



Canada Diseases Weekly Report

ISSN 0382-232X

Rapport hebdomadaire des CANADIANA maladies au Canada

C 2
JAN 14 1987Date of publication: January 10, 1987
Date de publication: 10 janvier 1987

Vol. 13-1

CONTAINED IN THIS ISSUE:

Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)	1
The Significance and Accuracy of ELISA Tests for HIV Antibodies	2
Influenza Activity - United States, Worldwide.	4

CONTENU DU PRÉSENT NUMÉRO:

Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA)	1
Signification et précision des tests ELISA pour la détection des anticorps anti-VIH.	2
Activité grippale - États-Unis, monde	4

ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME (AIDS)

Global Data

During the Thirty-ninth World Health Assembly in May 1986, the WHO Member States affirmed that AIDS and infection with the human immunodeficiency virus (HIV) had become a global health concern. As of 14 November 1986, a total of 34 448 cases had been reported to the WHO Global Control Programme on AIDS (CPA) (Table 1). The accompanying world map shows those countries reporting cases to WHO (Figure 1). Reporting on AIDS is voluntary and these data have been obtained through regional surveillance systems, national committees or task forces for the containment of AIDS, epidemiological newsletters and other official sources of information.

SYNDROME D'IMMUNODÉFICIENCE ACQUISE (SIDA)

Données mondiales

Lors de la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, tenue en mai 1986, les États Membres de l'OMS ont affirmé que le SIDA et l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (HIV) constituaient désormais un sujet de préoccupation dans le monde entier. Au 14 novembre 1986, un total de 34 448 cas avaient été signalés au programme mondial OMS de lutte contre le SIDA (Tableau 1). La carte mondiale ci-jointe présente les pays ayant signalé des cas à l'OMS (Figure 1). La notification des cas de SIDA se fait sur une base volontaire et les données ont été obtenues par le biais de systèmes régionaux de surveillance, de comités nationaux ou de groupes spéciaux chargés de la maîtrise du SIDA, de bulletins épidémiologiques et d'autres sources officielles d'information.

Table 1. AIDS Cases Reported to WHO, by Continent and Year of Report/Diagnosis, as of 14 November 1986/
Tableau 1. Cas de SIDA signalés à l'OMS, par continent et date de notification/diagnostic, au 14 novembre 1986

Continent	Year of Report or Diagnosis Unknown/ Date de notification ou diagnostic inconnue	Number of Cases Reported/Nombre de cas signalés									Number of Countries/ Nombre de pays	
		1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	Total	Reporting Cases/ Ayan signé des cas	Reporting Zero Cases/ N'ayant signalé aucun cas
Africa/Afrique	-	-	-	-	3	4	9	20	1033	1069	10	5
Americas/Amériques	24	14	56	264	1032	3134	5989	10 424	8336	29 273	33	11
Asia/Asie	-	-	1	-	1	8	4	24	30	68	9	4
Europe	1	-	1	6	47	235	536	1326	1542	3694	23	4
Oceania/Océanie	-	-	-	-	1	6	44	123	170	344	2	-
Total	25	14	58	270	1084	3387	6582	11 917	11 111	34 448	77	24

The 34 448 cases were notified by 77 countries; an additional 24 countries reported no cases. Ten of the 77 countries reporting cases were in Africa, 33 in the Americas, 9 in Asia, 23 in Europe and 2 in Oceania. Since August 1985, when global AIDS case reporting began in WHO, the number of countries reporting cases of AIDS has increased from 35 to 77. The data from the United States of America amount for 77% of all cases, which reflects the severity of the epidemic and the excellence of AIDS surveillance in that country. The total number of cases reported from other countries increased from 2199 in August 1985 to 7882 in the middle of November 1986.

The yearly distribution of cases by date of report or of diagnosis and by continent is shown in Table 1.

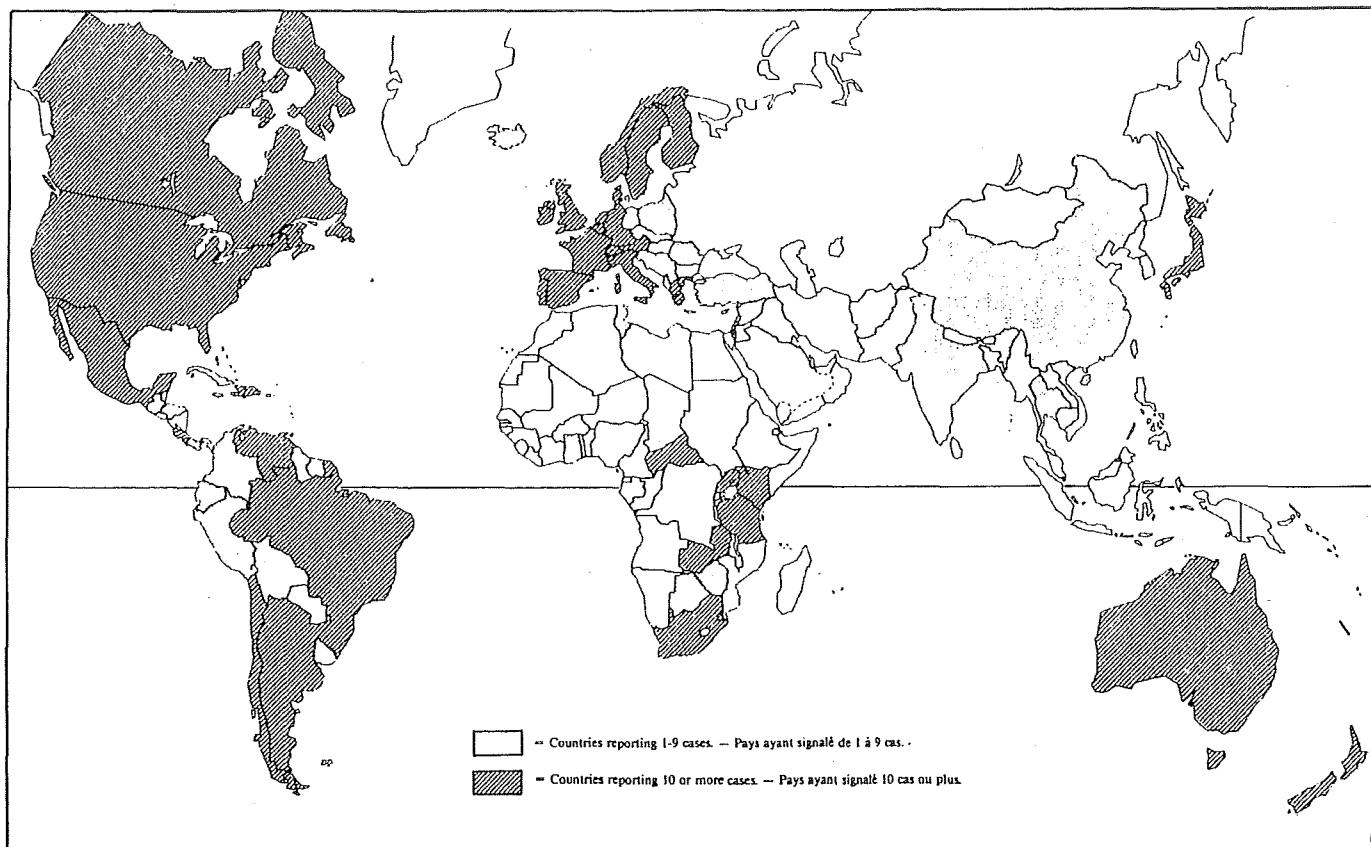
Second Class Mail Registration No. 5670

Les 34 448 cas ont été notifiés par 77 pays; 24 autres pays ont signalé n'avoir enregistré aucun cas. Dix des 77 pays ayant signalé des cas se trouvaient en Afrique, 33 aux Amériques, 9 en Asie, 23 en Europe et 2 en Océanie. Depuis août 1985, date à laquelle on a commencé dans le monde à signaler des cas de SIDA à l'OMS, le nombre de pays ayant notifié des cas de SIDA est passé de 35 à 77. Les données en provenance des États-Unis d'Amérique représentent 77% de tous les cas, ce qui reflète la gravité de l'épidémie en même temps que la qualité de la surveillance du SIDA dans ce pays. Le nombre total de cas signalés par d'autres pays est passé de 2199 en août 1985 à 7882 à la mi-novembre 1986.

On trouvera dans le Tableau 1 la répartition annuelle des cas en fonction de la date de notification ou du diagnostic

Courrier de la deuxième classe - Enregistrement n° 5670

**Figure 1. Countries Reporting AIDS Cases to WHO as of 14 November 1986/
Figure 1. Pays ayant signalé des cas de SIDA à l'OMS au 14 novembre 1986**



Approximately 85% of cases (mainly those from North America, some European countries and Australia) are tabulated by date of diagnosis and the remainder are by date of report. The time lapse between diagnosis and reporting can be considerable, reaching 2 years or more. Thus, the actual distribution of AIDS cases geographically and temporally may not be accurately reflected. Rather, at this stage of national and international surveillance, these data document increasing awareness of the disease and establishment of national surveillance programmes. The WHO global AIDS control and prevention strategy includes technical cooperation with developing countries in the establishment of AIDS surveillance systems.

SOURCE: WHO Weekly Epidemiological Record, Vol 61, No 47, 1986.

THE SIGNIFICANCE AND ACCURACY OF ELISA TESTS FOR HIV ANTIBODIES

Significance: It has been said that human immunodeficiency virus (HIV) antibody tests have no significance because they are not diagnostic for AIDS. While it is true that a positive antibody test result cannot by itself be used to make a diagnosis of AIDS, it is inaccurate to say that a positive or negative antibody test is of no significance. A positive antibody test means that the person has produced antibody against HIV - the AIDS virus - and this occurs only if the person was both exposed to and infected by HIV. All future cases of AIDS-related-conditions (ARC) and AIDS will come from HIV-infected persons. Current estimates are that from 25% to 50% of HIV-infected persons will develop AIDS within 5 to 10 years after their initial infection. Furthermore, laboratory studies have shown that

et par continent. Environ 85% des cas (principalement en Amérique du Nord, dans certains pays européens et en Australie) sont indiqués en fonction de la date du diagnostic tandis que les autres le sont en fonction de la date de notification. Le délai écoulé entre le diagnostic et la notification peut être très long, allant jusqu'à 2 ans ou plus. Par conséquent, la répartition réelle des cas de SIDA dans l'espace et dans le temps n'est peut-être pas reflétée avec exactitude. À ce stade de la surveillance nationale et internationale, les données démontrent plutôt que l'on est mieux sensibilisé à l'importance de la maladie et que des programmes nationaux de surveillance ont été mis en place. La stratégie mondiale OMS destinée à combattre et prévenir le SIDA comporte notamment une coopération technique avec les pays en développement pour la création de systèmes de surveillance du SIDA.

SOURCE: Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS, Vol 61, n° 47, 1986.

SIGNIFICATION ET PRÉCISION DES TESTS ELISA POUR LA DÉTECTION DES ANTICORPS ANTI-VIH

Signification: On a avancé que les tests de détection des anticorps dirigés contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) n'avaient aucune signification puisqu'ils ne permettaient pas de diagnostiquer le SIDA. S'il est vrai qu'un résultat positif à un tel test ne suffit pas pour poser un diagnostic de SIDA, il est inexact de dire que la positivité ou la négativité n'a aucune signification. Un résultat positif signifie que le sujet visé a élaboré des anticorps contre le VIH (soit le virus du SIDA) - or, pour cela, ce sujet a dû être à la fois exposé au VIH et infecté. Tous les prochains cas de para-SIDA et de SIDA proviendront de sujets infectés par le VIH. On estime actuellement que 25 à 50% des sujets infectés par le VIH développeront le SIDA 5 à 10 ans après avoir été infectés. Des études de laboratoire ont en outre démontré la présence de VIH circulant dans le sang de la majorité des sujets anti-VIH positifs, que

the majority of HIV antibody-positive persons, regardless of whether they have signs or symptoms, have HIV circulating in their blood; thus, they should be considered potentially infectious to others through sexual contact or by exchange of blood.

Accuracy of the HIV Antibody Tests: Commercially available ELISA tests for HIV antibody are extremely accurate in detecting the presence of HIV antibody (test sensitivity) and in identifying the absence of antibody (test specificity). Doubts about the accuracy of the tests arise when they are used in populations where the prevalence of infection is extremely low or absent. In situations such as routine screening of blood donors who are not at any risk of HIV infection, the predictive value of a positive test is very low. The positive predictive value is defined as the likelihood that a positive test result represents a true positive (i.e., a person who has HIV antibodies and is infected). Calculation of the predictive value of a positive test result for 2 different populations - one with a very low prevalence of infection and one with a high prevalence of infection - will illustrate this point. Calculations are based on the assumption that the sensitivity and specificity of the tests are 99%. In actual fact, the commercially available tests have an accuracy of better than 99%.

I. The predictive value of a positive test result in 1000 blood donors where the infection rate is one per thousand

1. Since the test is 99% sensitive, it will identify the one person with HIV antibody.
2. Since the test is 99% specific, it will correctly identify 99% of the 999 persons without antibodies (989 persons), but will incorrectly identify 1% (10 persons) as having antibodies when they don't (i.e., false positives).
3. Thus, there will be a total of 11 positive test results, one true positive and 10 false positives.
4. The predictive value of a positive test in this situation is one out of 11 or less than 10%.*

II. The predictive value of a positive test result in 1000 gay men in San Francisco where the infection rate is 50%

1. Since the test is 99% sensitive, it will identify 495 of the 500 men with HIV antibodies.
2. Since the test is 99% specific, it will correctly identify 495 of the 500 gay men without HIV antibody, but will incorrectly identify 1% (5 men) as having antibodies when they don't (i.e., false positives).
3. Thus, there will be a total of 500 positive test results, 495 true positives and 5 false positives.
4. The predictive value of a positive test in this situation is 495 out of 500, or 99%.

SOURCE: California Morbidity Weekly Report, No 44, 1986.

*The use of supplemental tests such as the Western blot or the indirect fluorescent antibody (IFA) test will correctly identify virtually all of the false positive ELISA tests.

ces derniers soient symptomatiques ou non; de tels sujets doivent donc être considérés comme étant potentiellement contagieux par contact sexuel ou échange de sang.

Précision des tests de détection des anticorps anti-VIH: Les tests ELISA anti-VIH offerts sur le marché sont d'une extrême précision pour ce qui est de déceler la présence d'anticorps anti-HIV (sensibilité des tests) et de démontrer leur absence (spécificité des tests). Là où l'on doute de la précision des tests, c'est lorsqu'ils sont utilisés chez des populations où la prévalence de l'infection est extrêmement faible ou nulle. Dans certaines circonstances - par exemple, lors d'un dépistage systématique chez des donneurs de sang ne présentant aucun risque d'infection à VIH - la valeur prédictive d'un test positif est très faible. On entend par valeur prédictive positive la probabilité qu'un résultat positif représente un vrai-positif (soit un sujet qui présente des anticorps anti-VIH et qui est infecté). On peut illustrer ce point en calculant la valeur prédictive d'un résultat positif pour 2 populations dont l'une connaît une très faible prévalence d'infection et l'autre, une prévalence élevée. Les calculs reposent sur l'hypothèse voulant que 99% des tests sont sensibles et spécifiques. En réalité, la précision des tests offerts sur le marché est supérieure à 99%.

I. Valeur prédictive d'un résultat positif chez 1000 donneurs de sang connaissant un taux d'infection de 1 pour 1000

1. Puisque le test est sensible à 99%, il identifiera le sujet qui présente l'anticorps anti-VIH.
2. Puisque le test est spécifique à 99%, il identifiera correctement 99% des 999 sujets dépourvus d'anticorps (989 sujets), mais il identifiera de manière exacte 1% (10) des sujets en démontrant qu'ils présentent des anticorps qu'ils n'ont pas (c'est-à-dire faux-positifs).
3. Par conséquent, il y aura au total 11 résultats positifs; soit 1 vrai-positif et 10 faux-positifs.
4. Dans ce cas, la valeur prédictive d'un résultat positif est de 1 sur 11, ou de moins de 10%.*

II. Valeur prédictive d'un résultat positif chez 1000 hommes homosexuels de San Francisco connaissant un taux d'infection de 50%

1. Puisque le test est sensible à 99%, il identifiera 495 des 500 hommes qui présentent des anticorps anti-VIH.
2. Puisque le test est spécifique à 99%, il identifiera correctement 495 des 500 hommes homosexuels ne présentant aucun anticorps anti-VIH, mais il identifiera de manière inexacte 1% (5) des hommes en démontrant qu'ils présentent des anticorps qu'ils n'ont pas (c'est-à-dire faux-positifs).
3. Par conséquent, il y aura au total 500 résultats positifs; soit 495 vrais-positifs et 5 faux-positifs.
4. Dans ce cas, la valeur prédictive d'un résultat positif est de 495 sur 500, soit de 99%.

SOURCE: California Morbidity Weekly Report, no 44, 1986.

*Le recours à des tests complémentaires tels que l'immuno-blotting ou l'immunofluorescence indirecte (IFA) permettra l'identification exacte de pratiquement tous les tests ELISA faussement positifs.

*** STATISTICS CANADA - STATISTIQUE CANADA ***

Notifiable Diseases Summary - Sommaire des maladies à déclaration obligatoire

New Cases Reported for the Four Week Period Ending November 22, 1986.

Nouveaux cas déclarés pour la période de quatre semaines se terminant le 22 novembre 1986.

No. Disease No Maladie	ICD-9 CIM-9	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			
1. AIDS - SIDA		45	387	208	-	-	-	1	-	-	1	4	3	-	4	2	22	112	57
2. Amoebiasis - Amibiase	006	130	1431	1461	-	2	2	-	-	-	-	18	43	-	1	2	5	74	44
3. Botulism - Botulisme	005.1	-	6	28	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4. Brucellosis - Brucellose	023	1	9	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	2	
5. Campylobacteriosis - Campylobactériose		843	8964	..	11	58	..	-	-	-	-	160	..	8	136	..	47	183	..
6. Chickenpox - Varicelle	052	1920	31783	..	60	516	..	-	-	-	-	725	..	1	9	..	-	-	-
7. Cholera - Choléra	001	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8. Diphtheria - Diphtérie	032	-	4	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
9. Giardiasis - Giardiase	007.1	761	7590	6410	5	56	45	-	22	11	10	98	102	9	25	5	43	381	290
10. Gonococcal infections - Infections gonococciques (1)	098	2752	31325	34881	26	406	536	6	57	40	88	912	1107	34	434	458	418	4581	3236
11. Gono Ophth neonat - Oph gono du nouveau-né	098.4	-	2	4	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
12. Haemophilus influenzae B - invasive		39	413	176	-	-	-	-	-	-	-	17	..	-	12	..	28	..	
13. Hepatitis A	070.0, 070.1	84	1244	2318	-	7	13	-	-	3	-	5	10	-	6	1	3	47	31
14. Hepatitis B	070.2, 070.3	147	1956	1849	-	3	11	-	-	1	18	23	5	27	10	40	518	212	
15. Hepatitis other - Hépatite autres (2)		11	297	176	-	-	-	-	14	11	-	-	-	3	1	-	46	53	
16. Legionellosis - Légionellose		12	60	..	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	..	-	-	-	
17. Leprosy - Lépre	030	1	22	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
18. Malaria - Paludisme	084	6	258	231	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	2	-	16	4	
19. Measles - Rougeole	055	164	14749	2419	-	6	1	-	-	-	8	1438	49	11	156	10	6	71	126
20. Pneumococcal meningitis - Meningite à pneumocoques (3)	320.1	6	73	67	1	2	-	-	-	-	-	2	2	-	3	2	-	-	-
21. Other bact. meningitis - Autres ménigite bactérienne (4)		7	126	96	1	1	3	-	-	-	-	1	2	-	2	4	-	-	-
22. Viral meningitis - ménigrite virale (5)		57	385	245	4	4	2	-	-	-	1	2	4	1	2	-	6	20	19
23. Meningococcal infections - Infections à ménigocoques	036	14	204	164	2	3	5	-	-	1	-	5	2	-	3	2	3	56	37
24. Mumps - Oreillons	072	45	527	..	-	2	..	-	-	-	6	..	-	2	..	-	2	..	
25. Paratyphoid - Paratyphoïde	002.1-002.9	2	31	15	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	4	1
26. Pertussis - Coqueluche	033	255	2082	1862	8	65	12	18	66	38	25	391	209	1	20	12	12	170	124
27. Plague - Peste	020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
28. Poliomyelitis - Poliomyélite	045	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
29. Rabies - Rage	071	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
30. Rubella - Rubéole	056	105	2234	2157	11	187	9	-	-	-	-	4	2	3	57	8	9	110	468
31. Congenital Rubella - Rubéole congénitale	771.0	1	5	3	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	
32. Salmonellosis - Salmonellose (6)	003	847	9211	6939	15	136	100	2	101	37	28	196	152	17	112	74	74	1203	768
33. Shigellosis - Shigellose	004	78	1302	1136	-	1	3	-	2	-	-	9	12	-	3	1	11	148	78
34. Syphilis, Early, Symptomatic - Syphilis, Early, Symptomatique	081	26	516	710	-	-	3	-	-	-	-	2	6	-	1	2	5	117	94
35. Other - Autres	090, 092-097	144	1321	1284	-	-	1	-	-	-	-	1	9	8	-	-	48	455	226
36. Tetanus - Tétanos	037	-	4	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	
37. Trichinosis - Trichinose	124	-	7	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
38. Tuberculosis - Tuberculose	010-018	156	1394	1523	1	38	30	1	2	1	3	22	27	1	17	35	20	307	218
39. Typhoid - Typhoïde	002.0	5	49	40	-	1	1	-	-	-	-	1	-	4	-	3	9	6	
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 070.8 and unspecified. - Comprend 070.4 à 070.8 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, ménigocoques 036 et tuberculose 013.0.

(5) All categories except Measles 055, Poliomyelitis 045, Rubella 056, Yellow Fever 060. - Toutes les rubriques sauf rougeole 055, poliomyélite 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:

SIGNE CONVENTIONNELS:

. Not reportable
. Not available
- No cases reported

à déclaration non obligatoire
.. 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.

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.

(3) Includes encephalitis. - Comprend encephalite.
(4) All other categories except Haemophilus 320 D.

(4) All other categories except Haemophilus 320.0, meningococcal 03b and tuberculosis 013.0. - Toutes les autres rubriques sauf à Haemophilus 320.0, méningocoques 03b 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.

NOTE: To
NOTA: Le

deux années sont comparables.

- SYMBOLS:** . Not reportable .. Not available **SIGNE CONVENTIONNELS:** .. à déclaration non obligatoire .. Non disponible.

Vital Statistics and Health Status,
Health Division,
Statistics Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0T6
Telephone (613) 991-1760

Statistique de l'état civil et de la santé.
Division de la santé.
Statistique Canada,
Ottawa, Canada. K1A 0T6
téléphone (613) 991-1768

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

INFLUENZA ACTIVITY - UNITED STATES, WORLDWIDE

United States: On 7 November, a type A influenza virus was confirmed by rapid indirect fluorescent antibody staining in a 62-year-old resident of Tucson, Arizona. Treatment with amantadine began on the same day and the patient recovered from his acute respiratory illness. There was no history of travel, and influenza had not been previously identified in Arizona this season. Subsequent testing identified the virus isolate as type A(H3N2), the first report of this subtype from the United States this season.

Eighteen states and the District of Columbia have now reported isolates of type A(H1N1) influenza virus. Most isolates have been obtained from children and young adults. Two states, California and Texas, have reported isolates of type B influenza from sporadically occurring cases.

Worldwide: Reports from the USSR indicate that, during the last week of October, acute respiratory disease morbidity reached epidemic levels in 43% of USSR cities (26 of 60) that have surveillance for influenza-like illness. Influenza A(H1N1) and A(H3N2) viruses have been isolated in some cities, and there is also preliminary serological evidence of influenza B virus in the country.

In September, an outbreak in a boys' boarding school in England affected about one-third of the students. The outbreak ended within 10 days; influenza A(H1N1) virus was isolated from one student. In November, isolates of A(H1N1) were reported in association with sporadically occurring cases in the German Democratic Republic, the Federal Republic of Germany, and the Democratic Peoples Republic of Korea. Serologic testing implicated influenza A(H1N1) in sporadically occurring cases in France and Norway during November and in outbreaks of influenza-like illness in Jamaica during October.

Influenza type A(H3N2) has been reported in association with sporadically occurring cases in the Democratic Peoples Republic of Korea.

Between late September and early November, influenza B virus was isolated from 5 children during an outbreak in Panama and from 2 patients with sporadically occurring cases in Senegal. Serologic testing has also implicated influenza B in sporadically occurring cases in France.

In Turkey, widespread outbreaks of clinically diagnosed influenza among children have forced some schools to close.

SOURCE: *Morbidity and Mortality Weekly Report, Vol 35, No 50, 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

ACTIVITÉ GRIPPALE - ÉTATS-UNIS, MONDE

États-Unis: Le 7 novembre, la présence d'un virus grippal de type A est confirmée par immunofluorescence indirecte rapide chez un habitant de Tucson (Arizona), âgé de 62 ans. Le jour même, on amorce un traitement à l'amantadine qui vient à bout de l'atteinte respiratoire aiguë. Le malade n'a aucun antécédent de voyage, et aucun cas de grippe n'a encore été identifié en Arizona au cours de la saison. Des analyses subséquentes révèlent que l'isolat appartient au type A (H3N2); il s'agit du premier rapport américain de la saison au sujet de ce sous-type.

Des isolats du virus grippal de type A(H1N1) ont maintenant été signalés par 18 états et par le district de Columbia, la plupart chez des enfants et des jeunes adultes. La Californie et le Texas ont signalé des isolats de type B provenant de cas sporadiques.

Monde: Selon des rapports de l'URSS, la morbidité par atteinte respiratoire aiguë accusait des taux épidémiques au cours de la dernière semaine d'octobre dans 43% (26 sur 60) des villes où une surveillance des atteintes d'allure grippale est en place. Des virus grippaux A(H1N1) et A(H3N2) ont été isolés dans quelques villes; on a également observé des signes sérologiques préliminaires de la présence du virus grippal B dans le pays.

En septembre, une poussée a touché plus du tiers des élèves d'un pensionnat pour garçons en Angleterre. La poussée a pris fin au bout de 10 jours, et le virus grippal A(H1N1) a été isolé chez un pensionnaire. En novembre, des isolats du virus A(H1N1) ont été recensés en association avec des cas sporadiques en République démocratique allemande, en République fédérale d'Allemagne, et en République démocratique populaire de Corée. Des épreuves sérologiques ont incriminé le virus grippal A(H1N1) dans des cas sporadiques survenus en France et en Norvège en novembre, et dans des poussées d'atteinte d'allure grippale recensées en Jamaïque en octobre.

Le virus grippal A(H3N2) a été signalé en association avec des cas sporadiques en République démocratique populaire de Corée.

De la fin de septembre au début de novembre, le virus grippal B a été isolé chez 5 enfants pendant une poussée survenue à Panama, et dans 2 cas sporadiques au Sénégal. Ce virus a également été incriminé par sérologie dans des cas sporadiques recensés en France.

En Turquie, des écoles ont dû fermer leurs portes en raison de poussées étendues de grippe diagnostiquée cliniquement chez des enfants.

SOURCE: *Morbidity and Mortality Weekly Report, Vol 35, n° 50, 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