



Canada Diseases Weekly Report

ISSN 0382-232X

Rapport hebdomadaire des maladies au Canada

DEC 10 1987

Date of publication: December 5, 1987
Date de publication: 5 décembre 1987

Vol. 13-48

CONTAINED IN THIS ISSUE:

Outbreak of Respiratory Syncytial Virus in a Home for the Aged - Ontario	215
Influenza Activity	217

CONTENU DU PRÉSENT NUMÉRO:

Poussée de virus respiratoire syncytial dans un foyer pour personnes âgées - Ontario	215
Activité grippale	217

OUTBREAK OF RESPIRATORY SYNCYTIAL VIRUS IN A HOME FOR THE AGED - ONTARIO

Introduction: An outbreak of upper and lower respiratory tract infection caused by respiratory syncytial virus (RSV) occurred in residents of a home for the aged in February and March 1987. The home, situated in a town with a population of 3000 in Perth County, consisted of 2 floors of rooms for 84 residents. The rooms were either single or double and residents requiring more assistance tended to be located on the first floor. However, all residents required very little nursing aside from minimal help with hygiene. Almost all residents were mobile and active, eating meals in the main dining room and travelling freely, unsupervised, into town. Several control measures were instituted and an epidemiological investigation was undertaken when an outbreak situation was suspected.

Results of the Investigation: A case was defined as a resident or staff member who had experienced an acute respiratory illness with date of onset between 2 February and 17 March. Cases were further categorized as follows:

Definite Case: Upper and lower respiratory tract infection (physician diagnosed) plus a 4-fold rise in RSV titre or persistent high RSV titre ($\geq 1:128$).

Probable Case: Lower respiratory tract infection (physician diagnosed) or upper respiratory tract infection (physician diagnosed) with symptoms of either cough or nasal congestion and one of the following: sore throat, fever or earache.

Between 7 February and 17 March, a total of 2 definite cases and 30 probable cases of RSV infection occurred among the 84 residents. The attack rate was 38.1% (32/84). There was no significant difference in the attack rates between the sexes. There were also no significant differences between the mean ages of the cases and healthy residents, and between attack rates on the 2 floors.

Only 2 cases occurred in the staff for an attack rate of 4% (2/50); both were classified as probable cases.

The epidemic, typical of a propagated outbreak with person-to-person spread, lasted a total of 39 days with the first case occurring on 7 February. The incubation period for RSV infection ranges from 1 to 10 days and the communicable period of cases extends from shortly prior to and for the duration of active disease(1). Therefore, it appears that this outbreak was propagated through at least 6 incubation periods.

Second Class Mail Registration No. 5670

POUSSÉE DE VIRUS RESPIRATOIRE SYNCYTIAL DANS UN FOYER POUR PERSONNES ÂGÉES - ONTARIO

Introduction: En février et mars 1987, une poussée d'infections du tractus respiratoire supérieur et inférieur attribuables au virus respiratoire syncytial (VRS) est enregistrée chez les pensionnaires d'un foyer pour personnes âgées. Situé dans une ville de 3000 habitants du comté de Perth, le foyer en question compte 84 pensionnaires logés dans des chambres privées ou semi-privées réparties sur 2 étages, les pensionnaires les moins autonomes se trouvant plutôt au premier. Mise à part une aide minimale pour les soins d'hygiène, tous les pensionnaires se débrouillent toutefois pratiquement seuls. Presque tous ambulatoires et actifs, ils prennent leurs repas dans la salle à manger principale à des tables déterminées et sont libres d'aller en ville sans supervision. Dès que l'on soupçonne une poussée, on applique plusieurs mesures de lutte anti-infectieuse et on amorce une enquête épidémiologique.

Résultats de l'enquête: On définit un cas comme étant une atteinte respiratoire aiguë s'étant manifestée chez un pensionnaire ou un membre du personnel entre le 2 février et le 17 mars. Les cas sont ensuite classés comme suit:

Cas formel: Infection du tractus respiratoire supérieur ou inférieur (diagnostiquée par un médecin) plus un titre de VRS quadruplé ou une élévation persistante du titre de VRS ($\geq 1:128$).

Cas probable: Infection du tractus respiratoire inférieur TRI (diagnostiquée par un médecin) ou infection du tractus respiratoire supérieur (TRS) (diagnostiquée par un médecin), avec toux ou congestion nasale et l'un des symptômes suivants: angine, fièvre ou otalgie.

Du 7 février au 17 mars, l'infection à VRS fait au total 2 cas formels et 30 cas probables chez les 84 pensionnaires. Le taux d'atteinte est de 38,1% (32/84), les 2 sexes étant touchés à peu près dans les mêmes proportions. Aucun écart marqué n'est observé ni entre l'âge moyen des cas et celui des sujets sains, ni entre les taux d'atteintes d'un étage à l'autre.

Le personnel n'enregistre que 2 cas, classés dans la catégorie 'probable', soit un taux d'atteinte de 4% (2/50).

L'épidémie, caractéristique d'une poussée résultant d'une transmission de personne à personne, a duré 39 jours, le premier cas étant observé le 7 février. La période d'incubation de l'infection à VRS varie de 1 à 10 jours, la transmission étant possible peu avant la phase active de la maladie et tout au long de cette phase(1). Dans le cas présent, il semble donc que la propagation de la poussée se soit perpétuée pendant au moins 6 périodes d'incubation.

Courrier de la deuxième classe - Enregistrement n° 5670



Twenty-two of the 32 resident cases (68.8%) were diagnosed as having a lower respiratory tract infection. A much higher proportion of all male cases were lower respiratory (87.5%) than were female cases (62.5%). Both of the definite cases were lower respiratory tract infections. There was no difference in the average age of those with lower and those with upper respiratory tract infections (84.5 and 85.0 years). The most common symptoms for all cases were cough and nasal congestion, with cough occurring most frequently in those with lower respiratory tract infections and nasal congestion in those with upper respiratory tract infections.

Five of the cases had documented underlying chronic lung disease and 4 (80%) of these developed lower respiratory tract infections. In comparison, only 18 of the 27 cases without documented lung disease (67%) were lower respiratory tract infections. This difference, however, was not statistically significant ($p=0.47$).

The duration of illness ranged from 6 to 38 days with a mean of 17.5 days for lower and 10.7 days for upper respiratory tract infections. Despite the lengthy duration of illness in this outbreak, no cases were severe enough to require hospitalization and no deaths occurred.

Results of Laboratory Investigations: Acute and convalescent serum samples were obtained from 18 cases (56.3%) and throat washings from 3 cases. All serum samples were tested for antibodies to adenovirus, influenza A and B, parainfluenza 1, 2 and 3, RSV, cytomegalovirus and *Mycoplasma pneumoniae*. Positive results were obtained for RSV in 2 of the cases (one high titre of 1:256 in both acute and convalescent samples; one 4-fold rise in titre from $\leq 1:8$ to 1:32). Three other cases showed persistent mildly elevated titres of 1:64 and 1:32 for RSV, however, not high enough to be diagnostic for acute RSV infection. None of the throat washings obtained were positive for any viral pathogens.

Outbreak Control Measures: Antibiotics were prescribed for ill residents. Erythromycin was chosen for most cases because of widespread *Mycoplasma* activity in the area. Vaporizers were also used in patient rooms. Cases were confined to their rooms once they became ill until 48 hours after starting antibiotics.

Staff were given surveillance sheets to complete when any symptoms of illness were noticed on daily interactions with residents. Staff members were also asked to report any respiratory illness that they developed during the outbreak period. Handwashing techniques were reviewed with the staff and they were reminded to wash frequently.

Discussion: The source of this outbreak could not be identified. The index case had had no apparent contact with anyone ill prior to the onset of his illness and no family visitors. Most of the cases occurring subsequent to the index case had adequate exposure time to earlier cases to acquire infection. Many shared a dining room table or a room with an earlier case. RSV has been shown to survive long enough in the environment to allow transfer of the virus to hands in contact with contaminated surfaces⁽²⁾.

RSV infects all age groups, but the vast majority of infections occur in childhood⁽³⁾. The epidemiology of RSV infection in the elderly has not been well characterized, but over the past decade several outbreaks of upper and lower respiratory tract infections in this group, caused by the virus, have been documented^(4,5,6,7). This has led to the realization that RSV may be a more important cause of lower respiratory illness among the elderly in institutions than previously recognized.

Parmi les 32 cas concernant des pensionnaires, 22 (68,8%) ont fait l'objet d'un diagnostic d'infection du TRI. Sur le total des cas, les hommes étaient beaucoup plus représentés que les femmes pour cette infection (87,5 c. 62,5%). Dans les 2 cas formels, il s'agissait d'infections du TRI. Il n'y avait pas d'écart entre l'âge moyen des cas d'infection du TRI et celui des cas du TRS (84,5 et 85,0 ans). Pour la totalité des cas, les symptômes les plus fréquents étaient la toux et la congestion nasale, la toux accompagnant le plus souvent les cas d'infection du TRI et la congestion nasale, ceux du TRS.

Une pneumopathie chronique sous-jacente a été documentée dans 5 cas, dont 4 (80%) ont développé une infection du TRI. Par contre, seulement 18 des 27 cas sans pneumopathie documentée (67%) ont présenté une infection du TRI. Cet écart n'est toutefois pas significatif sur le plan statistique ($p=0,47$).

La durée de l'atteinte était de 6 à 38 jours, soit en moyenne de 17,5 jours pour les infections du TRI et de 10,7 pour celles du TRS. Malgré la durée prolongée de la maladie dans la présente poussée, aucun cas n'a été assez grave pour réclamer une hospitalisation et aucun décès n'a été enregistré.

Résultats des analyses: Des échantillons sériques de phases aiguë et convalescente ont été prélevés chez 18 cas (56,3%); et des échantillons de liquide de lavage pharyngé, chez 3. Tous les prélèvements sériques ont fait l'objet d'une détection des anticorps contre l'adénovirus; les virus grippaux A et B; les virus paragrippaux 1, 2 et 3; le VRS; le cytomegalovirus et *Mycoplasma pneumoniae*. Des résultats positifs ont été obtenus à l'égard du VRS dans 2 des cas (un titre élevé de 1:256 pour les échantillons de phases aiguë et convalescente; un titre quadruplé - ayant grimpé de $\leq 1:8$ à 1:32). Dans 3 autres cas, on a observé une légère augmentation persistante des titres à l'égard du VRS, soit 1:64 et 1:32, pas assez forte toutefois pour justifier un diagnostic d'infection aiguë à VRS. Aucun des prélèvements de liquide de lavage pharyngé ne s'est révélé positif à l'égard d'un pathogène viral.

Mesures de lutte: Une antibiothérapie a été prescrite aux pensionnaires atteints. Dans la plupart des cas, le choix s'est arrêté sur l'érythromycine, en raison de l'activité étendue de *Mycoplasma* dans la région. De plus, des vaporiseurs ont été placés dans les chambres des malades. Les malades ont dû garder la chambre dès l'installation de la maladie jusqu'à 48 heures après le début de l'antibiothérapie.

Des feuilles de surveillance ont été remises aux membres du personnel à des fins d'inscription de tout symptôme d'atteinte observé dans le cadre de leurs fonctions quotidiennes auprès des pensionnaires. On a en outre demandé à chaque membre du personnel de signaler tout signe d'atteinte respiratoire dont il observait la présence chez lui pendant la poussée. On a repassé avec le personnel les techniques de lavage des mains, en rappelant à chacun de les mettre en pratique souvent.

Discussion: La source de la poussée n'a pu être identifiée. Avant l'installation de sa maladie, le cas de référence n'a apparemment eu aucun contact avec un malade, ni de visite de membres de sa famille. Dans la plupart des cas qui se sont déclarés après le cas de référence, le temps d'exposition à des cas antérieurs était suffisant pour contracter l'infection. Nombre des sujets visés partageaient en effet avec un cas précédent soit une table de la salle à manger, soit une chambre. Or, on a démontré que le VRS survivait assez longtemps dans l'environnement pour qu'un contact des mains avec une surface contaminée permette le transfert du virus⁽²⁾.

Le VRS infecte tous les groupes d'âge, la vaste majorité des infections étant toutefois observées chez des enfants⁽³⁾. L'épidémiologie de l'infection à VRS chez les personnes âgées n'est pas encore parfaitement définie; cependant, des poussées d'infections du TRS et du TRI, recensées chez ce groupe et attribuables au virus, ont été documentées au cours de la dernière décennie^(4,5,6,7). Cette situation nous a fait prendre conscience que le VRS joue peut-être un rôle plus important qu'on ne le pensait dans les atteintes du TRI chez les personnes âgées vivant en établissement.

In this outbreak, the illness occurring in residents of the home was much more severe than the mild "common cold-like" illness thought to occur in most adults. Most of the cases experienced lower respiratory tract infections with a prolonged course.

Only 11% of the cases that were tested serologically showed significant RSV titres and another 17%, low titres. This is lower than the findings in other outbreaks where as many as 56% of tested patients showed either significantly elevated titres ($\geq 1:128$) or 4-fold increases in titres⁽⁷⁾. Despite this low yield of laboratory-confirmed cases, RSV was likely the cause of the outbreak since no other pathogen was identified in those cases tested.

Extensive laboratory investigations are not often carried out in respiratory outbreaks in institutions for the elderly. However, in this outbreak fairly extensive viral testing was done which identified a causative agent. This, together with the descriptive data on the outbreak, has added more epidemiological information to the current knowledge and understanding of RSV infection in the institutionalized elderly.

Acknowledgements: The authors wish to acknowledge the cooperation and assistance of B Norris, Infection Control Nurse and Dr. P Larsen, Advisory Physician at the home for the aged.

SOURCE: V Mai, MD, Resident in Community Medicine, S Tamblyn, MD, Medical Officer of Health, Perth District Health Unit, Stratford, Ontario (initially reported in ODSR, Vol 8, No 19, 1987).

References:

1. Benenson AS, ed. *Control of Communicable Diseases in Man*, 14th ed. Washington: American Public Health Association, 1985:324-326.
2. Hall CB et al. *J Infect Dis* 1980; 141:98-102.
3. Hierholzer JC et al. *Aust Paediatr J* 1986; 22:77-82.
4. Mandel SK. *Age Ageing* 1985; 14:184-186.
5. Sorvillo Frank J. *J Infect* 1984; 9:252-256.
6. CDC. *MMWR* 1977; 26:351.
7. Morales F et al. *J Infect* 1983; 7:236-246.

International Notes

INFLUENZA ACTIVITY

Worldwide: Since the end of last winter's influenza season in the Northern Hemisphere, low levels of activity of influenza A/Taiwan/1/86 (H1N1)-like strains (the predominant strain last winter) have been reported in Asia and Oceania. Similar strains have been reported from outbreaks in South Africa. An isolated infection with influenza A(H1N1) was confirmed in the United Kingdom. In the Americas, A/Taiwan/1/86-like viruses have been reported from Uruguay and Chile - the first reported spread of the 1986 A(H1N1) variant to South America following its circulation in North America.

Influenza B has been the most frequently isolated virus. In Oceania, localized outbreaks were reported in Australia and epidemic activity in New Zealand. In the Americas, influenza B was isolated from children in Guatemala during May, and localized influenza B activity was reported in Brazil during July and August. Influenza A(H3N2) occurred sporadically in Australia and New Zealand, but no major outbreaks were reported. However, from April through September, an increasing number of Asian and Pacific countries including Hong Kong, Singapore, the People's Republic of China, Guam, and Taiwan reported A(H3N2) isolates. Brazil reported a localized outbreak of influenza A(H3N2) during May and June.

Pendant cette poussée, des pensionnaires du foyer ont manifesté une atteinte beaucoup plus grave que le léger rhume de cerveau courant chez la plupart des adultes. La majorité des cas ont présenté une infection du TRI au décours prolongé.

Parmi les cas ayant fait l'objet d'une sérologie, 11% seulement présentaient des titres importants de VRS et 17% des titres faibles. Ce pourcentage est inférieur à ceux qui ont été observés dans d'autres poussées, où jusqu'à 56% des malades ayant fait l'objet d'analyses manifestaient soit des titres significativement élevés ($\geq 1:128$), soit des titres quadruplés⁽⁷⁾. Même si peu de cas ont été confirmés en laboratoire, il est probable que le VRS ait provoqué la poussée puisque aucun autre pathogène n'a été identifié au cours des analyses.

Des analyses de laboratoire exhaustives ne sont pas pratique courante dans le cadre de poussées d'atteinte respiratoire dans des établissements pour personnes âgées. Cependant, dans la poussée dont il est question ici, la virologie pratiquée était assez complète, ce qui a permis l'identification d'un agent causal. Jointes aux données descriptives relatives à la poussée, ces résultats ont étoffé de renseignements épidémiologiques supplémentaires ce que nous savons de l'infection à VRS chez les personnes âgées vivant en établissement.

Remerciements: Les auteurs tiennent à remercier de leur collaboration B Norris, infirmière en lutte anti-infectieuse, et le Dr P Larsen, médecin consultant au foyer visé.

SOURCE: Drs V Mai, Résidente en Médecine communautaire, et S Tamblyn, Médecin-hygieniste, Service de santé du district de Perth, Stratford (Ontario) (d'abord paru dans ODSR, Vol 8, no 19, 1987).

Références:

1. Benenson AS, éd. *Control of Communicable Diseases in Man*, 14^e éd. Washington: American Public Health Association, 1985:324-326.
2. Hall CB et coll. *J Infect Dis* 1980; 141:98-102.
3. Hierholzer JC et coll. *Aust Paediatr J* 1986; 22:77-82.
4. Mandel SK. *Age Ageing* 1985; 14:184-186.
5. Sorvillo Frank J. *J Infect* 1984; 9:252-256.
6. CDC. *MMWR* 1977; 26:351.
7. Morales F et coll. *J Infect* 1983; 7:236-246.

Notes internationales

ACTIVITÉ GRIPPALE

Monde: Depuis la fin de la saison grippale de l'hiver dernier dans l'hémisphère nord, l'Asie et l'Océanie ont enregistré de faibles taux d'activité de souches grippales pseudo-A/Taiwan/1/86 (H1N1) - soit la souche prédominante de l'hiver dernier. Des souches analogues ont été signalées dans le cadre de poussées recensées en Afrique du Sud. Un cas isolé d'infection grippale A(H1N1) a été confirmé au Royaume-Uni. Dans les Amériques, des virus pseudo-A/Taiwan/1/86 ont été observés en Uruguay et au Chili - depuis sa circulation en Amérique du Nord, c'est la première fois qu'on signalait la propagation de la variante A(H1N1) 1986 en Amérique du Sud.

C'est le virus de la grippe B qui a été isolé le plus souvent. En Océanie, l'Australie a connu des poussées localisées et la Nouvelle-Zélande, une activité épidémique. Dans les Amériques, le virus grippal B a été isolé en mai chez des enfants du Guatemala; et une activité localisée de la grippe B a été enregistrée en juillet et août au Brésil. Des cas sporadiques de grippe A(H3N2) ont été recensés en Australie et en Nouvelle-Zélande, mais aucune poussée majeure n'a été signalée. D'avril à septembre, un nombre croissant de pays d'Asie et du Pacifique - dont Hong Kong, Singapour, la République populaire de Chine, Guam et Taiwan - ont toutefois signalé des isolats A(H3N2). Le Brésil a recensé une poussée localisée de grippe A(H3N2), en mai et juin.

*** STATISTICS CANADA - STATISTIQUE CANADA ***

Notifiable Diseases Summary - Sommaire des maladies à déclaration obligatoire

New Cases Reported for the Four Week Period Ending October 24, 1987.
Nouveaux cas déclarés pour la période de quatre semaines se terminant le 24 octobre 1987.

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. 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	494	342	-	3	-	-	1	1	-	8	3	-	1	4	-
2. Amoebiasis - Amibiase	006	163	1560	1301	-	3	2	-	-	-	3	19	18	-	19	1	.. 57 69
3. Botulism - Botulisme	005.1	-	7	6	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4. Brucellosis - Brucellose	023	1	9	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3
5. Campylobacteriosis - Campylobactériose		1023	8517	8121	5	82	47	14	96	-	18	177	160	21	131	128	.. 79 136
6. Chickenpox - Varicelle	052	929	41278	29863	9	302	456	-	-	-	2	872	725	1	117	8	.. - -
7. Cholera - Choléra	001	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8. Diphtheria - Diphtérie	032	-	4	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9. Giardiasis - Giardiase	007.1	879	6909	6829	5	53	51	5	17	22	13	120	88	6	56	16	.. 346 338
10. Gonococcal Infections - Infections gonococciques (1)	098	1684	22494	28573	28	220	380	2	32	51	40	493	824	27	351	400	.. 2298 4163
11. Gono Ophth neonat - Oph gono du nouveau-né	098.4	-	1	2	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 -
12. Haemophilus influenzae B - invasive		35	374	374	1	11	9	1	3	-	-	18	17	-	7	12	.. 12 28
13. Hepatitis A	070.0, 070.1	85	828	1150	-	1	7	-	-	-	-	7	5	-	-	6	.. 39 44
14. Hepatitis B	070.2, 070.3	156	1944	1809	1	4	3	-	-	-	3	37	17	1	34	22	.. 439 478
15. Hepatitis other - Hépatite autres (2)		6	97	286	-	-	-	-	-	14	-	-	-	-	-	3	.. 9 46
16. Legionellosis - Légionellose		4	41	48	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	.. - -
17. Leprosy - Lèpre	030	-	22	21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18. Malaria - Paludisme	084	53	345	252	-	-	-	-	-	-	1	4	1	-	-	1	.. 14 16
19. Measles - Rougeole	055	39	1978	14585	-	1	6	-	-	-	1	47	1430	2	401	145	.. 142 65
20. Pneumococcal meningitis - Meningite à pneumocoques (3)	320.1	11	90	67	-	2	1	-	-	-	3	3	2	1	3	3	.. - -
21. Other bact. meningitis - Autres méninigite bactérienne (4)		14	80	119	1	6	-	1	1	-	-	4	1	1	2	2	.. - -
22. Viral meningitis - méninigite virale (5)		35	288	328	-	6	-	-	1	-	-	11	1	-	7	1	.. 2 14
23. Meningococcal infections - Infections à méninogocoques	036	14	212	190	1	4	1	-	1	-	-	4	5	-	5	3	.. 28 53
24. Mumps - Oreillons	072	37	495	482	1	2	2	-	-	-	4	6	-	4	2	-	.. 2 -
25. Paratyphoid - Paratyphoïde	002.1-002.9	2	26	29	-	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2 -
26. Pertussis - Coqueluche	033	104	887	1827	2	30	57	2	16	48	-	69	366	-	9	19	.. 16 158
27. Plague - Peste	020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
28. Poliomyelitis - Poliomylélite	045	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
29. Rabies - Rage	071	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30. Rubella - Rubéole	056	31	1023	2129	-	318	176	-	-	-	7	4	2	8	54	.. 80 101	
31. Congenital Rubella - Rubéole congénitale	771.0	-	1	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 -	
32. Salmonellosis - Salmonellose (6)	003	905	9303	8364	10	100	121	2	74	99	31	241	168	31	267	95	.. 663 1129
33. Shigellosis - Shigellose	004	93	1125	1224	-	1	1	-	2	2	1	9	9	1	4	3	.. 118 137
34. Syphilis, Early, Symptomatic - Sympatotique, récent	091	12	334	490	-	-	-	-	-	-	3	2	-	6	1	.. 81 112	
35. Other - Autres	090, 092-097	39	1380	1177	-	-	-	-	-	-	1	8	-	-	-	1	.. 176 407
36. Tetanus - Tétanos	037	-	4	4	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	.. 1 -	
37. Trichinosis - Trichinose	124	2	7	7	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
38. Tuberculosis - Tuberculose	010-018	109	1182	1238	4	24	37	1	4	1	3	35	19	1	25	16	.. 146 287
39. Typhoid - Typhoïde	002.0	3	31	44	-	-	1	-	-	-	-	1	1	-	4	3	.. 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 070.9 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
- .. 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

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

Four Week Period Ending October 24, 1987 - Période de quatre semaines se terminant le 24 octobre 1987

No. Disease No Maladie	ICD-9 CIM-9													British Columbia			Northwest Territories				
		Ontario			Manitoba			Saskatchewan			Alberta			Colombie-Britannique			Yukon				
		Cur. 87 Cou.	Cum. 87 Cou.	Cum. 86 Cou.	Cur. 87 Cou.	Cum. 87 Cou.	Cum. 86 Cou.	Cur. 87 Cou.	Cum. 87 Cou.	Cum. 86 Cou.											
1. AIDS - SIDA		4	189	135	-	8	9	1	8	5	2	26	19	11	102	76	-	-	-	1	
2. Amoebiasis - Amibiase	006	120	935	726	-	64	12	4	69	42	12	82	84	24	310	343	-	-	-	2 4	
3. Botulism - Botulisme	005.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	7	1	-	-	-	3	
4. Brucellosis - Brucellose	023	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 5	5	
5. Campylobacteriosis - Campylobactériose		679	5532	5190	-	-	-	24	330	211	60	583	703	202	1487	1533	-	5	5	4 8	
6. Chickenpox - Varicelle	052	421	27095	17740	-	-	-	31	1485	1099	407	10705	9491	5	246	-	21	40	53 435	304	
7. Cholera - Choléra	001	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
8. Diphtheria - Diphthéria	032	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	1	1	-	2	1	-	-	-	1	
9. Giardiasis - Giardiase	007.1	445	3193	3130	-	238	-	67	557	231	133	991	1256	194	1291	1672	4	18	5	7 29	20
10. Gonococcal Infections - Infections gonococciques (1)	098	635	8202	10636	205	2365	2529	137	1489	1404	327	3455	3974	204	2527	3014	13	100	153	66 952	1045
11. Gono Ophth neonat - Oph gono du nouveau-né	098.4	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
12. Haemophilus influenzae B - invasive		10	142	115	2	20	11	3	25	24	10	82	103	3	39	42	-	2	2	5 13	11
13. Hepatitis A -	070.0, 070.1	40	296	246	13	135	185	4	114	258	15	98	254	13	136	141	-	2	2	2 2	2
14. Hepatitis B -	070.2, 070.3	69	629	684	5	55	54	14	162	106	12	127	143	49	453	294	-	2	4	2 2	4
15. Hepatitis other - Hépatite autres (2)		1	35	104	-	1	2	-	-	-	1	13	15	4	39	102	-	-	-	-	-
16. Legionellosis - Légionellose		2	17	27	-	10	17	-	-	-	2	10	2	-	3	1	-	-	-	-	-
17. Leprosy - Lèpre	030	-	16	17	-	4	1	-	-	-	2	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18. Malaria - Paludisme	084	37	156	93	1	19	12	-	2	1	2	45	34	12	104	93	-	1	-	-	1
19. Measles - Rougeole	055	16	558	1104	-	30	3431	1	93	409	7	602	719	8	98	7112	-	-	78	4	6 86
20. Pneumococcal meningitis - Méninigite à pneumocoques (3)	320.1	1	30	27	1	12	6	1	7	6	1	7	18	3	25	4	-	1	-	-	-
21. Other bact. meningitis - Autres méninigite bactérienne (4)		7	36	39	-	5	18	1	8	5	1	13	32	1	4	14	-	-	-	1 1	8
22. Viral meningitis - Méninigite virale (5)		20	147	196	5	27	32	2	21	36	4	23	17	4	43	29	-	-	-	-	2
23. Meningococcal infections - Infections à méninogocoques	036	8	98	66	-	14	12	2	10	8	-	16	13	3	28	29	-	-	-	4	-
24. Mumps - Oreillons	072	16	211	190	2	14	17	2	34	9	15	168	185	1	51	61	-	-	-	7	8
25. Paratyphoid - Paratyphoïde	002.1-002.9	-	9	11	1	3	1	-	-	-	1	11	10	-	2	3	-	-	-	-	-
26. Pertussis - Coqueluche	033	72	592	941	5	25	46	3	14	13	9	56	88	10	59	81	-	-	1	1	10
27. Plague - Peste	020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
28. Poliomyelitis - Poliomylélite	045	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
29. Rabies - Rage	071	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30. Rubella - Rubéole	056	12	230	212	1	7	36	1	31	204	13	264	991	2	77	341	-	-	3	-	1 7
31. Congenital Rubella - Rubéole congénitale	771.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-
32. Salmonellosis - Salmonellose (6)	003	547	5647	4902	17	176	203	23	340	247	66	645	600	175	1123	768	-	4	6	3 23	26
33. Shigellosis - Shigellose	004	34	498	340	2	32	104	20	212	410	21	133	120	13	113	90	-	-	1	4	8
34. Syphilis, Early, Symptomatic - Sympatotique, récent	091	10	142	181	-	5	33	-	4	3	-	37	75	1	55	79	-	-	1	1	3
35. Other - Autres	090, 092-097	30	1014	615	1	20	34	-	2	1	-	42	18	8	125	94	-	-	-	-	-
36. Tetanus - Tétanos	037	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3	-	-	-	-	-
37. Trichinosis - Trichinose	124	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	7	6
38. Tuberculosis - Tuberculose	010-018	64	442	285	9	110	122	8	106	68	18	83	82	1	192	297	-	3	3	-	12 21
39. Typhoid - Typhoïde	002.0	3	19	23	-	-	1	-	2	2	-	2	2	-	4	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 070.9 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.

United States: In the U.S., influenza B infections were documented during summer and early fall. A child in Wisconsin became ill during June upon returning from the Philippines. Four cases were reported from Arizona: 1 in July and 3 in October. Influenza B virus was also isolated from a 14-year-old in Hawaii. A Vermont resident, while among a group of tourists on a ship off Alaska in late August, developed respiratory illness which was subsequently confirmed serologically as a case of influenza A(H3N2).

The first 4 isolates of influenza A virus for the 1987-88 season were recently reported. The first one was obtained from a specimen collected on 19 October from a 15-year-old child in Sioux Falls, South Dakota. Another 2 isolates, obtained in late October from 2 people over 60 years of age, were reported from Los Angeles, California. The fourth isolate came from a 6-year-old female in Jackson, Wyoming at the end of October.

SOURCE: *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Vol 36, Nos 43 and 45, 1987.

Editorial Comment: The type of influenza seen in the tropics and the southern hemisphere between April and September frequently predicts what will occur in the northern hemisphere during the subsequent winter. Thus, the presence this past summer of all 3 influenza variants in the southern hemisphere (with influenza B predominating and influenza A(H3N2) showing increasing numbers) may indicate that the Canadian experience this season will be similar. Influenza B and A(H3N2) are known to affect all age groups, while influenza A(H1N1), the variant which predominated last year, affects mainly those >35 years of age. There have been several laboratory-confirmed influenza infections reported in Canada to date, one of which was A(H3N2).

This season's trivalent influenza vaccine again consists of A(H1N1), A(H3N2) and B components. The strains which have been circulating in the southern hemisphere appear to be similar to the vaccine components. Therefore, it is expected that vaccine-induced immunity will be protective. It should be noted that amantadine, an antiviral agent, is effective against type A but not type B strains.

Beginning with the December 12th issue of the CDWR, a summary of influenza laboratory confirmations in Canada will appear at the end of each issue. This information will also be posted on the LCDC electronic network system 1 week prior to publication in the CDWR.

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) 957-0325
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

États-Unis: Aux É.-U., des infections grippales B ont été documentées pendant l'été et au début de l'automne. Au Wisconsin, un enfant est tombé malade en juin, à son retour des Philippines. L'Arizona a recensé 4 cas: 1 en juillet et 3 en octobre. Le virus de la grippe B a aussi été isolé chez un sujet de 14 ans, à Hawaii. À la fin d'août, tandis qu'il se trouvait avec un groupe de touristes à bord d'un bateau au large des côtes de l'Alaska, un résident du Vermont a développé une atteinte respiratoire qui, par la suite, a été confirmée par sérologie comme étant un cas de grippe A(H3N2).

Les 4 premiers isolats du virus grippal A de la saison 1987-1988 viennent d'être signalés. Le premier provenait d'un échantillon prélevé le 19 octobre chez un sujet de 15 ans, à Sioux Falls (Dakota du Sud). Deux autres isolats, obtenus à la fin d'octobre chez 2 sujets de plus de 60 ans, ont été signalés à Los Angeles (Californie). Quant au quatrième, il provenait d'une fillette de 6 ans de Jackson (Wyoming), et datait de la fin d'octobre.

SOURCE: *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Vol 36, nos 43 et 45, 1987.

Note de la rédaction: Le type de grippe observé d'avril à septembre dans les tropiques et l'hémisphère sud annonce souvent ce qui guette l'hémisphère nord pour l'hiver suivant. Par conséquent, le fait que les 3 variétés grippales ont été présentes l'été dernier dans l'hémisphère sud (les cas de grippe B l'ayant emporté et ceux de grippe A(H3N2) étant déclarés en nombres croissants) peut vouloir dire que le Canada connaîtra une saison grippale analogue. Il est établi que les virus grippaux B et A(H3N2) touchent tous les groupes d'âge, tandis que celui de la grippe A(H1N1), soit la variante qui a prédominé l'année dernière, a une prédisposition pour les sujets de moins de 35 ans. Jusqu'ici, le Canada a recensé plusieurs infections grippales confirmées en laboratoire, dont l'une du sous-type A(H3N2).

Pour la présente saison, le vaccin antigrippal trivalent comprend encore des composantes A(H1N1), A(H3N2) et B. Les souches qui circulent dans l'hémisphère sud semblent être analogues aux composantes du vaccin. L'immunité conférée par le vaccin devrait donc être efficace. Il convient de souligner que l'amantadine, un agent antiviral, est efficace contre les souches de type A, mais pas contre celles de type B.

À compter du 12 décembre, le RHMC publiera à la fin de chaque numéro le sommaire des cas de grippe confirmés en laboratoire, recensés au Canada. Ces données seront également enregistrées dans le réseau informatique du LLCM, une semaine avant leur publication dans le RHMC.

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) 957-0325
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