QA.1.1588

Canada Diseases Weekly Report

Rapport hebdomadaire des maladies au Canada

FEB 7 1989

ISSN 0382-232X

Date of publication: January 28, 1989
Date de publication: 28 janvier 1989

Vol. 15-4

CONTAINED IN THIS ISSUE:

Communicable Disease Surveillance in Canada 17
Internationally Quarantinable Diseases 22

CONTENU DU PRÉSENT NUMÉRO:

Surveillance des maladies transmissibles au Canada 17
Maladies quarantenaires internationales 22

COMMUNICABLE DISEASE SURVEILLANCE IN CANADA

Goals and Case Definitions

Over the next few years, the Communicable Disease Surveillance Division, LCDC and the 12 provincial/territorial epidemiologists will be changing the method of communicable disease surveillance in Canada.

In the past, after cases of communicable disease were notified by health-care providers, the case reports were aggregated into age-sex groups at the local or provincial level. Any epidemiologic data which may have been collected remained at this level. The aggregated data were then forwarded to the federal government for national surveillance. The resulting age and sex aggregated case counts were valuable for tracking national trends but provided little information in determining epidemiologic risk factors which would assist in targetting prevention programs and evaluating them. Moreover, the health-care providers doing the reporting saw little direct benefit from this system.

The Advisory Committee on Epidemiology, a committee with representatives from each province whose purpose is to assist and advise the Health Minister on matters relating to the study, prevention and control of disease in Canada, undertook to improve this system. The Committee began by defining the following goals that a national disease surveillance system should meet:

1. To facilitate the prevention and control of the disease under surveillance by
   - identifying prevailing incidence levels, impacts and trends. These data are essential for the development of feasible objectives for prevention and control of the disease and the evaluation of control programs.
   - identifying epidemiologic patterns and risk factors associated with the disease to assist in the development of intervention strategies.
   - identifying outbreaks for the purpose of timely investigation and control.
2. To satisfy the needs of government (especially regulatory programs), health-care professionals, voluntary agencies and the public for information on risk patterns and trends in the occurrence of communicable diseases.

The following statement on the quality of data collection which would be necessary to meet these goals was formulated:

SURVEILLANCE DES MALADIES TRANSMISSIBLES AU CANADA

Buts et définitions de cas

Au cours des quelques prochaines années, la Division de la surveillance des maladies transmissibles du LLCM et les 12 épidémiologistes provinciaux et territoriaux changeront la méthode utilisée pour surveiller les maladies transmissibles au Canada.

Dans le passé, une fois les cas de maladie transmissible déclarés par le personnel soignant, les rapports de cas étaient groupés au niveau local ou provincial selon l'âge et le sexe des sujets. Toute donnée épidémiologique recueillie restait à ce niveau. Les données groupées étaient ensuite communiquées au gouvernement fédéral aux fins de la surveillance nationale. Les totaux par âge et par sexe ainsi obtenus étaient précieux pour identifier les tendances nationales, mais peu utiles à la détermination des facteurs de risque épidémiologiques pouvant aider à cibler et à évaluer les programmes de prévention. Ce système présentait en outre peu d'avantages directs pour le personnel soignant qui déclarait les cas.

Le Comité consultatif de l'épidémiologie, groupe composé de représentants de chaque province ayant pour mandat d'aider et de conseiller le ministre de la Santé en ce qui touche l'étude, la prévention et le contrôle de la maladie au Canada, a entrepris d'améliorer le système en commençant par définir les buts que devrait atteindre la surveillance nationale des maladies, à savoir:

1. Faciliter la prévention et le contrôle de la maladie surveillée, c'est-à-dire:
   - identifier les niveaux, les conséquences et les tendances qui dominent au chapitre de l'incidence - données essentielles à la définition d'objectifs réalisables pour la prévention et le contrôle de la maladie, ainsi qu'à l'évaluation des programmes de lutte;
   - identifier les caractéristiques et les facteurs de risque épidémiologiques associés à la maladie, pour aider à l'élaboration de stratégies d'intervention;
   - identifier les urgences épidémiologiques, pour permettre une enquête et un contrôle opportuns.
2. Répondre aux besoins du gouvernement (tout particulièrement des programmes de réglementation), des professionnels de la santé, des organismes bénévoles et du public, en ce qui a trait aux renseignements sur les risques et les tendances relatives à la survenue de maladies transmissibles.

Le Comité a formulé la déclaration suivante sur la qualité que devrait avoir la collecte des données pour que ces objectifs soient atteints:

Second Class Mail Registration No. 5670

Courrier de la deuxième classe - Enregistrement nº 5670

Health and Welfare Canada
Santé et Bien-être social Canada

Canada

If surveillance is considered necessary on any particular disease, it must be carried out in such a way as to be of the highest epidemiologic quality. This implies the following:

- the use of an uniform case definition across Canada and definition of a preventable case if applicable;
- the collection of sufficient, appropriate epidemiologic data on each case to fulfill the goals and identify preventable cases;
- the timely transmission of these data from local to provincial and national agencies for analysis and the timely reporting of analysis results to health-care providers. (Personal identifiers should be deleted prior to reaching the federal level);
- the use of the data to enhance control programs and assist in the development of realistic objectives for reducing the number of preventable cases;
- periodic evaluation, i.e., every 5 years, of the effectiveness and economics of the surveillance system and progress towards control of the disease.

Implementation of this new system will require several years, proceeding at different rates in different jurisdictions, depending upon local resources and priorities.

The committee decided to attempt early implementation of this system for the following 14 diseases: **Botulism; Brucellosis; Cholera; Congenital Rubella Syndrome; Diphtheria; Leprosy; Malaria; Measles; Plague; Polio; Rabies; Tetanus; Trichinosis;** and **Yellow Fever.**

Surveillance case definitions for these diseases were developed. An attempt was made to use wording which was general enough to allow the definitions to remain current in a rapidly changing environment, particularly in the field of laboratory diagnosis. It must be kept in mind that the case definitions are for surveillance purposes only and are not necessarily appropriate clinical case definitions. In addition, it may be appropriate to alter the case definitions in outbreak situations.

CASE DEFINITIONS

BOTULISM

Foodborne Botulism

Confirmed Case: Clinically compatible symptoms and any of the following:

- detection of botulinal toxin and/or viable **Clostridium botulinum** in a clinical specimen or suspect food
- epidemiologically linked to other cases of confirmed foodborne botulism.

Clinical Case: Overwhelming clinical and epidemiologic evidence of botulism but no laboratory confirmation obtained.

Wound Botulism: Clinically compatible symptoms in a patient with no history of exposure to suspect food but with a history of a fresh contaminated wound within 2 weeks of the onset of symptoms and isolation of **C. botulinum** from a wound culture or detection of the toxin in serum.

Infant Botulism: Symptoms compatible with infant botulism (including sudden infant death syndrome) in a person less than one year of age and the detection of botulinal toxin or **C. botulinum** from the patient's stool or autopsy specimen.

BRUCELLOSIS

Clinically compatible symptoms with one of the following:

- a positive culture for a species of **Brucella**
- detection of **Brucella** antigen

Si la surveillance est jugée nécessaire pour une maladie donnée, elle doit être d'une qualité irréprochable sur le plan épidémiologique, ce qui demande:

- l'uniformité de la définition de cas utilisée à l'échelle du pays et, le cas échéant, de celle du cas évitable;
- la collecte de données épidémiologiques suffisantes et pertinentes sur chaque cas, afin d'atteindre les buts visés et d'identifier les cas évitables;
- l'opportunité de la communication de ces données du niveau local aux niveau provincial et national, aux fins d'analyse, et des résultats d'analyse aux travailleurs sanitaires (les identificateurs personnels doivent être supprimés avant la communication au niveau fédéral);
- l'utilisation des données pour améliorer les programmes de contrôle et aider à définir des objectifs réalistes afin de réduire le nombre des cas évitables;
- une évaluation périodique (c'est-à-dire tous les 5 ans) de l'efficacité et de la rentabilité du système de surveillance, ainsi que des progrès accomplis pour juguler la maladie.

La mise en oeuvre de ce nouveau système demandera plusieurs années, car elle n'avancera pas au même rythme dans chaque province et territoire, étant assujettie aux ressources et priorités locales.

Le Comité a décidé de d'abord tenter la mise en oeuvre pour les 14 maladies suivantes: le **botulisme**, la **brucellose**, le **choléra**, la **diphtérie**, la **fièvre jaune**, la **lèpre**, le **paludisme**, la **peste**, la **polio**, la **rage**, la **rougeole**, la **rubéole congénitale**, le **tétanos**, et la **trichinose.**

On a élaboré des définitions de cas pour la surveillance de ces maladies, en s'efforçant d'utiliser une formulation assez générale pour que la validité des définitions résiste à l'évolution rapide du domaine, particulièrement dans le secteur du diagnostic de laboratoire. Il importe de souligner que les définitions de cas s'appliquent uniquement à la surveillance et ne conviennent pas forcément comme définition de cas clinique. Il peut en outre être nécessaire de les modifier en cas d'urgence épidémiologique.

DÉFINITIONS DE CAS

BOTULISME

Botulisme d'origine alimentaire

Cas confirmé: Symptômes cliniques compatibles, et l'une ou l'autre des conditions suivantes:

- détection de la toxine botulique et/ou de **Clostridium botulinum** viable dans un échantillon clinique ou un aliment suspect;
- lien épidémiologique avec d'autres cas confirmés de botulisme d'origine alimentaire.

Cas clinique: Preuves cliniques et épidémiologiques de botulisme, sans confirmation en laboratoire.

Botulisme d'inoculation: Symptomatologie clinique compatible, en l'absence d'exposition à un aliment suspect, chez un malade présentant des antécédents de contamination d'une blessure fraîche dans les 2 semaines ayant précédé l'installation des symptômes, avec isolement de **C. botulinum** par culture d'un prélèvement de la plaie ou détection de la toxine dans le sérum.

Botulisme infantile: Symptômes compatibles avec le botulisme infantile (y compris la mort soudaine du nourrisson) chez un bébé de moins d'un an, et détection de la toxine botulique ou de **C. botulinum** dans les selles du malade ou un échantillon prélevé lors de l'autopsie.

BRUCELLOSE

Symptômes cliniques compatibles, et une des conditions suivantes:

- culture positive pour une espèce de **Brucella;**
- détection d'antigènes de **Brucella;**

- 4-fold or greater change in the serologic titre to ≥1/80 by Standard Tube Agglutination (STA) or equivalent against **Brucella** between acute and convalescent serum specimens obtained 2 or more weeks apart and studied in the same laboratory
- a single significantly high titre against **Brucella** ≥1/160.

CHOLERA

Isolation of **Vibrio cholerae** serovar 01 from any specimen from a person with acute gastrointestinal symptoms.

CONGENITAL RUBELLA SYNDROME

Confirmed Case (includes live and stillborn children): Clinically compatible defects and one or more of the following:

- isolation of rubella virus
- detection of rubella specific IgM
- persistance of rubella specific IgG above and beyond that expected from passive transfer of maternal antibody.

Clinical Case: Clinically compatible defects without laboratory confirmation.

The following laboratory findings must not exist:

- rubella antibody absent in the infant
- rubella antibody absent in the mother
- rubella antibody titre declines in the infant consistant with the normal decline of passively transferred maternal antibody after birth.

Preventable Case: Case in an infant whose mother was eligible for immunization or had been previously tested and recognized as rubella susceptible.

DIPHTHERIA

Clinically compatible symptoms involving upper respiratory tract (pharyngitis or laryngitis) with or without a membrane and/or toxic (cardiac or neurologic) symptoms in a person from whom toxigenic **Corynebacterium diphtheriae** has been isolated.

Carrier: A person who harbors and may disseminate toxigenic **C. diphtheriae** but who manifests no upper respiratory tract (pharyngitis or laryngitis) or systemic symptoms. Carriers include those with otitis media, nasal or cutaneous infections and asymptomatic pharyngeal infections due to toxigenic **C. diphtheriae.**

Persons harboring non-toxigenic **C. diphtheriae** are not considered cases or carriers unless they present with cardiac or neurologic manifestations.

Preventable Case: A case in an unimmunized or inadequately immunized Canadian resident eligible for immunization.

LEPROSY

The initial demonstration in Canada of acid-fast bacilli in skin or dermal nerve or biopsy-proven dermal nerve granulomata.

MALARIA

The presence of a positive peripheral blood smear for malaria parasites. Malaria cases will be sub-divided into the following categories:

a. Imported: malaria acquired outside Canada.

b. Autochthonous: malaria acquired by mosquito transmission within Canada.

- détection d'un titre sérologique au moins quadruplé (≥1/80) contre **Brucella**, par l'épreuve d'agglutination standard ou une technique équivalente, entre des sérums de phases aiguë et convalescente prélevés à au moins 2 semaines d'intervalle et examinés par le même laboratoire;
- présence d'un seul titre significativement élevé (≥1/60) contre **Brucella.**

CHOLÉRA

Isolement du **Vibrio cholerae** de sérotype 01 dans un échantillon de n'importe quelle nature provenant d'un sujet présentant des symptômes gastro-intestinaux.

RUBÉOLE CONGÉNITALE

Cas confirmé (s'applique aux enfants vivants et morts-nés): Anomalies cliniques compatibles et au moins une des conditions suivantes:

- isolement du virus rubéoleux;
- détection des IgM rubéoleuses spécifiques;
- persistance d'IgG rubéoleuses spécifiques à une concentration supérieure à celle que permet le transfert passif des anticorps maternels.

Cas clinique: Anomalies compatibles sur le plan clinique, sans confirmation de laboratoire.

Les examens de laboratoire ne doivent pas donner les résultats suivants:

- absence d'anticorps contre la rubéole chez le nouveau-né;
- absence d'anticorps contre la rubéole chez la mère;
- baisse du titre d'anticorps rubéoleux chez le nouveau-né compatible avec la diminution normale des anticorps maternels transférés passivement après la naissance.

Cas évitable: Cas observé chez un enfant dont la mère était admissible à la vaccination on avait été précédemment examinée et reconnue comme susceptible d'attraper la rubéole.

DIPHTÉRIE

Symptômes cliniques compatibles au niveau des voies respiratoires supérieures (pharyngite ou laryngite), avec ou sans membrane, et/ou symptômes toxiques (cardiaques ou neurologiques) chez un sujet chez qui une souche toxicogène de **Corynebacterium diphtheriae** a été isolée.

Porteur: Sujet dont l'organisme héberge et peut répandre une souche toxicogène de **C. diphtheriae**, mais qui ne manifeste aucun symptôme ni au niveau des voies respiratoires supérieures (pharyngite ou laryngite), ni au niveau systémique. Comptent parmi les porteurs les sujets atteints d'otite moyenne, d'infection nasale ou cutanée, et d'infection pharyngienne asymptomatique attribuables à **C. diphtheriae** toxicogène.

Les sujets dont l'organisme héberge **C. diphtheriae** non toxicogène ne sont considérés ni comme des cas, ni comme des porteurs, sauf s'ils manifestent des troubles cardiaques ou neurologiques.

Cas évitable: Résident canadien non ou mal immunisé, mais admissible à la vaccination.

LÈPRE

Mise en évidence initiale au Canada de bacilles acido-alcoolo-résistants dans la peau ou les nerfs dermiques, ou granulomes des nerfs dermiques démontrés par biopsie.

PALUDISME

Frottis du sang périphérique révélant la présence de parasites du paludisme. Les cas seront classés selon les catégories suivantes:

a. Importé: paludisme contracté hors du Canada.

b. Indigène: paludisme contracté au Canada, par piqûre de moustique.

c. Induced: malaria acquired through artificial means, e.g. blood transfusions or the sharing of syringes or needles.

d. Foreign: A history of malaria in a Canadian resident acquired and treated abroad and confirmed in Canada by examination of a blood smear prepared abroad or with a history suggesting to the examining physician that the patient did have a positive blood smear abroad. Excluded are patients with a history of fever that responded to anti-malarials but for whom a blood smear was never prepared.

Preventable Case: A case in any Canadian resident returning from a malarious endemic country who did not take recommended malaria prophylaxis.

MEASLES

Confirmed Case: One of the following:

1. detection of measles virus from appropriate specimens
2. a 4-fold rise in serum antibody titre or the presence of measles specific IgM
3. clinical measles in a person who has been in known contact with a confirmed case.

Clinical Case: All of the following symptoms:

1. fever of 38.3°C (101°F) or higher, if measured
2. cough, coryza or conjunctivitis followed by
3. generalized rash for at least 3 days.

Preventable Case: In a Canadian resident:

1. at least 13 months of age
2. born after 1956
3. lacking documented receipt of live measles vaccine on or after first birthday or physician-diagnosed measles disease
4. without medical contraindication to receiving vaccine, and
5. without valid philosophic/religious exemption.

PLAGUE

Confirmed Case: Clinically compatible symptoms and the isolation of **Yersinia pestis** or a 4-fold or greater rise in serum antibody titre to **Y. pestis.**

Clinical Case: Clinically compatible symptoms and one of the following:

- single high antibody titre to **Y. pestis** in the absence of a history of immunization
- demonstration of **Y. pestis** antigen in appropriate clinical specimens.

POLIOMYELITIS (Paralytic)

Confirmed Case: Acute flaccid paralysis attributable to no other specific diagnosis associated with the isolation of either vaccine or wild poliomyelitis virus from a clinical specimen or a 4-fold rise in antibody to poliovirus. The neurologic deficit must be present 60 days after the onset of initial symptoms unless the patient has died or is lost to follow-up.

Non-paralytic poliomyelitis will be reported under viral meningitis.

Confirmed cases of paralytic poliomyelitis will be subdivided as follows:

1. **Wild virus:** Laboratory investigation implicates wild type virus. This group is further subdivided as follows:

   a. Imported: travel or residence in a polio-endemic area within 30 days of onset of symptoms;

c. Provoqué: paludisme contracté artificiellement, par exemple: par transfusion de sang ou partage d'aiguilles ou de seringues.

d. Étranger: paludisme chez un résident canadien dont l'atteinte a été contractée et soignée à l'étranger puis confirmée au Canada par examen d'un frottis sanguin préparé à l'étranger, ou dont les antécédents suggèrent au médecin consulté qu'un frottis sanguin positif a été obtenu à l'étranger. Sont exclus les malades ayant des antécédents de fièvre qui a répondu aux anti-paludéens, mais n'ayant jamais fait l'objet d'un frottis sanguin.

Cas évitable: Cas chez un résident canadien revenant d'un pays où le paludisme est endémique et n'ayant pas suivi la prophylaxie recommandée.

ROUGEOLE

Cas confirmé: Présence d'une des conditions suivantes:

1. détection du virus rougeoleux à partir d'échantillons appropriés;
2. titre quadruplé des anticorps sériques ou présence d'IgM rougeoleuses spécifiques;
3. rougeole clinique chez une personne que l'on sait avoir été en contact avec un cas confirmé.

Cas clinique: Présence de tous les symptômes suivants:

1. fièvre d'au moins 38,3°C (101°F) au thermomètre;
2. toux, coryza ou conjonctivite; puis
3. éruption généralisée durant au moins 3 jours.

Cas évitable: Cas observé chez un résident canadien:

1. âgé d'au moins 13 mois;
2. né après 1956;
3. n'ayant aucun document attestant que le vaccin vivant anti-rougeoleux lui a été administré à son premier anniversaire ou après, ou que la maladie a été diagnostiquée par un médecin;
4. pour qui le vaccin n'est pas contre-indiqué pour une raison médicale; et
5. pour qui aucune exemption valide pour des convictions philosophiques ou religieuses ne s'applique.

PESTE

Cas confirmé: Symptômes cliniques compatibles et isolement de **Yersinia pestis** ou titre au moins quadruplé d'anticorps sériques contre **Y. pestis.**

Cas clinique: Symptômes cliniques compatibles et une des conditions suivantes:

- détection d'un seul titre élevé d'anticorps contre **Y. pestis** en l'absence de toute immunisation;
- détection de l'antigène de **Y. pestis** dans des échantillons cliniques appropriés.

POLIOMYÉLITE (paralytique)

Cas confirmé: Paralysie flasque aiguë ne s'expliquant par aucun autre diagnostic précis, en association avec l'isolement du virus du vaccin antipolio ou du poliovirus sauvage à partir d'un échantillon clinique ou avec un titre quadruplé d'anticorps contre le poliovirus. La déficience neurologique doit ne manifester 60 jours après l'installation des symptômes initiaux - sauf en cas de décès ou de non-suivi du malade.

Les cas de poliomyélite non paralytique seront déclarés sous méningite virale.

Les cas confirmés de poliomyélite paralytique seront classés comme suit:

1. **Virus sauvage:** L'examen de laboratoire incrimine le virus de type sauvage. Les cas sont ensuite subdivisés selon les catégories suivantes:

   a. Importé: voyage ou séjour dans une région où la polio est endémique dans les 30 jours précédant l'installation des symptômes;

b. Import-related: epidemiologically linked to someone who has travelled or resided in a polio-endemic area within 30 days of onset of symptoms.

c. Indigenous: no travel or contact as described above.

2. **Vaccine-associated:** Laboratory investigation implicates vaccine-type virus. This group is further subdivided as follows:

a. Recipient: the illness began within 7-30 days after the patient received oral polio vaccine.

b. Contact: the patient was shown to have been in contact with a vaccinee and became ill within 7-60 days after the vaccinee had received oral polio vaccine.

c. Possible contact: there was no known direct contact with a vaccinee and no history of the patient receiving oral polio vaccine, but the paralysis occurred in an area in which a mass vaccination campaign had been in progress between 7 and 60 days before the onset of paralysis. Within Canada this would include all provinces routinely using oral polio vaccine.

d. No known contact case: the paralysis occurred in a patient with no known contact with a vaccinated person or recent receipt of polio vaccine in an area where intensive vaccination had not been in progress. In Canada this would include only provinces which do not routinely use oral polio vaccine.

e. Immunocompromised: diagnosis of concurrent medical condition associated with deficient immune function in any vaccine-associated case.

Clinical Case: Acute flaccid paralysis of 60 days' duration (unless patient dies or is lost to follow-up) without another specific diagnosis.

Preventable Case: All wild virus cases in unimmunized or inadequately immunized Canadian residents who are eligible for immunization.

RABIES

Clinically compatible neurologic symptoms leading to death confirmed by tissue antigen detection, virus isolation, or appropriate serologic evidence.

Preventable Case: A case in a Canadian resident with a recognized exposure who did not receive appropriate prophylaxis.

TETANUS

Clinically compatible symptoms without other apparent medical cause with or without laboratory evidence of the organism or its toxin and with or without history of injury.

Preventable Case: A case in an unimmunized or inadequately immunized Canadian resident and all cases where wound was not managed according to recommended guidelines; neonatal cases whose mothers were unimmunized or inadequately immunized and eligible for immunization.

TRICHINOSIS

Confirmed Case: Clinically compatible symptoms with a **Trichinella**-positive muscle biopsy or positive serology for trichinosis.

Clinical Case: Clinically compatible symptoms and epidemiologically linked to a confirmed case or to meat known to contain **Trichinella** larvae.

b. Lié à un cas importé: lien épidémiologique avec une personne qui a voyagé ou séjourné dans une région où la polio est endémique dans les 30 jours précédant l'installation des symptômes;

c. Indigène: aucun voyage ni contact comme ceux mentionnés en a et b.

2. **Associé au vaccin:** L'examen de laboratoire incrimine le virus utilisé dans le vaccin. Les cas sont ensuite subdivisés selon les catégories suivantes:

a. Receveur: la maladie s'est déclarée entre 7 et 30 jours après l'administration par voie orale du vaccin contre la polio;

b. Contact: le sujet a eu des contacts avec un vacciné et est tombé malade entre 7 et 60 jours après l'administration du vaccin antipolio par voie orale à ce dernier;

c. Contact possible: en l'absence de contact direct connu avec un vacciné et d'antécédents de vaccination antipolio par voie orale, la paralysie se déclare dans une région où une campagne de vaccination systématique s'est déroulée entre 7 et 60 jours auparavant. Au Canada, seraient incluses toutes les provinces où le vaccin antipolio oral est d'utilisation courante.

d. Aucun contact connu: dans une région où ne se déroule pas un programme intensif de vaccination, la paralysie se manifeste chez une personne qui n'a eu aucun contact connu avec un vacciné ou qui n'a pas été vaccinée récemment. Au Canada, ne seraient incluses que les provinces où le vaccin antipolio oral n'est pas d'utilisation courante.

e. Déficience immunitaire: diagnostic d'un état concomitant associé à une déficience immunitaire chez un cas associé au vaccin.

Cas clinique: Paralysie flasque aiguë d'une durée de 60 jours (sauf en cas de décès ou de non-suivi du malade), sans autre diagnostic précis.

Cas évitable: Tout cas attribuable au virus sauvage chez un résident canadien non ou mal immunisé, mais admissible à la vaccination.

RAGE

Symptômes neurologiques étant compatibles sur le plan clinique et évoluant vers la mort, avec confirmation par détection de l'antigène dans les tissus, isolement du virus ou signe sérologique pertinent.

Cas évitable: Cas chez un résident canadien que l'on sait avoir été exposé et qui n'a pas reçu la prophylaxie appropriée.

TÉTANOS

Symptômes cliniques compatibles, sans autre cause médicale apparente, avec ou sans signe biologique de la présence du microorganisme ou de sa toxine, et avec ou sans antécédents de blessure.

Cas évitable: Tétanos chez un résident canadien non ou mal immunisé et tout cas où une blessure n'a pas été traitée conformément aux directives recommandées; cas néonatals où la mère n'était pas immunisée ou l'était mal, mais était admissible à la vaccination.

TRICHINOSE

Cas confirmé: Symptômes cliniques compatibles, avec biopsie de tissu musculaire positive pour **Trichinella** ou sérologie démontrant la trichinose.

Cas clinique: Symptômes cliniques compatibles et lien épidémiologique avec un cas confirmé ou de la viande dans laquelle la présence de larves de trichine est établie.

YELLOW FEVER

Confirmed Case: Clinically compatible symptoms with one of the following:

- isolation of yellow fever virus
- detection of yellow fever viral antigen in serum or tissue
- a 4-fold change in serum antibody titre to the yellow fever virus or a single elevated specific yellow fever IgM antibody titre in the absence of yellow fever vaccination within the previous 2 months.

Clinical Case: Clinically compatible symptoms and a compatible travel history with a single high complement fixation or hemagglutination inhibition antibody titre, not explained by prior immunization.

In patients who die during the acute phase of illness, a clinical classification may be made by finding characteristic hepatic histopathology.

During 1989 most provinces will be implementing case-by-case reporting of the diseases mentioned above. A list of the information which the committee would like to see collected on each case has been prepared and, based on this list, a basic form has been developed which will assist in data collection. Currently, provinces are considering incorporating this basic form into their reporting system. All health-care workers may look forward to the implementation of this system and the valuable information that it is expected to provide.

INTERNATIONALLY QUARANTINABLE DISEASES

As of 20 January 1989, there was no change in the list of infected areas for cholera, yellow fever and plague published in CDWR 1988; 14:236.

There is yellow fever virus activity in Trinidad and vaccine is recommended.

Meningococcal vaccine is still recommended for travel to Egypt and polio vaccine for Israel.

"Infected area", as defined in the International Health Regulations (1969), generally means the presence of one or more indigenous cases in man during the previous 2 weeks (for cholera) or in man or other vertebrates up to 3 months previously (for yellow fever and plague).

FIÈVRE JAUNE

Cas confirmé: Symptômes cliniques compatibles, et une des conditions suivantes:

- isolement du virus de la fièvre jaune;
- détection de l'antigène du virus de la fièvre jaune dans du sérum ou des tissus;
- détection sérologique d'un titre quadruplé d'anticorps contre le virus de la fièvre jaune ou d'un seul titre élevé des IgM spécifiques, en l'absence de vaccination contre la maladie dans les 2 mois précédents.

Cas clinique: Symptômes cliniques et antécédents de voyage compatibles, et présence d'un seul titre élevé d'anticorps décelée par fixation du complément ou par inhibition de l'hémagglutination et ne pouvant s'expliquer par une vaccination antérieure.

Lorsque le décès est enregistré pendant la phase aiguë de la maladie, on peut procéder à la classification clinique du cas d'après l'histopathologie caractéristique du foie.

En 1989, la plupart des provinces mettront en oeuvre la déclaration par cas des maladies susmentionnées. Une liste des données que le Comité aimerait recueillir sur chaque cas a été dressée et a servi à la préparation d'une formule de base qui aidera à la collecte des données. Des provinces envisagent présentement d'incorporer cette formule dans leur système de déclaration. Tous les travailleurs sanitaires tireront avantage de la mise en oeuvre du système et des précieux renseignements qu'il devrait fournir.

MALADIES QUARANTENAIRES INTERNATIONALES

En date du 20 janvier 1989, il n'y a pas de changement dans la liste des "zones infectées" pour le choléra, la fièvre jaune et la peste - publié dans le RHMC 1988; 14:236.

Il y a une activité du virus de la fièvre jaune à Trinidad et la vaccination est recommandée.

Le vaccin contre la méningite méningococcique est toujours recommandé pour les voyageurs à destination de l'Égypte, et celui contre la polio pour les voyageurs se rendant en Israël.

Aux termes de la définition du Règlement sanitaire international (1969), "zone infectée" désigne généralement une zone où l'on a signalé au moins un cas indigène chez l'homme au cours des 2 semaines précédentes (pour le choléra), ou chez l'homme ou d'autres vertébrés pendant une période pouvant couvrir les 3 mois précédents (pour la fièvre jaune et la peste).

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.

Scientific Advisor: Dr. S.E. Acres (613) 957-0325
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 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.

Conseiller scientifique: Dr S.E. Acres (613) 957-0325
Rédacteur en chef: Eleanor Paulson (613) 957-1788
Distribution: Dolly Riggins (613) 957-0841

Bureau d'épidémiologie des maladies transmissibles
Laboratoire de lutte contre la maladie
Pré Tunney
Ottawa (Ontario)
Canada K1A 0L2