		Cur.	Cum. 86	Cum. 85	Cur.	Cum. 86	Cum. 85	Cur.	Cum. 86	Cum. 85	Cur.	Cum. 86	Cum. 85	Cur.	Cum. 86	Cum. 85	Cur.	Cum. 86	Cum. 85	Cur.	Cum. 86	Cum. 85
		Cur.	Cum. 86	Cum. 85	Cur.	Cum. 86	Cum. 85	Cur.	Cum. 86	Cum. 85	Cur.	Cum. 86	Cum. 85	Cur.	Cum. 86	Cum. 85	Cur.	Cum. 86	Cum. 85	Cur.	Cum. 86	Cum. 85
1. AIDS - SIDA		-	66	..	-	6	..	-	-	..	-	6	..	4	50	..	-	-	..	-	..	-
2. Amoebiasis - Amibiase	006	80	533	623	1	9	10	2	17	14	4	61	76	31	249	210	-	-	1	-	4	-
3. Botulism - Botulisme	005.1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
4. Brucellosis - Brucellose	023	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
5. Campylobacteriosis - Campylobactériose		571	2931	..	-	-	..	21	105	..	96	404	..	265	941	..	1	4	..	-	1	..
6. Chickenpox - Varicelle	052	530	14159	..	-	-	..	23	1021	..	644	8138	..	-	-	..	6	40	..	-	229	..
7. Cholera - Choléra	001	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8. Diphtheria - Diphthérie	032	-	-	3	-	1	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
9. Giardiasis - Giardiase	007.1	163	1887	2018	-	-	-	20	126	108	106	725	780	113	839	538	-	4	15	-	19	7
10. Gonococcal Infections - Infections gonococciques (1)	098	-	6590	8883	252	1802	1850	119	984	1088	406	2739	3247	267	2119	2967.	15	107	127	-	574	779
11. Gono Ophth neonat - Oph gono du nouveau-né	098.4	-	1	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12. Haemophilus influenzae B - invasive		12	84	..	-	3	..	2	18	..	9	68	..	-	20	..	-	2	..	-	9	..
13. Hepatitis A -	070.0, 070.1	18	182	185	12	166	350	21	227	625	15	217	329	7	92	206	-	1	..	-	2	3
14. Hepatitis B -	070.2, 070.3	53	506	510	4	35	78	7	68	85	6	98	104	18	190	228	-	4	3	-	4	3
15. Hepatitis other - Hépatite autres (2)		5	21	20	-	2	4	-	-	-	13	14	4	95	39	-	-	-	-	-	-	-
16. Legionellosis - Légionellose		-	17	..	-	11	..	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
17. Leprosy - Lépre	030	5	15	5	-	1	1	-	-	-	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18. Malaria - Paludisme	084	39	73	59	1	7	5	-	1	2	4	20	34	12	58	36	-	-	-	-	-	-
19. Measles - Rougeole	055	85	986	419	169	3374	4	50	276	2	65	501	62	156	7031	1267	12	72	-	-	11	17
20. Pneumococcal meningitis - Meningite à pneumocoques (3)	320.1	1	23	18	-	4	6	-	3	2	-	14	11	-	4	2	-	-	-	-	-	2
21. Other bact. meningitis - Autres méningites bactérienne (4)		5	22	19	-	17	2	-	3	5	2	24	10	-	6	27	-	-	-	-	2	3
22. Viral meningitis - Méningite virale (5)		36	68	44	3	14	25	2	11	11	5	6	19	3	17	19	-	-	-	-	1	2
23. Meningococcal infections - Infections à méningocoques	036	5	37	37	-	10	10	-	5	1	1	8	15	6	23	23	-	-	-	-	-	3
24. Mumps - Oreillons	072	9	151	..	-	16	..	-	5	..	13	144	..	3	53	..	-	-	-	-	7	..
25. Paratyphoid - Paratyphoïde	002.1-002.9	-	10	8	-	1	-	-	-	-	-	9	-	1	3	1	-	-	-	-	-	-
26. Pertussis - Coqueluche	033	51	613	648	-	24	19	1	10	31	7	30	23	-	29	47	-	-	-	-	10	-
27. Plague - Peste	020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
28. Poliomyelitis - Poliomyélite	045	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
29. Rabies - Rage	071	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30. Rubella - Rubéole	056	8	183	291	1	30	18	11	172	16	61	848	292	9	329	731	2	3	-	-	5	-
31. Congenital Rubella - Rubéole congénitale	771.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-
32. Salmonellosis - Salmonellose (6)	003	495	2858	2369	14	136	87	16	139	108	65	405	361	75	441	350	2	2	3	-	18	19
33. Shigellosis - Shigellose	004	14	256	199	10	70	171	35	266	70	6	77	132	-	69	78	-	-	-	-	8	15
34. Syphilis, Early, Symptomatic - Symptomatique, récent	091	-	129	184	3	23	36	-	1	8	-	70	85	6	60	97	-	1	-	-	-	-
35. Other - Autres	090, 092-097	-	387	588	9	25	17	-	1	6	-	6	38	6	66	102	-	-	-	-	-	1
36. Tetanus - Tétanos	037	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	1	-	-	-	-	-	-	-
37. Trichinosis - Trichinose	124	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-
38. Tuberculosis - Tuberculose	010-018	1	149	271	14	96	95	5	55	69	13	56	50	31	201	202	-	2	-	-	2	7
39. Typhoid - Typhoïde	002.0	-	17	12	-	1	-	-	-	-	1	2	3	-	3	5	-	-	-	-	-	-
40. Yellow Fever - Fièvre jaune	060	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

(1) Includes all 098 categories except 098.4. - Comprend toutes les rubriques 098, sauf 098.4.

(2) Includes 070.4 to 070.9 and unspecified. - Comprend 070.4 à 070.9 et sans précision.

(3) Includes encephalitis. - Comprend encéphalite.

(4) All other categories except Haemophilus 320.0, Meningococcal 036 and Tuberculosis 013.0. - Toutes les autres rubriques sauf à Haemophilus 320.0, méningocoques 036 et tuberculose 013.0.

(5) All categories except Measles 055, Poliomyelitis 045, Rubella 056, Yellow Fever 060. - Toutes les rubriques sauf rougeole 055, poliomylélite 045, rubéole 056, fièvre jaune 060.

(6) Excludes Typhoid 002.0 and Paratyphoid 002.1 to 002.9. - Sauf typhoïde 002.0 et paratyphoïde 002.1 à 002.9.

NOTE: Cumulative totals for both years correspond to the same period of time.

NOTA: Les totaux cumulatifs pour les deux années sont comparatifs à la même période de temps.

SYMBOLS:

SIGNES CONVENTIONNELS:

.. Not available

.. Non disponible.

- No cases reported

- Aucun cas déclaré.

SOURCE:

Vital Statistics and Health Status,
Health Division,
Statistics Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0T6
telephone (613) 991-1769

Statistique de l'état civil et de la santé,
Division de la santé,
Statistique Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0T6
téléphone (613) 991-1769

This Table has been produced by the use of CANSIM.
Ce tableau a été produit avec le concours de CANSIM.

*** STATISTICS CANADA - STATISTIQUE CANADA ***

Notifiable Diseases Summary - Sommaire des maladies à déclaration obligatoire

New Cases Reported for the Four Week Period Ending August 2, 1986.
Nouveaux cas déclarés pour la période de quatre semaines se terminant le 2 août 1986.

No. Disease No. Maladie	ICD-9 CIM-9	Canada			Newfoundland			Prince Edward Island			Nova Scotia			New Brunswick			Québec		
					Terre-Neuve			Île-du-Prince Édouard			Nouvelle-Écosse			Nouveau-Brunswick					
		Cur. Cou.	Cum. 86	Cum. 85	Cur. Cou.	Cum. 86	Cum. 85	Cur. Cou.	Cum. 86	Cum. 85	Cur. Cou.	Cum. 86	Cum. 85	Cur. Cou.	Cum. 86	Cum. 85	Cur. Cou.	Cum. 86	Cum. 85
1. AIDS - SIDA		4	154		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	25	-
2. Amoebiasis - Amibiase	006	123	940	997	-	1	2	-	-	-	1	11	27	-	1	-	4	54	34
3. Botulism - Botulisme	005.1	-	2	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4. Brucellosis - Brucellose	023	2	3	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3	2
5. Campylobacteriosis - Campylobactériose		983	4526		4	27		-	-	-	15	83		10	28	-	-	2	-
6. Chickenpox - Varicelle	052	1223	24719		12	420		-	-	-	6	706		2	6	-	-	-	-
7. Cholera - Choléra	001	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8. Diphtheria - Diphtérie	032	-	2	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
9. Giardiasis - Giardiase	007.1	451	3922	3790	1	34	29	2	15	6	6	51	66	1	4	3	39	218	220
10. Gonococcal Infections - Infections gonococciques(1)	098	1547	18612	22579	47	269	335	7	36	24	76	571	722	45	257	310	313	2564	2247
11. Gono Ophth néonat - Oph gono du nouveau-né	098.4	-	2	4	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
12. Haemophilus influenzae B - invasive		24	231		-	7		-	-	-	-	13		1	7	-	-	-	-
13. Hepatitis A	070.0, 070.1	76	938	1736	-	7	7	-	-	-	1	5	10	-	6	-	2	33	21
14. Hepatitis B	070.2, 070.3	124	1285	1183	-	2	9	-	-	-	1	10	11	1	13	2	34	355	149
15. Hepatitis other - Hépatite autres(2)		12	180	112	-	-	-	1	13	6	-	-	-	1	3	-	1	33	29
16. Legionellosis - Légionellose		-	29		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
17. Leprosy - Lépre	030	5	19	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18. Malaria - Paludisme	084	59	168	138	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	3	8	1
19. Measles - Rougeole	055	610	13952	1894	1	5	1	-	-	-	45	1407	19	12	132	4	5	57	99
20. Pneumococcal meningitis - Meningite à pneumocoques(3)	320.1	2	52	45	-	1	-	-	-	-	1	1	2	-	2	2	-	-	-
21. Other bact. meningitis - Autres méninigite bactérienne(4)		7	75	72	-	-	3	-	-	-	-	-	1	-	1	2	-	-	-
22. Viral meningitis - Méninigite virale(5)		50	127	133	-	-	-	-	-	-	1	2	-	-	-	1	9	11	
23. Meningococcal infections - Infections à méningocoques	036	20	131	127	-	1	4	-	-	-	3	1	-	1	1	8	43	32	
24. Mumps - Oreillons	072	26	383		-	2		-	-	-	3		1	1	-	1	-	1	-
25. Paratyphoid - Paratyphoïde	002.1-002.9	2	26	10	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	
26. Pertussis - Coqueluche	033	93	1163	860	3	32	2	3	37	30	23	248	31	-	12	4	5	118	25
27. Plague - Peste	020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
28. Poliomyelitis - Poliomylélite	045	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
29. Rabies - Rage	071	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
30. Rubella - Rubéole	056	115	1774	1785	15	66	8	-	-	-	3	2	1	49	5	7	86	422	
31. Congenital Rubella - Rubéole congénitale	771.0	-	4	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	
32. Salmonellosis - Salmonellose(6)	003	787	4871	4016	11	56	67	11	33	22	12	77	99	6	60	43	80	645	488
33. Shigellosis - Shigellose	004	78	852	735	-	-	-	1	-	8	9	-	3	-	13	94	51		
34. Syphilis, Early, Symptomatic - Sympathique, récent	091	18	369	485	-	-	1	-	-	-	1	6	1	1	-	8	83	68	
35. Other - Autres	090, 092-097	54	776	921	-	-	1	-	-	-	1	3	6	-	-	38	288	162	
36. Tetanus - Tétanos	037	-	3	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
37. Trichinosis - Trichinose	124	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
38. Tuberculosis - Tuberculose	010-018	81	794	903	-	23	17	1	1	1	2	15	20	-	12	20	14	182	151
39. Typhoid - Typhoïde	002.0	2	27	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	3	3	
40. Yellow Fever - Fièvre jaune	060	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

(1) Includes all 098 categories except 098.4. - Comprend toutes les rubriques 098, sauf 098.4.

(2) Includes 070.4 to 070.9 and unspecified. - Comprend 070.4 à 070.9 et sans précision.

(3) Includes encephalitis. - Comprend encéphalite.

(4) All other categories except Haemophilus 320.0, Meningococcal 036 and Tuberculosis 013.0. - Toutes les autres rubriques sauf à Haemophilus 320.0, méningocoques 036 et tuberculose 013.0.

(5) All categories except Measles 055, Poliomyelitis 045, Rubella 056, Yellow Fever 060. - Toutes les rubriques sauf rougeole 055, poliomylélite 045, rubéole 056, fièvre jaune 060.

(6) Excludes Typhoid 002.0 and Paratyphoid 002.1 to 002.9. - Sauf typhoïde 002.0 et paratyphoïde 002.1 à 002.9.

NOTE: Cumulative totals for both years correspond to the same period of time.
NOTA: Les totaux cumulatifs pour les deux années sont comparatifs à la même période de temps.

SYMBOLS:

SIGNES CONVENTIONNELS:

.. Not available
- No cases reported

.. Non disponible.
- Aucun cas déclaré.

SOURCE:

Vital Statistics and Health Status,
Health Division,
Statistics Canada,
Ottawa, Canada. K1A 0T6
telephone (613) 991-1769

Statistique de l'état civil et de la santé,
Division de la santé,
Statistique Canada,
Ottawa, Canada. K1A 0T6
téléphone (613) 991-1769

This Table has been produced by the use of CANSIM.
Ce tableau a été produit avec le concours de CANSIM.

Although there is not conclusive evidence, it is likely that this epidemic was foodborne. It also appears that the prophylactic measures taken were effective in preventing secondary cases.

SOURCE: M Alary, MD, Medical Consultant, D Nadeau, Infection Control Practitioner, Community Health Department, Beauce Regional Hospital Centre, Beaucheville; F Sirois, RN, M Talbot, RN, Community Health Nurses, Community Services of La Guadeloupe, Quebec.

International Notes

MEASLES - UNITED STATES

During the first 26 weeks of 1986, a provisional total of 3921 measles cases was reported in the United States, an increase of 117.6% over the 1802 cases reported during the same period in 1985. The overall incidence rate was 1.7/100 000 population, compared with 0.8/100 000 for 1985. Nine states accounted for 3185 (81.2%) cases: New Jersey (876), Illinois (412), New York (369), California (299), Arkansas (278), South Carolina (274), Arizona (243), Texas (242), and Wisconsin (192). Eighteen states and New York City had incidence rates greater than 1/100 000 population; 7 states and New York City had incidence rates greater than 3/100 000 population. During the first 26 weeks of 1986, 42 states and 9.0% of the nation's 3139 counties reported measles cases (indigenous or imported), compared with 20 states and 2.5% of the counties in 1985.

Eighty outbreaks (i.e., 5 or more epidemiologically linked cases) have occurred: 9 had more than 100 cases each (3 of these had more than 200 cases); 5 had 51-100 cases each; 11 had 26-50 cases each; and 55 had up to 25 cases.

Of these 3921 cases, 3824 (97.5%) met the standard case definition for measles, and 1174 (29.9%) were serologically confirmed. The number of cases reported weekly began to rise soon after the first of the year and reached a maximum at week 11.

The incidence rate of measles in all age groups increased substantially between 1985 and 1986. However, the age characteristics of cases differed between the two 26-week periods. During the first 26 weeks of 1985, the highest incidence rate was reported for persons 15-19 years of age; in 1986, the highest incidence rate occurred among children 0-4 years of age (7.0/100 000), followed by children 10-14 years of age (5.7/100 000). The latter group had the greatest increase in incidence rate between years. Of the 1249 reported cases among preschool-aged children, 355 (28.4%) were infants under 1 year of age; 212 (17.0%) were 12-14 months of age; 55 (4.4%) were 15 months of age; and 627 (50.2%) were 16 months-4 years of age.

Of the 2466 (62.9%) patients for whom setting of transmission was reported, 1371 (55.6%) acquired measles in primary or secondary schools; 203 (8.2%), in colleges or universities; 423 (17.2%), at home; 143 (5.8%), in medical settings; 72 (2.9%), in day care; and 254 (10.3%), in a variety of other settings, including churches, sporting events, and summer camps.

A total of 114 (2.9%) of all the cases were classified as international importations during this period.

A total of 1730 (44.1%) patients had been vaccinated on or after the first birthday; 2001 (51.0%) were unvaccinated patients, and 190 (4.8%) had histories of inadequate vaccination (vaccinated before the first birthday).

Malgré l'absence de preuves concluantes, il est probable que cette épidémie soit d'origine alimentaire. Les mesures prophylactiques semblent également avoir prévenu efficacement les cas secondaires.

SOURCE: Dr M Alary, Médecin-conseil, D Nadeau, Infirmière épidémiologiste, Département de santé communautaire, Centre hospitalier régional de la Beauce, Beaucheville; F Sirois, M Talbot, Infirmières en santé communautaire, Centre local de services communautaires de La Guadeloupe (Québec).

Notes internationales

ROUGEOLE - ÉTATS-UNIS

Au cours des 26 premières semaines de 1986, on a signalé aux États-Unis 3921 cas de rougeole (total provisoire), soit une augmentation de 117,6% par rapport aux 1802 cas recensés pendant la même période en 1985. L'incidence globale, qui était de 0,8/100 000 habitants en 1985, s'élevait à 1,7/100 000. Au total, 3185 cas (81,2%) se répartissaient entre 9 états: New Jersey (876), Illinois (412), New York (369), Californie (299), Arkansas (278), Caroline du Sud (274), Arizona (243), Texas (242), et Wisconsin (192). Le taux d'incidence était supérieur à 1/100 000 habitants dans 18 états et dans la ville de New York, et supérieur à 3/100 000 habitants dans 7 états et dans la ville de New York. Toujours pendant la même période, 42 états et 9,0% des 3139 comtés du pays ont signalé des cas de rougeole (indigènes ou importés), comparativement à 20 états et 2,5% des comtés en 1985.

On a enregistré 80 poussées (c'est-à-dire au moins 5 cas présentant un lien épidémiologique): le bilan était de plus de 100 cas dans 9 (dans 3, il dépassait même 200); de 51 à 100, dans 5; de 26 à 50, dans 11; et d'un maximum de 25, dans 55.

Sur les 3921 cas, 3824 (97,5%) correspondaient à la définition de cas normalisée et 1174 (29,9%) ont été confirmés par sérologie. Le nombre des déclarations hebdomadaires a commencé à grimper peu après le premier de l'an, pour atteindre son maximum à la onzième semaine.

De 1985 à 1986, l'incidence de la rougeole a accusé une nette hausse chez tous les groupes d'âge. Les groupes touchés n'étaient toutefois pas les mêmes. En effet, au cours des 26 premières semaines de 1985, l'incidence la plus élevée a été observée chez les 15 à 19 ans, tandis que pendant la même période de 1986 ce sont les enfants de 0 à 4 ans qui ont été les plus touchés (7,0/100 000), suivis des 10 à 14 ans (5,7/100 000). C'est chez ce dernier groupe que l'incidence a le plus grimpé d'une année à l'autre. La ventilation des 1249 cas signalés chez des enfants d'âge préscolaire était la suivante: moins d'un an, 355 cas (28,4%); 12 à 14 mois, 212 cas (17,0%); 15 mois, 55 cas (4,4%); et 16 moins à 4 ans, 627 cas (50,2%).

Parmi les 2466 (62,9%) cas pour lesquels le milieu de la transmission a été précisé, on mentionnait des écoles primaires ou secondaires dans 1371 (55,6%), des collèges ou des universités dans 203 (8,2%), le foyer dans 423 (17,2%), un milieu médical dans 143 (5,8%), des garderies dans 72 (2,9%), et divers autres milieux - notamment des églises, des manifestations sportives et des camps de vacances - dans 254 (10,3%).

Au cours de la période, 114 (2,9%) de la totalité des cas ont été classés dans la catégorie des importations internationales.

Au total, 1730 (44,1%) des malades avaient été vaccinés lorsqu'ils avaient au moins 1 an; 2001 (51,0%), n'étaient pas vaccinés; et 190 (4,8%), avaient des antécédents d'immunisation inadéquate (administrée avant leur premier anniversaire).

Of the 3921 cases, 1403 (35.8%) were classified as preventable. From 1985 to 1986, the absolute number and proportion of cases that were preventable increased in each age group. The highest proportion occurred among persons who were not of school age: 85.0% of cases among children 16 months-4 years of age were preventable. Only 28.7% of cases among school-aged persons 5-19 years of age were preventable; however, 44.1% of all preventable cases occurred in this age group.

Of the 2518 nonpreventable cases, 622 (24.7%) were among persons too young for routine vaccination (under 16 months of age), and 136 (5.4%) were too old (born before 1957). Of the 1760 who were between 16 months and 29 years of age, 1658 (94.2%) had been vaccinated on or after the first birthday; one (0.06%) had a prior physician diagnosis of measles; 28 (1.6%) were non-U.S. citizens; and 73 (4.1%) had medical contraindications or exemptions under state law.

Editorial Note: The 3921 measles cases reported through week 26 of 1986 exceed the total number of reported cases in any year since 1980, when 11 564 cases were reported during the comparable period. The 1986 figure is almost 4 times higher than the all-time low of 1037 cases reported during the same period of 1983. Although the number of reported cases still represents less than 1% of that in the prevaccine era, there is concern about the recent increase.

Incidence rates have increased in all age groups in 1986. The greatest increase (216.7%) occurred among persons 10-14 years of age. The highest incidence rate was in preschoolers who have accounted for almost one-third of all cases in 1986. The large number of cases among children 10-14 years of age was due to several large outbreaks in middle schools this year involving vaccinated students. The large number of cases in preschoolers was due to 2 large outbreaks in New York City and New Jersey in which predominantly preschool-aged children were involved, most of whom were unvaccinated. There were no large outbreaks on college campuses this year as in 1985.

As the measles elimination strategy is successfully implemented, the proportion of preventable cases should decrease. Since the percentage of preventable cases increased to 36.6% this year from 25.2% in 1985, further improvement in implementing existing recommendations for measles elimination are necessary. As in 1984 and 1985, preschool-aged children over 15 months of age comprised the group with the largest proportion of preventable cases. Greater efforts need to be directed at this age group.

SOURCE: *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Vol 35, No 33, 1986.

On a déterminé que 1403 (35,8%) des 3921 cas auraient pu être évités. De 1985 à 1986, le nombre et le pourcentage absolus de tels cas ont augmenté chez tous les groupes d'âge. La proportion la plus élevée a été observée chez la population d'âge préscolaire: 85,0% des cas recensés chez des enfants de 16 mois à 4 ans étaient évitables. Chez le groupe des 5 à 19 ans, cette proportion tombait à 28,7%, même si on y retrouvait 44,1% de la totalité des cas évitables.

Parmi les 2518 cas non évitables, 622 (24,7%) concernaient des sujets trop jeunes pour la vaccination systématique (moins de 16 mois), et 136 (5,4%), des sujets trop âgés (nés avant 1957). Parmi les 1760 malades âgés de 16 mois à 29 ans, 1658 (94,2%) avaient été vaccinés à l'âge d'un an ou plus; 1 (0,06%) avait déjà fait l'objet d'un diagnostic médical de rougeole; 28 (1,6%) n'étaient pas citoyens américains; et 73 (4,1%) avaient été exemptés de la vaccination pour des raisons médicales ou en vertu de la loi de l'état.

Note de la rédaction: Le nombre des cas de rougeole signalés pendant les 26 premières semaines de 1986, soit 3921, est le plus important depuis 1980, année où 11 564 cas avaient été recensés pendant la même période. Le chiffre de 1986 est pratiquement 4 fois plus élevé que le plus petit nombre jamais enregistré pendant cette période, à savoir: 1037 cas en 1983. Même si le nombre de cas représente encore moins de 1% de celui que l'on connaissait avant le vaccin, on s'inquiète de l'augmentation récente.

En 1986, l'incidence a grimpé chez tous les groupes d'âge, les 10 à 14 ans ayant connu la hausse la plus forte (216,7%). Le taux d'incidence le plus élevé a été observé chez la population d'âge préscolaire, laquelle représentait près du tiers de la totalité des cas. Cette année, le nombre élevé de cas chez les enfants de 10 à 14 ans est attribuable à la survenue de plusieurs poussées importantes parmi les élèves vaccinés du cycle intermédiaire. Pour ce qui est de la population d'âge préscolaire, le grand nombre de cas s'explique par 2 graves poussées qui se sont produites à New York et au New Jersey frappant principalement des enfants d'âge préscolaire, pour la plupart non vaccinés. C'est chez les 15 à 19 ans que l'incidence a le moins augmenté. À l'encontre de 1985, les campus universitaires ont été épargnés par les poussées graves.

Comme la stratégie d'éradication de la rougeole est solidement en place, la proportion des cas évitables devrait diminuer. Cependant, ce pourcentage ayant grimpé de 25,2% en 1985 à 36,6% cette année, il faudrait accentuer davantage la mise en oeuvre de recommandations formulées à ce sujet. Comme en 1984 et en 1985, ce sont les enfants d'âge préscolaire de plus de 15 mois qui représentaient le plus grand pourcentage des cas évitables. Il importe donc de concentrer plus d'efforts sur ce groupe d'âge.

SOURCE: *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Vol 35, no 33, 1986.

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 Communicable Disease 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

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