

NOV-7 1986



Canada Diseases Weekly Report

ISSN 0382-232X

LABORATORY CENTRE FOR
DISEASE CONTROL LIBRARY

OCT 21 1982

CENTRE DE LUTTE CONTRE
LA MALADIE BIBLIOTHÈQUE

Date of publication: November 1, 1986
Date de publication: 1 novembre 1986

Vol. 12-44

Rapport hebdomadaire des maladies au Canada

CONTAINED IN THIS ISSUE:

| | |
|---|-----|
| (NACI) - Supplementary Statement on Influenza Prophylaxis of High-Risk Children and Young Adults in 1986-87 | 199 |
| National Tuberculosis Conference | 200 |
| Human Plague in 1985 | 202 |

NATIONAL ADVISORY COMMITTEE ON IMMUNIZATION (NACI)

Supplementary Statement on Influenza Prophylaxis of High-Risk Children and Young Adults in 1986-87

NACI has given further consideration to the use of a monovalent influenza A (H1N1) vaccine referred to in an interim statement (CDWR 1986; 12:155). Influenza A viruses of the H1N1 subtype isolated in Asia in 1986 have differed antigenically from the A/Chile/1/83 (H1N1) strain included in the 1986-87 trivalent vaccine. 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. 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 vaccine prepared from the A/Taiwan/1/86 (H1N1) strain may be available by late November. It is recommended that a single dose of the split product, as a supplement to the trivalent vaccine, be given to the following groups of children and adults under 35 years of age:

Children with

- (a) recurrent or continuing pulmonary disorders such as bronchopulmonary dysplasia, cystic fibrosis, or asthma requiring continuing medical supervision,
- (b) hemodynamically significant heart disease,
- (c) cancer, immunodeficiency or immunosuppression,
- (d) sickle-cell disease and other hemoglobinopathies,
- (e) conditions requiring long-term treatment with acetylsalicylic acid (which might increase risk of Reye's syndrome after influenza).

Young adults with

- (a) chronic cardiac or pulmonary disorders severe enough to require regular medical follow-up or hospital care,
- (b) other chronic conditions such as diabetes and other metabolic diseases, cancer, immunodeficiency or immunosuppression, renal disease, and anemia.

CONTENU DU PRÉSENT NUMÉRO:

| | |
|--|-----|
| (CCNI) - Déclaration supplémentaire sur la prophylaxie antigrippale pour les enfants et les jeunes adultes à risque élevé en 1986-87 | 199 |
| Conférence nationale sur la tuberculose | 200 |
| La peste humaine en 1985 | 202 |

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL DE L'IMMUNISATION (CCNI)

Déclaration supplémentaire sur la prophylaxie antigrippale pour les enfants et les jeunes adultes à risque élevé en 1986-1987

Le CCNI a repensé à l'utilisation d'un vaccin monovalent contre la grippe A (H1N1) dont faisait mention une déclaration provisoire (RHMC 1986; 12:155). Les virus grippaux A de sous-type H1N1 isolés en Asie en 1986 possédaient une structure antigénique différente de la souche A/Chile/1/83 (H1N1) comprise dans le vaccin trivalent de 1986-1987. La différence est telle que l'on s'interroge sur le degré de protection contre les nouvelles variantes qui sera conférée par le vaccin trivalent. 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 préparé à partir de la souche A/Taiwan/1/86 (H1N1) devrait être disponible fin novembre. On recommande l'administration d'une dose unique de la préparation sous-unitaire, à titre de supplément au vaccin trivalent, aux enfants et aux adultes de moins de 35 ans appartenant aux groupes suivants:

Les enfants présentant:

- (a) des troubles pulmonaires récurrents ou persistants - tels que: dysplasie broncho-pulmonaire, fibrose kystique, ou asthme - qui demandent une surveillance médicale continue;
- (b) une cardiopathie importante sur le plan hémodynamique;
- (c) un cancer, une carence immunitaire ou une immunosuppression;
- (d) une drépanocytose et d'autres hémoglobinoïdes;
- (e) des états nécessitant un traitement prolongé à l'acide acetylsalicylique (qui peut accentuer le risque de syndrome de Reye après une grippe).

Les adultes présentant:

- (a) des troubles cardiaques ou pulmonaires chroniques, assez graves pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers;
- (b) des états chroniques tels que le diabète et d'autres troubles métaboliques, un cancer, une carence immunitaire ou une immunosuppression, une néphropathie, et une anémie.

Second Class Mail Registration No. 5670

Courrier de la deuxième classe - Enregistrement n° 5670



Health and Welfare
Canada Santé et Bien-être social
Canada

Use of this vaccine is not necessary for persons over age 35. The incidence of illness due to HINI strains has been low in older adults in recent years.

NACI emphasizes that the previously published recommendations for the use in 1986-87 of trivalent vaccine remain unaltered (CDWR 1986; 12:77-82). Monovalent vaccine should be given as a supplement to, and not as a replacement for, the trivalent vaccine.

In the event of an influenza A outbreak, amantadine prophylaxis is recommended for those high-risk children and young adults who have not been vaccinated.

NATIONAL TUBERCULOSIS CONFERENCE

The Fifth National Tuberculosis Conference, held in Winnipeg, Manitoba, 14 and 15 June 1986, under the auspices of the Canadian Lung Association, was attended by representatives from Federal and Provincial Tuberculosis Control Agencies and other interested persons. The profile of tuberculosis in Canada was addressed. Conclusions of the conference were as follows:

I. The Problem

The important 4 major high-risk groups which contribute to the ongoing tuberculosis situation in Canada are immigrants from high-prevalence countries, Canadians from North American Indians and Inuit groups, residents of low socioeconomic areas of major Canadian cities, and the elderly.

1.1 All potential immigrants with tuberculosis must be identified regardless of disease activity. The same criteria should apply to the assessment of the activity of disease and the infectiousness of the person as applies in Canada. Sputum bacteriology is the arbiter of infectiousness and, therefore, of the immediate public health risk posed by that individual. Those with smear-positive sputum should not emigrate before commencing treatment in their country of origin and being rendered non-infectious. It is essential that the province of destination of immigrants be informed promptly for purposes of surveillance of all persons identified as having tuberculosis. All such persons should be reassessed on arrival by the Provincial Public Health Authority.

1.2 Tuberculosis continues to be a significant public health problem in Indian and Inuit populations. Programs must ensure the early identification of disease and compliance with treatment. Special programs must be designed where areas of high incidence or outbreak of disease are noted to occur. The Indian and Inuit nations must be engaged in consultation in order that more effective means of controlling tuberculosis are developed.

1.3 There is a need for special and imaginative programs for the control of tuberculosis among the urban poor in Canada. Tuberculosis rates in 'skid-road' areas often approach and sometimes exceed rates in third world countries. Special programs for this high-risk population must include case-finding programs and supervised chemotherapy.

Il n'est pas nécessaire d'administrer ce vaccin à des personnes de plus de 35 ans. Au cours des dernières années, les groupes plus âgés n'ont en effet connu qu'une faible incidence d'atteintes attribuables à des souches HINI.

Le CCNI insiste sur le fait que les recommandations déjà publiées sur l'utilisation du vaccin trivalent pour la saison 1986-1987 demeurent inchangées (RHMC 1986; 12:77-82). Le vaccin monovalent doit être administré en tant que complément - il ne doit pas remplacer la préparation trivalente.

En cas de poussée de grippe A, la prophylaxie par l'amantadine est recommandée pour les enfants et les jeunes adultes à risque élevé qui n'ont pas été vaccinés.

CONFÉRENCE NATIONALE SUR LA TUBERCULOSE

La Ve Conférence nationale sur la tuberculose a eu lieu à Winnipeg (Manitoba) les 14 et 15 juin 1986, sous les auspices de l'Association pulmonaire du Canada. Elle a réuni des représentants d'organismes fédéraux et provinciaux de lutte anti-tuberculeuse et d'autres intéressés et a cherché à esquisser le profil de la tuberculose au Canada. En voici les conclusions:

I. Le problème

Les 4 grands groupes à risque contribuant au problème permanent de la tuberculose au Canada sont les immigrés venant de pays où la prévalence est élevée, les Canadiens appartenant à des groupes indiens et inuit d'Amérique du Nord, les habitants de secteurs défavorisés de grandes villes canadiennes, et les personnes âgées.

1.1 Tout immigrant éventuel tuberculeux doit être identifié, peu importe le degré d'activité de la maladie. Appliquer à l'évaluation de l'activité de la maladie et à la contagiosité de ces sujets, les mêmes critères que ceux qui sont en vigueur au Canada. La bactériologie des expectorations détermine la contagiosité et, de ce fait, le risque immédiat posé par le sujet pour la santé publique. Les sujets présentant un frottis d'expectorations positif ne doivent pas émigrer avant que leur traitement n'ait été amorcé dans leur pays d'origine et que leur contagiosité n'ait été résolue. À des fins de surveillance, il est essentiel que la province de destination soit informée sans tarder de l'arrivée de tout immigrant identifié comme étant tuberculeux. Ces sujets doivent être réévalués à leur arrivée par les autorités provinciales de santé publique.

1.2 Chez les populations indiennes et inuit, la tuberculose reste un problème important de santé publique. La détection précoce de la maladie et le respect du traitement doivent être assurés par des programmes. Il importe de concevoir des programmes spéciaux pour des régions où l'on observe une forte incidence de la maladie ou des poussées. Les peuples indiens et inuit doivent être consultés, si l'on veut mettre au point des moyens plus efficaces de lutte anti-tuberculeuse.

1.3 Nous avons besoin de programmes spéciaux et originaux de lutte antituberculeuse pour les citadins défavorisés du Canada. Dans les bas-fonds, les taux de tuberculose se rapprochent en effet souvent de ceux des pays du tiers monde - et quelquefois même les dépassent. Les programmes spéciaux à l'intention de cette population à risque élevé doivent comprendre des volets axés sur le dépistage et sur la chimiothérapie sous surveillance.

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

(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.

(4) All other categories except Haemophilus 320 A

(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, poliomyalgie 045,

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

(3) Entwickeln Sie private Lösungen und Verarbeitungsalgorithmen für die oben genannten Anwendungen.

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

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

SYMBOLS.

STONES CONVENTIONNELS.

- . Not reportable . A déclaration non obligatoire
. 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

*** STATISTICS CANADA - STATISTIQUE CANADA ***

Notifiable Diseases Summary - Sommaire des maladies à déclaration obligatoire

New Cases Reported for the Four Week Period Ending September 27, 1986.

Nouveaux cas déclarés pour la période de quatre semaines se terminant le 27 septembre 1986.

| No. Disease No Maladie | ICD-9 CIM-9 | Canada | | | Newfoundland | | | Prince Edward Island | | | Nova Scotia | | | New Brunswick | | | Québec | | |
|--|----------------|--------------|------------|------------|--------------|------------|------------|-----------------------|------------|------------|-----------------|------------|------------|-------------------|------------|------------|--------------|------------|------------|
| | | Canada | | | 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 | | 53 | 321 | 140 | - | - | - | - | - | - | 3 | 3 | - | 2 | 1 | 9 | 90 | 23 | |
| 2. Amoebiasis - Amibiase | 006 | 116 | 1181 | 1218 | 1 | 2 | 2 | - | - | - | 1 | 16 | 36 | - | 1 | 7 | 69 | 37 | |
| 3. Botulism - Botulisme | 005.1 | - | 5 | 3 | - | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| 4. Brucellosis - Brucellose | 023 | 3 | 8 | 6 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 3 | 2 | |
| 5. Campylobacteriosis - Campylobactériose | | 1170 | 7036 | .. | 1 | 38 | .. | - | - | - | 35 | 136 | .. | 51 | 105 | .. | 28 | 95 | |
| 6. Chickenpox - Varicelle | 052 | 854 | 28600 | .. | 16 | 450 | .. | - | - | - | 16 | 722 | .. | - | 8 | - | - | - | |
| 7. Cholera - Choléra | 001 | - | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| 8. Diphtheria - Diphtérie | 032 | - | 2 | 6 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | |
| 9. Giardiasis - Giardiase | 007.1 | 902 | 5828 | 4967 | 6 | 42 | 41 | 1 | 16 | 8 | 14 | 78 | 91 | 1 | 5 | 5 | 48 | 305 | 236 |
| 10. Gonococcal infections - Infections gonococciques (1) | 098 | 3046 | 25710 | 29030 | 24 | 336 | 456 | 3 | 39 | 31 | 81 | 722 | 926 | 41 | 328 | 367 | 603 | 3740 | 2723 |
| 11. Gono Uptth neonat - Oph gono du nouveau-né | 098.4 | - | 2 | 4 | - | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 |
| 12. Haemophilus influenzae B - invasive | | 36 | 323 | .. | 1 | 9 | .. | - | - | - | 14 | .. | 3 | 12 | .. | - | 23 | .. | |
| 13. Hepatitis A | 070.0, 070.1 | 74 | 1079 | 2033 | - | 7 | 10 | - | - | 3 | - | 5 | 10 | - | 6 | 1 | 5 | 42 | 29 |
| 14. Hepatitis B | 070.2, 070.3 | 170 | 1624 | 1490 | 1 | 3 | 9 | - | - | - | 3 | 15 | 16 | 4 | 17 | 5 | 48 | 444 | 179 |
| 15. Hepatitis other - Hépatite autres (2) | | 7 | 204 | 142 | - | - | - | - | 14 | 10 | - | - | - | - | 3 | - | - | 46 | 38 |
| 16. Legionellosis - légionellose | | 5 | 40 | .. | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| 17. Leprosy - Lèpre | 030 | - | 21 | 11 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| 18. Malaria - Paludisme | 084 | 45 | 237 | 185 | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - | 1 | 2 | 3 | 13 | 2 | |
| 19. Measles - Rougeole | 055 | 168 | 14384 | 2092 | - | 6 | 1 | - | - | - | 6 | 1423 | 22 | 5 | 141 | 4 | 1 | 60 | 117 |
| 20. Pneumococcal meningitis - Meningite à pneumocoques (3) | 320.1 | 2 | 60 | 49 | - | 1 | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 2 | - | 2 | - | |
| 21. Other bact. meningitis - Autres méninigite bactérienne (4) | | 16 | 108 | 84 | - | - | 3 | - | - | - | 1 | 1 | 1 | - | 1 | 4 | - | - | |
| 22. Viral meningitis - méninigite virale (5) | | 80 | 268 | 190 | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 4 | 1 | 1 | 2 | 11 | 18 |
| 23. Meningococcal infections - Infections à méninogocoques | 036 | 13 | 169 | 139 | - | 1 | 4 | - | - | 1 | 1 | 4 | 1 | - | 1 | 2 | 2 | 51 | 36 |
| 24. Mumps - Oreillons | 072 | 24 | 429 | .. | - | 2 | .. | - | - | - | .. | - | 3 | .. | - | 1 | .. | 2 | .. |
| 25. Paratyphoid - Paratyphoïde | 002.1-002.9 | - | 28 | 12 | - | 2 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 2 | 1 |
| 26. Pertussis - Coqueluche | 033 | 264 | 1605 | 1289 | 14 | 47 | 6 | 4 | 41 | 36 | 48 | 338 | 49 | 1 | 15 | 7 | 17 | 149 | 79 |
| 27. Plague - Peste | 020 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| 28. Poliomyelitis - Poliomylélite | 045 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| 29. Rabies - Rage | 071 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| 30. Rubella - Rubéole | 056 | 78 | 1995 | 1966 | 6 | 120 | 8 | - | - | - | 1 | 4 | 2 | - | 54 | 8 | 4 | 97 | 448 |
| 31. Congenital Rubella - Rubéole congénitale | 771.0 | - | 4 | 2 | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - | |
| 32. Salmonellosis - Salmonellose (6) | 003 | 1301 | 7414 | 5606 | 36 | 107 | 86 | 29 | 62 | 29 | 39 | 146 | 125 | 13 | 82 | 57 | 212 | 1008 | 636 |
| 33. Shigellosis - Shigellose | 004 | 139 | 1112 | 944 | - | - | 1 | - | 1 | - | - | 8 | 12 | - | 3 | 1 | 13 | 126 | 63 |
| 34. Syphilis, Early, Symptomatic - Symptomatique, récent | 091 | 27 | 450 | 578 | - | - | 3 | - | - | - | - | 1 | 6 | - | 1 | 9 | 108 | 82 | |
| 35. Other - Autres | 090, 092-097 | 90 | 1070 | 1115 | - | - | 1 | - | - | - | - | 3 | 8 | - | - | 33 | 364 | 194 | |
| 36. Tetanus - Tétanos | 037 | 1 | 4 | 3 | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 1 | - | - | - | 1 | |
| 37. Trichinosis - Trichinose | 124 | - | 7 | - | - | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| 38. Tuberculosis - Tuberculose | 010-018 | 129 | 1093 | 1205 | 2 | 32 | 24 | - | 1 | 1 | - | 18 | 22 | - | 14 | 32 | 24 | 283 | 182 |
| 39. Typhoid - Typhoïde | 002.0 | 3 | 40 | 33 | 1 | 1 | 1 | - | - | - | - | 1 | - | 1 | 5 | - | 4 | 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, méninogocoques 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 reportable . à déclaration non obligatoire
- .. 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.

1.4 Incidence rates for tuberculosis in the elderly are 3 to 4 times the national rates. The diagnosis of tuberculosis in this group is often obscured by the failure to react to tuberculin, co-existence of other serious diseases, unusual clinical presentations of the disease, and technical difficulties associated with diagnostic tests.

2. Programs

2.1 The major determinant of the outcome of treatment is patient compliance.

2.2 Standard chemotherapy for all forms of active tuberculosis in Canada consists of isoniazid, rifampin, pyrazinamide and either streptomycin or ethambutol for 2 months followed by isoniazid and rifampin for 4 months in patients with fully sensitive bacilli. The initial 2 months entails daily dosage, or 3 times weekly, while the remaining 4 months may be twice weekly. Treatment should be directly observed ensuring compliance. Occasionally, it may have to be individualized taking account of speed of conversion, drug susceptibility and toxicity.

2.3 Preventive therapy with isoniazid given for 6 to 12 months is effective in decreasing the risk of future tuberculosis.

2.4 The responsibility for tuberculosis control remains with Federal and Provincial Ministries of Health or their designates. Adequate control requires central direction, record keeping, case holding, continuity of care, team work between public health and private practitioners, patients and family, and an understanding of the sociological aspects of the disease. Program structure changes must be evaluated to determine the impact on disease rates.

2.5 National surveillance of tuberculosis is important in this country. Statistics Canada should continue to receive and report notification forms of active tuberculosis, thus acting as the "National Tuberculosis Registry". The quality of data must be maintained.

2.6 The role of the National Tuberculosis Reference Centre in quality control, second line sensitivity testing, laboratory research and development was emphasized. The international role should be increased.

2.7 A national expert advisory committee must be established. The Canadian Lung Association is identified as taking a leading role in this development. There should be representation from government and non-governmental academic bodies. The committee should make its recommendations to the Federal and Provincial Deputy Ministers of Health through the federal/provincial advisory committee on community health services.

3. Future Directions

3.1 The Canadian Lung Association and the Expert Advisory Committee must stimulate interest in research in tuberculosis. Specific interests include identification and characterization of high-risk groups for tuberculosis, clinical presentation of the disease, improved early diagnosis, diagnostic methods, and treatment programs.

1.4 Les personnes âgées enregistrent un taux d'incidence de tuberculose 3 à 4 fois plus élevé que la moyenne nationale. Chez ce groupe, il est souvent difficile de diagnostiquer la tuberculose en raison de l'absence de réaction à la tuberculiné, de la concomitance d'autres atteintes graves, de manifestations cliniques inhabituelles de la maladie, et de difficultés techniques associées aux épreuves diagnostiques.

2. Programmes

2.1 L'observation du traitement par le malade est le principal déterminant de l'issue du régime thérapeutique prescrit.

2.2 Au Canada, la chimiothérapie type pour toute forme de tuberculose active est la suivante: association d'isoniazide, de rifampine, de pyrazinamide et, enfin, de streptomycine ou d'éthambutol pendant 2 mois, puis association isoniazide-rifampine pendant 4 mois chez les malades présentant des bacilles pleinement sensibles. Au cours des 2 premiers mois, le traitement doit être administré 1 fois par jour ou 3 fois par semaine; pendant les 4 autres mois, l'administration peut être bihebdomadaire. Une surveillance directe s'impose pour assurer l'observation du traitement. Il arrive qu'il soit nécessaire d'adapter le traitement en fonction de la vitesse de conversion, de la sensibilité médicamenteuse, et de la toxicité.

2.3 La prophylaxie à l'isoniazide pendant 6 à 12 mois est efficace pour réduire le risque d'atteinte tuberculeuse future.

2.4 La lutte antituberculeuse relève des ministères de la Santé des niveaux fédéral et provincial, ou de leurs représentants. Pour être adéquate cette lutte doit être centralisée sur le plan de la direction, de la tenue des registres et des dossiers médicaux, ainsi que du suivi des soins; elle exige également un travail d'équipe entre les médecins-hygienistes et les praticiens d'exercice privé, et les malades et leur famille, ainsi qu'une compréhension des aspects sociologiques de la maladie. Les modifications apportées à la structure des programmes doivent être évaluées pour déterminer leur impact sur les taux d'atteinte.

2.5 La surveillance nationale de la tuberculose est importante au pays. Statistique Canada doit continuer à faire fonction de "Registre national de la tuberculose", c'est-à-dire: recevoir les formules de déclaration de tuberculose active et signaler les cas. La qualité des données doit se maintenir.

2.6 On souligne le rôle du Centre national de référence sur la tuberculose en matière de contrôle de la qualité, d'épreuves de sensibilité aux antituberculeux mineurs, de recherche en laboratoire, et de mise au point. Sur le plan international, le rôle du Centre devrait être accentué.

2.7 Il faut mettre sur pied un comité consultatif national d'experts. L'Association pulmonaire du Canada pourrait s'en charger. Les membres devraient être choisis au sein d'établissements universitaires non gouvernementaux et d'organismes gouvernementaux. Ce comité devrait adresser ses recommandations aux sous-ministres de la Santé des niveaux fédéral et provincial, par le biais du Comité consultatif fédéral-provincial sur les services de santé communautaire.

3. Orientations futures

3.1 L'Association pulmonaire du Canada et le Comité consultatif d'experts doivent stimuler l'intérêt pour la recherche sur la tuberculose, en particulier: l'identification et la définition des groupes à risque élevé à l'égard de la tuberculose, l'amélioration du diagnostic précoce, les méthodes diagnostiques, et les programmes de traitement.

3.2 Canadian expertise in tuberculosis is cognizant of the needs of third world countries in respect to tuberculosis control and is prepared to contribute.

Reference should be made to the 1987 issue of Canadian Tuberculosis Standards obtainable from the Canadian Lung Association.

SOURCE: Standards Committee, Canadian Lung Association Co-chairmen: Drs. S. Grzybowski and E. Hershfield.

International Notes

HUMAN PLAGUE IN 1985

During 1985, 9 countries notified a total of 483 cases of human plague (including 51 deaths) to the World Health Organization. The same number of countries had reported 908 cases (66 deaths) in 1984. The number of countries affected by plague in recent years is the lowest ever recorded in the history of plague.

Africa: Cases of human plague were recorded in Madagascar (85 cases, 18 deaths), the United Republic of Tanzania (126 cases, 15 deaths) and Zimbabwe (1 case).

Asia: In Asia, in 1985 human plague was registered only in Viet Nam and China. In Viet Nam, 137 cases and 6 deaths were recorded. In China, 6 cases and 2 deaths were reported. In all cases the disease was contracted through skinning infected marmots.

The Americas: In the Americas, 128 cases of human plague (9 deaths) were reported from 4 countries: Brazil (64 cases, 2 deaths), Ecuador (3 cases, 2 deaths), Peru (44 cases, 3 deaths) and the United States of America (17 cases, 2 deaths).

The number of plague cases recorded in the United States of America in 1985 dropped considerably in comparison with 1983-1984. A total of 17 cases (2 deaths) were reported by 2 states only, New Mexico and Colorado, both known to be persistently endemic for plague. On the other hand, the number of plague-affected counties in both these states remains high: 12 as against 19 in 1984. The disease manifested itself from April to November with the exception of the period August-September. This points to the fact that human infection factors remain active for a long time in a context of plague epizootics among wild rodents.

SOURCE: WHO Weekly Epidemiological Record, Vol 61, No 36, 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 (613) 957-1339
Managing Editor: Eleanor Paulson (613) 957-1788
Circulation: Elizabeth Beckett (613) 957-0841
Bureau of Communicable Disease Epidemiology
Laboratory Centre for Disease Control
Tunney's Pasture
OTTAWA, Ontario
Canada K1A 0L2

3.2 Les spécialistes canadiens connaissent les besoins du tiers monde en ce qui a trait à la lutte antituberculeuse et sont prêts à aider.

Il convient de faire mention de la révision de 1987 des Normes canadiennes pour le traitement de la tuberculose, disponible auprès de l'Association pulmonaire du Canada.

SOURCE: Comité des normes, Association pulmonaire du Canada
Co-présidents: Drs S. Grzybowski et E. Hershfield.

Notes internationales

LA PESTE HUMAINE EN 1985

En 1985, 9 pays ont notifié au total 483 cas de peste humaine (dont 51 mortels) à l'Organisation mondiale de la Santé. Un même nombre de pays avait signalé 908 cas (dont 66 mortels) en 1984. Le nombre de pays touchés par la peste au cours des dernières années est le plus bas jamais enregistré dans l'histoire de la maladie.

Afrique: Des cas de peste humaine ont été constatés à Madagascar (85 cas, dont 18 mortels), en République-Unie de Tanzanie (126 cas, dont 15 mortels) et au Zimbabwe (1 cas).

Asie: En Asie, des cas de peste humaine n'ont été enregistrés en 1985 qu'au Viet Nam et en Chine. Au Viet Nam, il y a eu 137 cas, dont 6 mortels. En Chine, on a signalé 6 cas, dont 2 mortels. Chaque fois, la maladie a été contractée en dépouillant des marmottes infectées.

Amériques: Dans les Amériques, 128 cas de peste humaine (dont 9 mortels) ont été rapportés dans 4 pays: Brésil (64 cas, dont 2 mortels), Equateur (3 cas, dont 2 mortels), Pérou (44 cas, dont 3 mortels) et États-Unis d'Amérique (17 cas, dont 2 mortels).

Le nombre de cas de peste notifiés aux États-Unis en 1985 s'est considérablement abaissé par rapport à 1983-1984. Les 17 cas (dont 2 mortels) ont été signalés par 2 États seulement, le Nouveau-Mexique et le Colorado, où l'on savait que l'endémie persistait. En revanche, le nombre de comtés touchés dans ces 2 États reste élevé: 12 contre 19 en 1984. La maladie s'est manifestée d'avril à novembre à l'exception de la période d'août-septembre, ce qui montre que les facteurs d'infection humaine restent longtemps actifs en cas d'épidémie de peste chez les rongeurs sauvages.

SOURCE: Relévé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS, Vol 61, no 36, 1986.

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 oeuvrant 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 (613) 957-1339
Rédacteur administratif: Eleanor Paulson (613) 957-1788
Distribution: Elizabeth Beckett (613) 957-0841
Bureau d'épidémiologie des maladies transmissibles
Laboratoire de lutte contre la maladie
Parc Tunney
Ottawa (Ontario)
Canada K1A 0L2