

CA.1.1588



Canada Diseases Weekly Report

ISSN 0382-232X

Rapport hebdomadaire des maladies au Canada

OTT 29 1987

Date of publication: October 24, 1987
Date de publication: 24 octobre 1987

Vol. 13-42

CONTAINED IN THIS ISSUE:

Kawasaki Syndrome - A Cluster of Cases - British Columbia	191
Methicillin-Resistant <i>Staphylococcus aureus</i> in Health-Care Facilities - United States . .	193

CONTENU DU PRÉSENT NUMÉRO:

Maladie de Kawasaki: concentration de cas, Colombie-Britannique	191
<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline dans des établissements de soins, États-Unis	193

**KAWASAKI SYNDROME - A CLUSTER OF CASES -
BRITISH COLUMBIA**

Kawasaki syndrome (or mucocutaneous lymph node syndrome) was first described in Japan in 1967(1,2). It is characterized by fever, conjunctivitis, oral inflammation, edema and desquamation of the fingers and toes, skin rash, and lymphadenopathy. It was subsequently reported in Hawaii(3), and sporadic cases have been seen in Canada(4), and in British Columbia(5). Clusters of cases have occurred in the United States, and a nationwide epidemic was reported in Japan during the winter of 1985 - 1986(6,7). This report documents the occurrence of a cluster of 4 cases over a 3-week period in Victoria, British Columbia. Sporadic cases have been previously seen in this area with 5 documented cases hospitalized between 1976 and 1985 (K. Spacey, Victoria General Hospital: personal communication, 1987).

All 4 patients were hospitalized at the Victoria General Hospital for initial investigations. The mean age was 4 years with a range of 2 to 6. There were 2 males and 2 females. Three patients were of caucasian extraction and one was of mixed Irish/Chinese origin. Date of onset of illness for all cases occurred between the twelfth and fifteenth week of 1987. All children had an upper respiratory illness or ear infection during the winter which required antibiotic therapy. However, these types of infection were very common in the community. There were no common exposures to chemical agents.

All patients met the accepted criteria for diagnosis as listed in Table 1. Two cases also had arthralgia.

Laboratory findings revealed a mild anemia in all 4 cases. There was also leukocytosis, thrombocytosis, and marked elevation of the sedimentation rate. Group A streptococcus, found in the pharynx of 2 patients, was not clinically indicative of streptococcal pharyngitis or scarlet fever. Both of these cases were treated with appropriate anti-streptococcal agents with no effect on the pyrexia. The chest X-ray in one patient was interpreted as showing a mild pneumonia. Echocardiograms in all patients have remained normal. All cases were treated with high-dose salicylates until the pyrexia and signs of inflammation had resolved. The first patient had a cervical lymph node biopsy which showed proliferation of young blood vessels surrounded by immunoblasts and more mature plasmacytoid forms and histiocytes. There were no features of a purulent infection or other identifiable pathology.

**MALADIE DE KAWASAKI: CONCENTRATION DE CAS,
COLOMBIE-BRITANNIQUE**

La maladie de Kawasaki, ou syndrome cutanéo-muqueux des ganglions lymphatiques, a été décrite pour la première fois au Japon en 1967(1,2). Elle a pour manifestations caractéristiques fièvre, conjonctivite, inflammation de la bouche, oedème et desquamation des doigts et des orteils, éruption cutanée et lymphadenopathie. Par la suite, la maladie a été signalée à Hawaii(3), et des cas sporadiques ont été observés au Canada(4) et en Colombie-Britannique(5). Des concentrations de cas ont été recensées aux États-Unis et, pendant l'hiver 1985-1986, le Japon a connu une épidémie nationale(6,7). Le présent rapport documente une concentration de 4 cas survenus au cours d'une période de 3 semaines à Victoria (Colombie-Britannique) - région où ont déjà été enregistré des cas sporadiques, 5 cas documentés y ayant été hospitalisés de 1976 à 1985 (K. Spacey, Hôpital général de Victoria: communication personnelle, 1987).

Les 4 patients dont il est question ici ont été admis à l'Hôpital général de Victoria pour des examens initiaux. Âgés de 2 à 6 ans, ils avaient en moyenne 4 ans. Il s'agissait de 2 garçons et de 2 filles; 3 d'entre eux étaient blancs et l'autre avait des parents irlandais et chinois. Dans chaque cas, la date d'installation de l'atteinte se situait entre la douzième et la quinzième semaine de 1987. Au cours de l'hiver, les 4 enfants avaient tous fait l'objet d'une antibiothérapie pour infection des voies aériennes supérieures ou des oreilles. Ces infections étaient toutefois très fréquentes dans la collectivité. Aucune exposition commune à des agents chimiques n'a été identifiée.

Tous les patients répondaient aux critères diagnostiques acceptés qui sont exposés au Tableau 1. Deux cas présentaient aussi une arthralgie.

Dans les 4 cas, les analyses de laboratoire ont révélé une anémie discrète. On a aussi identifié une leucocytose, une thrombocytose, et une élévation marquée de la vitesse de sédimentation. Le streptocoque du groupe A mis en évidence dans le pharynx de 2 des patients n'était pas cliniquement révélateur d'une pharyngite streptococcique ou d'une scarlatine. Ces 2 cas ont été traités avec des agents appropriés agissant sur les streptocoques, mais la pyrexie a persisté. Le cliché thoracique d'un patient a été jugé comme étant révélateur d'une légère pneumonie. Les échocardiogrammes de tous les patients n'ont rien révélé d'anormal. Tous les cas ont reçu des salicylates à doses élevées, jusqu'à résolution de la pyrexie et des autres symptômes ou de l'inflammation. Le premier patient a fait l'objet d'une biopsie des ganglions lymphatiques cervicaux, laquelle a révélé une prolifération de jeunes vaisseaux sanguins entourés d'immuno-blastes, ainsi que de formes plasmacytoides et d'histiocytes plus mûrs. Aucun tableau d'infection purulente ou d'autre pathologie identifiable n'a été observé.

Second Class Mail Registration No. 5670

Health and Welfare Santé et Bien-être social
Canada Canada

Courrier de la deuxième classe - Enregistrement n° 5670

Table 1. Diagnostic Criteria for Kawasaki Disease (Five of 6 criteria required for diagnosis)/

Tableau 1. Critères diagnostiques de la maladie de Kawasaki (La présence de 5 des 6 critères est essentielle au diagnostic)

1. Fever, persisting 5 days or more/Fièvre persistant au moins 5 jours
2. Changes in peripheral extremities/Modifications des extrémités périphériques:
 - a) Reddening of palms and soles (acute phase)/Rougeur des régions palmaires et plantaires (phase aiguë)
 - b) Indurative edema (acute phase)/Oedème induré (phase aiguë)
 - c) Membranous desquamation from fingertips (convalescent phase)/Desquamation membraneuse du bout des doigts (phase convalescente)
3. Polymorphous exanthemata of body trunk without vesicles or crusts/Exanthème polymorphe du tronc, sans vésicules ni croûtes
4. Bilateral conjunctivitis/Conjonctivite bilatérale
5. Changes of lips and oral cavity:/Modifications des lèvres et de la cavité buccale:
 - a) Reddening of lips/Rougeur des lèvres
 - b) Protuberance of tongue papillae (strawberry tongue)/Protubérance des papilles linguales (langue scarlatineuse)
 - c) Diffuse reddening of oral and pharyngeal mucosa/Rougeur diffuse de la muqueuse oro-pharyngée
6. Acute non-purulent cervical lymphadenopathy/Lymphadénopathie cervicale aiguë non purulente

All parents were interviewed and it was confirmed that no case had had contact with another prior to diagnosis or before hospital admission. No child had travelled outside of Canada and the only history of travel was to Vancouver and Nanaimo. Within the past year, 3 patients had had contact with friends who were either from or had visited Japan, Hawaii and Korea. However, the interval between time of contact and onset of illness appears to have been too long to consider such interaction as playing an etiological role. Three of the 4 cases were either in day care, kindergarten or pre-school.

Discussion: The criteria for the diagnosis of this disorder (Table 1) were recommended by the Japan Kawasaki Disease Research Committee⁽⁷⁾. The U.S. Centers for Disease Control have added the statement "without other more reasonable explanation" to the above criteria⁽⁶⁾.

The disorder predominantly affects children under age 5 with a male-to-female ratio of 1.5 to 1⁽⁸⁾. Asian children of Japanese ancestry appear to be at greatest risk⁽⁸⁾. There have been case reports of the disorder in adults, but most of these diagnoses have been questioned⁽⁹⁾. The disease may be atypical and more severe in infants less than 6 months of age who appear to have a higher incidence of coronary artery lesions⁽¹⁰⁾. A recent Canadian study demonstrated the development of coronary artery lesions in 15% of patients⁽¹¹⁾. However, less resolution of these lesions occurred when compared to the Japanese experience. It is of historical interest that in 1959 Munroe-Faure described the case of an Ottawa infant who died of "a necrotizing arteritis of the coronary vessels"⁽¹²⁾. This may represent the first Canadian report of Kawasaki disease.

The etiology of this disorder remains unknown despite intensive efforts⁽¹³⁾. The occurrence of clusters and epidemics suggests a common etiological factor. Investigations of outbreaks have not identified infectious etiological agents or antecedent illnesses associated with Kawasaki syndrome^(14,15). In 1982, an association with the use of rug shampoo was suggested⁽¹⁶⁾. Subsequent studies have not confirmed this association⁽¹⁷⁾. Study of the cases described in this report gave no clues as to the etiology of this disorder.

Management of Kawasaki syndrome presents a major challenge to clinicians. Various anti-inflammatory agents have been utilized. The Japanese experience with steroids suggested that their use may have been associated with increased aneurysm formation and, therefore, these agents are contra-indicated⁽⁴⁾. High-dose oral salicylate⁽¹⁸⁾ and intravenous gamma globulin^(15,19) both appear to reduce the incidence of coronary artery aneurysms when used during the febrile phase of the illness. The long-term consequences of these treatments are unknown.

L'interrogatoire de tous les parents a confirmé l'absence de contact entre les cas, que ce soit avant le diagnostic ou avant l'hospitalisation. Aucun enfant ne s'était rendu à l'étranger et les seuls voyages effectués étaient à Vancouver et à Nanaimo. Au cours de l'année précédente, 3 des enfants avaient eu des contacts avec des amis qui venaient du Japon, d'Hawaii ou de Corée, ou qui y avaient séjourné. L'intervalle entre le contact et l'installation de la maladie semble toutefois avoir été trop long pour que l'on puisse envisager le rôle étiologique d'une telle interaction. Trois des 4 cas fréquentaient une garderie, un jardin d'enfants ou une maternelle.

Discussion: Aux critères diagnostiques susmentionnés, recommandés par le Comité japonais de la recherche sur la maladie de Kawasaki⁽⁷⁾, les Centers for Disease Control des États-Unis ont ajouté: "sans autre explication plus raisonnable"⁽⁶⁾.

L'affection touche surtout des enfants de moins de 5 ans, le ratio garçon-fille étant de 1,5 pour 1⁽⁸⁾. Les enfants asiatiques d'ascendance japonaise semblent présenter le risque le plus élevé⁽⁸⁾. L'affection a fait l'objet de rapports de cas adultes, mais la plupart de ces diagnostics ont été mis en doute⁽⁹⁾. La maladie peut être atypique et plus grave chez des nourrissons de moins de 6 mois chez qui l'incidence des lésions des artères coronaires semble être plus élevée⁽¹⁰⁾. Une récente étude canadienne a démontré que 15% des patients développaient de telles lésions⁽¹¹⁾. Comparativement à l'expérience du Japon, le taux de résolution de ces lésions était toutefois inférieur. Sur le plan historique, il est intéressant de souligner que Munroe-Faure a décrit en 1959 le cas d'un bébé d'Ottawa mort d'une "artérite nécrosante des vaisseaux coronaires"⁽¹²⁾. Il s'agit peut-être du premier rapport canadien portant sur la maladie de Kawasaki.

Malgré des efforts intensifs⁽¹³⁾, on ignore encore l'étiologie de cette affection. L'apparition de concentrations de cas et d'épidémies suggère la présence d'un facteur étiologique commun. Les enquêtes menées sur des poussées n'ont permis d'identifier ni agent étiologique infectieux ni atteinte antérieure associés avec la maladie de Kawasaki^(14,15). En 1982, on a suggéré une association avec l'utilisation de shampoing à tapis⁽¹⁶⁾, ce que n'ont pas confirmé des études subséquentes⁽¹⁷⁾. L'étude des cas du présent exposé n'a donné aucun indice quant à l'étiologie de cette maladie.

Le traitement de la maladie de Kawasaki représente un grand défi pour les cliniciens. Divers anti-inflammatoires ont été utilisés. D'après l'expérience japonaise relative aux stéroïdes, l'emploi de ces agents pourrait avoir été associé avec une fréquence accrue d'anévrismes: les stéroïdes sont donc contre-indiqués⁽⁴⁾. Il semble que les salicylates per os à doses élevées⁽¹⁸⁾ et les gammaglobulines i.v.^(15,19) permettent de réduire l'incidence des anévrismes des artères coronaires lorsqu'ils sont utilisés pendant la phase fébrile de la maladie. On ignore quelles sont les conséquences à long terme de ces traitements.

This disorder remains a modern enigma and until the etiology and pathogenesis are understood, treatment and prevention will remain problematic. Epidemiological, clinical, and laboratory investigations should be pursued in all cases since these may reveal etiological clues and provide information helpful in managing cases.

References:

1. Kawasaki T. *Jpn J Allergol* 1967; 16:178-222.
2. Kawasaki T et al. *Pediatrics* 1974; 54:271-276.
3. Melish ME et al. *Am J Dis Child* 1976; 130:599-607.
4. Rowe RD, Rose V. *Can Med Assoc J* 1985; 132:25-28.
5. Gorseth A et al. *B.C. Disease Surveillance* 1984; 5:277-279.
6. Centers for Disease Control. *MMWR* 1985; 34:33-35.
7. Yanagawa H et al. *Lancet* 1986; 1138-1139.
8. Bell D et al. *Am J Dis Child* 1983; 137:211-214.
9. Michels TC. *Am J Med* 1986; 80:724-728.
10. Burns JC et al. *J Pediatr* 1986; 109:759-763.
11. Turner-Gomes S et al. *J Pediatr* 1986; 108:928-932.
12. Munroe-Faure H. *Pediatrics* 1959; 23:914-926.
13. Bell D. *JAMA* 1985; 254:801-802.
14. Bell D et al. *N Engl J Med* 1981; 304:1568-1575.
15. Feigin RD, Barron KS. *N Engl J Med* 1986; 315:388-390.
16. Patriarca P et al. *Lancet* 1982; 2:578-580.
17. Lin FC et al. *Am J Dis Child* 1985; 139:277-279.
18. Koren G et al. *JAMA* 1985; 254:767-769.
19. Newburger JW et al. *N Engl J Med* 1986; 315:342-347.

Acknowledgements: The authors are indebted to Drs. S. Kent and K. Spacey, Victoria General Hospital who reported these cases and provided clinical information.

SOURCE: F Jagdis, MD, Consultant in Communicable Diseases, AB Allen, MD, Deputy Medical Officer of Health, Capital Regional District, Victoria, British Columbia.

International Notes

METHICILLIN-RESISTANT STAPHYLOCOCCUS AUREUS IN HEALTH-CARE FACILITIES - UNITED STATES

Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) is a nosocomial pathogen that has increased steadily in the U.S. in the 1970s and 1980s. In past years, the majority of cases were reported in large tertiary-care hospitals. However, since 1986, in Los Angeles County, California, clusters of infected and colonized cases have been reported more frequently in community hospitals and convalescent centres. The exact mechanism of introduction of MRSA into a facility has been difficult to determine; however, most studies in which a source was reported have identified a patient colonized or infected on admission.

Sites: Common sites of recovery of the organism are surgical wounds, respiratory secretions, sputum, IV catheter sites, indwelling urinary catheters, burn sites, decubitus ulcers, and blood.

Transmission: The most likely method of transmission of this organism within the hospital appears to be patient-to-patient via the hands of personnel. Transient presence of MRSA on the hands of hospital personnel can occur after such patient-care procedures as wound debridement, dressing changes, tracheal care, and catheter care. In addition, MRSA has been isolated from environmental surfaces such as floors, sinks, and work areas. However, it is difficult to determine the significance of these findings since contamination may be a consequence of patient infection or colonization rather than its cause.

Risk Factors: Several factors that increase a patient's susceptibility for acquiring MRSA include the following:

1. Increased length of hospital stay
2. Multiple hospitalizations
3. Age (over 65 years)
4. Multiple invasive procedures

Cette affection demeure une énigme des temps modernes; et tant que l'étiologie et la pathogénie ne seront pas comprises, le traitement et la prévention resteront problématiques. Des recherches épidémiologiques, cliniques et analytiques doivent être effectuées dans chaque cas, car elles peuvent révéler des indices étiologiques et être la source de renseignements utiles à la prise en charge des cas.

Références:

1. Kawasaki T. *Jpn J Allergol* 1967; 16:178-222.
2. Kawasaki T et coll. *Pediatrics* 1974; 54:271-276.
3. Melish ME et coll. *Am J Dis Child* 1976; 130:599-607.
4. Rowe RD, Rose V. *J Assoc méd can* 1985; 132:25-28.
5. Gorseth A et coll. *B.C. Disease Surveillance* 1984; 5:277-279.
6. Centers for Disease Control. *MMWR* 1985; 34:33-35.
7. Yanagawa H et coll. *Lancet* 1986; 1138-1139.
8. Bell D et coll. *Am J Dis Child* 1983; 137:211-214.
9. Michels TC. *Am J Med* 1986; 80:724-728.
10. Burns JC et coll. *J Pediatr* 1986; 109:759-763.
11. Turner-Gomes S et coll. *J Pediatr* 1986; 108:928-932.
12. Munroe-Faure H. *Pediatrics* 1959; 23:914-926.
13. Bell D. *JAMA* 1985; 254:801-802.
14. Bell D et coll. *N Engl J Med* 1981; 304:1568-1575.
15. Feigin RD, Barron KS. *N Engl J Med* 1986; 315:388-390.
16. Patriarca P et coll. *Lancet* 1982; 2:578-580.
17. Lin FC et coll. *Am J Dis Child* 1985; 139:277-279.
18. Koren G et coll. *JAMA* 1985; 254:767-769.
19. Newburger JW et coll. *N Engl J Med* 1986; 315:342-347.

Remerciements: Les auteurs tiennent à remercier les Drs S. Kent et K. Spacey, de l'Hôpital général de Victoria, qui ont signalé les cas et communiqué les données cliniques.

SOURCE: Drs F Jagdis, Consultant en maladies transmissibles, et AB Allen, Médecin-hygieniste adjoint, District régional de la capitale, Victoria (Colombie-Britannique).

Notes internationales

STAPHYLOCOCCUS AUREUS RÉSISTANT À LA MÉTHICILLINE DANS DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS, ÉTATS-UNIS

Le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) est un agent pathogène nosocomial dont la fréquence a augmenté régulièrement aux États-Unis au cours des années 70 et 80. Dans le passé, la majorité des cas était recensée dans de grands hôpitaux de soins tertiaires. Depuis 1986, le comté de Los Angeles (Californie) signale toutefois plus souvent des concentrations de cas infectés et colonisés dans des hôpitaux communautaires et des centres de convalescence. Il n'a pas été facile de déterminer quel était le mécanisme exact d'introduction du SARM dans un établissement; cependant, la plupart des études où une source est précisée identifient un patient colonisé ou infecté à l'admission.

Sites: Le microorganisme est souvent isolé des sites suivants: plaies opératoires, sécrétions des voies respiratoires, crachat, point d'entrée d'un cathéter i.v., sondes urinaires à demeure, brûlures, ulcères de décubitus, et sang.

Transmission: Pour ce microorganisme, le mode de transmission nosocomiale le plus probable semble être de patient à patient, par les mains du personnel. Le SARM peut se retrouver provisoirement sur les mains d'employés d'hôpital après des actes tels que détersión d'une plaie, changement de pansement, soin de la trachée et manipulation d'un cathéter. Le SARM a aussi été isolé de planchers, éviers, plans de travail et autres surfaces environnementales. Il est toutefois difficile d'interpréter ces résultats, puisque la contamination peut être une conséquence de l'infection ou de la colonisation de patients plutôt que sa cause.

Facteurs de risque: Parmi les divers facteurs qui augmentent la susceptibilité d'un patient à l'égard du SARM, notons ceux-ci:

1. hospitalisation prolongée,
2. hospitalisations multiples,
3. âge (plus de 65 ans),
4. interventions effractives multiples,

*** STATISTICS CANADA - STATISTIQUE CANADA ***

Notifiable Diseases Summary - Sommaire des maladies à déclaration obligatoire

New Cases Reported for the Four Week Period Ending August 29, 1987.
Nouveaux cas déclarés pour la période de quatre semaines se terminant le 29 août, 1987.

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. 87	Cum. 86	Cur. Cou.	Cum. 87	Cum. 86	Cur. Cou.	Cum. 87	Cum. 86	Cur. Cou.	Cum. 87	Cum. 86	Cur. Cou.	Cum. 87	Cum. 86	Cur. Cou.	Cum. 87	Cum. 86	Cur. Cou.	Cum. 87	Cum. 86
1. AIDS - SIDA		18	395	268	-	-	-	2	-	2	8	3	-	1	2	-	129	81				
2. Amoebiasis - Amibiase	006	165	1251	1065	-	3	1	-	-	1	16	15	1	18	1	-	57	62				
3. Botulism - Botulisme	005.1	-	7	5	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
4. Brucellosis - Brucellose	023	2	8	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3		
5. Campylobacteriosis - Campylobactériose		1269	6487	5866	15	68	37	-	51	-	21	129	101	20	90	54	-	79	67			
6. Chickenpox - Varicelle	052	1455	39452	27746	15	282	434	-	-	4	866	706	8	86	8	-	-	-	-	-	-	
7. Cholera - Choléra	001	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	
8. Diphtheria - Diphtérie	032	2	3	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
9. Giardiasis - Giardiase	007.1	692	4976	4926	7	44	36	-	8	15	11	91	64	7	44	4	-	346	257			
10. Gonococcal Infections - Infections gonocoïques (1)	098	1785	19047	22684	14	178	312	-	22	36	41	402	641	48	275	287	-	2298	3137			
11. Gonophthalmitis - Ophthalmitis du nouveau-né	098.4	-	1	2	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	
12. Haemophilus influenzae B - invasive		35	312	287	1	9	8	-	2	-	1	17	14	-	5	9	-	12	23			
13. Hepatitis A	070.0, 070.1	65	688	1005	1	1	7	-	-	-	2	6	5	-	6	5	-	39	37			
14. Hepatitis B	070.2, 070.3	149	1692	1454	-	2	2	-	-	-	4	32	12	3	31	13	-	439	396			
15. Hepatitis other - Hépatite autres(2)		1	82	197	-	-	-	-	-	14	-	-	-	-	2	3	-	9	46			
16. Legionellosis - Legionellose		-	34	35	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
17. Leprosy - Lépre	030	2	20	21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
18. Malaria - Paludisme	084	23	173	192	-	-	-	-	-	-	1	3	1	-	1	-	-	14	10			
19. Measles - Rougeole	055	39	1886	14216	-	1	6	-	-	4	44	1417	-	375	136	-	142	59				
20. Pneumococcal meningitis - Meningite à pneumocoques (3)	320.1	7	70	58	-	2	1	-	-	-	-	-	-	1	1	1	2	-	-	-	-	
21. Other bact. meningitis - Autres méninigites bactérienne(4)		14	57	92	1	5	-	-	-	-	1	3	-	-	1	1	-	-	-	-	-	
22. Viral meningitis - méninigite virale(5)		62	216	188	-	6	-	-	-	-	5	6	1	2	7	-	-	2	9			
23. Meningococcal infections - Infections à méningocoques	036	11	189	156	-	3	1	-	1	-	4	3	-	5	1	-	28	49				
24. Mumps - Oreillons	072	28	426	405	-	1	2	-	-	-	4	3	-	2	1	-	-	2	2			
25. Paratyphoid - Paratyphoïde	002.1-002.9	2	22	28	-	1	2	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2			
26. Pertussis - Coqueluche	033	97	693	1341	2	23	33	-	11	37	-	68	290	1	9	14	-	16	132			
27. Plague - Peste	020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
28. Poliomyelitis - Poliomylélite	045	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
29. Rabies - Rage	071	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
30. Rubella - Rubéole	056	58	968	1917	21	318	114	-	-	-	6	3	-	6	54	-	80	93				
31. Congenital Rubella - Rubéole congénitale	771.0	-	1	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	
32. Salmonellosis - Salmonellose(6)	003	1346	7359	6113	27	77	71	-	48	33	30	172	107	49	198	69	-	663	795			
33. Shigellosis - Shigellose	004	116	954	973	-	-	-	2	1	2	6	8	-	3	3	-	118	113				
34. Syphilis, Early, Symptomatic - Symptomatique, récent	091	26	305	423	-	-	-	-	-	-	3	1	1	4	1	-	81	99				
35. Other - Autres	090, 092-097	135	1273	980	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	176	331			
36. Tetanus - Tétanos	037	1	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	
37. Trichinosis - Trichinoze	124	-	5	7	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
38. Tuberculosis - Tuberculose	010-018	121	980	962	8	20	30	-	2	1	1	30	18	1	21	14	-	146	239			
39. Typhoid - Typhoïde	002.0	3	22	37	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	4	-	3	4	-	-	-	
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:

SIGNE 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.

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.

(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 320,0.

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

[View source code](#)

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> . Not reportable .. Not available - No cases reported | <ul style="list-style-type: none"> . 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.

5. Wounds
6. Severe underlying disease
7. Administration of multiple broad-spectrum antibiotics

Controls Measures: The spread of the MRSA organism throughout a hospital can be controlled by the rapid application of several measures.

1. Reinforce strict handwashing practices by all hospital personnel.
2. Review appropriate isolation techniques (Centers for Disease Control recommends contact isolation, although many facilities prefer to use strict isolation precautions especially for patients with positive respiratory secretions and a cough).
3. Place all infected or colonized patients on isolation precautions until 3 consecutive negative cultures, taken at least 24 hours apart, have been obtained from the original site of infection or colonization, other wounds and nares.
4. Place roommates of MRSA-positive patients on isolation precautions until cleared as above.
5. Cohort patient and personnel including, if possible, ancillary personnel.
6. Restrict patient contact with students and volunteers.
7. Limit admissions to the affected area.
8. Initiate or continue active surveillance for MRSA by in vitro susceptibility testing of all *S. aureus* isolates.
9. If the patient was admitted infected or colonized from another facility, notify the previous facility. If the patient remains infected or colonized and is to be discharged to another facility, notify the receiving facility prior to discharge.
10. Flag all charts of patients who have had MRSA infection or colonization.

Additional steps that may be taken to reduce endemic MRSA are as follows:

1. Direct targeted surveillance efforts toward patients in geographic proximity to infected/colonized patients.
2. Personnel surveillance cultures, if considered, should be limited to only those personnel working with MRSA patients or to personnel in whom epidemiologic studies have suggested that they may be carrier-disseminators.

Treatment: The drug of choice for treating infections is vancomycin. Topical or systemic antibiotics including vancomycin, trimethoprim-sulfamethoxazole, and rifampin have been used to attempt to eradicate MRSA colonization. However, success in bacteriologic clearance of the organism is variable.

Personnel who have been treated and cleared for MRSA colonization are often found to be re-colonized at future testing.

SOURCE: California Morbidity Weekly Report, No 33, 1987.

5. plaies,
6. atteinte sous-jacente grave,
7. administration de multiples antibiotiques à spectre étendu.

Contrôle: L'application rapide de plusieurs mesures peut empêcher que le SARM ne se propage dans tous les services d'une hôpital.

1. Insister auprès de tout le personnel de l'hôpital sur le respect rigoureux des consignes relatives au lavage des mains.
2. Étudier les techniques pertinentes d'isolement (les Centers for Disease Control recommandent l'absence de contacts directs, mais de nombreux établissements optent pour le strict isolement - surtout pour les patients présentant des sécrétions respiratoires positives et une toux).
3. Isoler tout patient infecté ou colonisé jusqu'au résultat négatif de 3 cultures consécutives pratiquées à partir d'échantillons prélevés à des intervalles d'au moins 24 heures au site initial d'infection ou de colonisation, dans d'autres plaies, et dans les narines.
4. Étendre les précautions d'isolement aux patients partageant la chambre de cas SARM positifs, jusqu'à ce que la condition susmentionnée soit remplie.
5. Répartir en cohortes les patients et le personnel, y compris le personnel auxiliaire si possible.
6. Limiter les contacts des patients avec les étudiants et les bénévoles.
7. Limiter l'accès au secteur touché.
8. Amorcer ou poursuivre la surveillance active du SARM, en pratiquant l'antibiogramme in vitro de tous les isolats de *S. aureus*.
9. Si le patient était infecté ou colonisé à l'admission et qu'il a été transféré d'un autre établissement, informer cet établissement de la situation; si le patient est toujours infecté ou colonisé et qu'il doit être transféré dans un autre établissement, informer cet établissement avant le congé du patient.
10. Identifier tous les dossiers de patients infectés ou colonisés par le SARM.

Pour réduire la prévalence endémique du SARM, les mesures suivantes peuvent aussi être prises:

1. axer les efforts de surveillance sur les patients se trouvant à proximité de cas d'infection ou de colonisation;
2. si l'on envisage de soumettre le personnel à des cultures aux fins de la surveillance, limiter cette pratique aux employés qui travaillent avec des patients SARM positifs ou qui, d'après des études épidémiologiques, pourraient être porteurs et susceptibles de disséminer le microorganisme.

Traitement: Pour traiter les infections, le médicament de choix est la vancomycine. Des antibiotiques à action topique ou générale - tels que la vancomycine, le triméthoprime-sulfaméthoxazole et la rifampine - ont été utilisés pour tenter de juguler la colonisation par SARM. Cependant, la négativation bactériologique du micro-organisme réussit plus ou moins.

Chez les employés qui ont été traités et se sont révélés négatifs à l'égard de la colonisation par SARM, on observe souvent une recolonisation lors d'analyses ultérieures.

SOURCE: California Morbidity Weekly Report, no 33, 1987.

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: Dolly Riggins (613) 957-0841
Bureau of Communicable Disease Epidemiology
Laboratory Centre for Disease Control
 Tunney's Pasture
 OTTAWA, Ontario
 Canada K1A 0L2

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