



Canada Diseases Weekly Report

ISSN 0382-232X

CANADIANA

Rapport hebdomadaire des maladies au Canada

DEC 14 1989

Date of Publication: December 9, 1989
Date de publication: 9 décembre 1989

Vol. 15-49

Contained in this Issue:

Lyme Disease Vector, <i>Ixodes dammini</i> , Identified in Quebec	247
Expanded Programme on Immunization (EPI) – Poliomyelitis in 1986, 1987, and 1988	247
Notice	249
Announcement	249
Influenza Activity in Canada	250

Contenu du présent numéro:

Le vecteur de la maladie de Lyme, <i>Ixodes dammini</i> , identifié au Québec	247
Programme élargi de vaccination (PEV) – La poliomyélite en 1986, 1987 et 1988	247
Avis	249
Annonce	249
Activité grippale au Canada	250

LYME DISEASE VECTOR, *IXODES DAMMINI*, IDENTIFIED IN QUEBEC

One adult male tick recently submitted for identification to the Department of Entomology, Macdonald College, McGill University has been confirmed by Dr. James Keirans of the Smithsonian Institution, Washington, D.C. as *Ixodes dammini*. The tick was recovered on 4 October 1989 from a German shepherd dog that had been walking in a field in St. Hyacinthe. The dog had not been in the United States or Ontario recently. The tick had been submitted in alcohol so no spirochete isolation was attempted.

This is the first confirmed report of *Ixodes dammini* in the province of Quebec. The only other Canadian locations with confirmed reports of this vector are Long Point, Ontario and Winnipeg, Manitoba. Although a preliminary survey of ticks in southern Quebec was carried out this summer, this is the only specimen of deer tick to be found in the province to date. The tick and spirochete survey will be resumed in May 1990.

Source: Adriana Costero, Department of Entomology, Macdonald College, McGill University, Ste-Anne-de-Bellevue, Quebec.

International Notes

EXPANDED PROGRAMME ON IMMUNIZATION (EPI) POLIOMYELITIS IN 1986, 1987, AND 1988

Morbidity officially reported to WHO for 1986, 1987, 1988

In 1986, 28 773 cases of poliomyelitis were reported to WHO by 173 countries/areas with an estimated population of 4 772 million persons. Reporting is incomplete for 1987 and 1988, based on data available as of July 1989. For 1987, 35 548 cases were reported by 165 countries/areas with an estimated population of 4 785 million persons. For 1988, 26 621 cases of poliomyelitis have been reported from 127 countries/areas with an estimated population of 4 326 million persons.

The distribution of poliomyelitis cases in 1986 by WHO Region is given in Figure 1. The South-East Asia Region accounted for 15 028 cases, or 52.2% of the global total in 1986. It was followed by the Eastern Mediterranean Region with 5 798 cases (20.2%), the African Region with 3 581 cases (12.6%), the Western Pacific Region with 3 162 cases (11.0%), the Region of the Americas with 917 cases (3.2%) and the European Region with 246 cases (0.9%).

LE VECTEUR DE LA MALADIE DE LYME, *IXODES DAMMINI*, IDENTIFIÉ AU QUÉBEC

Une tique mâle adulte, envoyée dernièrement pour identification au Département d'entomologie du Collège Macdonald de l'Université McGill, a été confirmée comme étant une *Ixodes dammini* par le Dr James Keirans de la Smithsonian Institution, Washington, D.C. Il s'agit d'une tique qui a été trouvée sur un Berger allemand après une promenade dans un champ près de St-Hyacinthe. Le chien en question n'était allé récemment ni aux États-Unis, ni en Ontario. La tique ayant été envoyée dans de l'alcool, l'isolement du spirochète n'a pas été tenté.

C'est la première fois que la présence d'*Ixodes dammini* est confirmée au Québec. Les seuls autres rapports canadiens confirmés sur ce vecteur concernant Long Point (Ontario) et Winnipeg (Manitoba). Une étude préliminaire sur les tiques a été amorcée l'été dernier dans le sud québécois, mais aucune autre tique du chevreuil n'a été trouvée dans la province. L'étude sur les tiques et le spirochète reprendra en mai 1990.

Source: Adriana Costero, Entomologie, Collège Macdonald, Université McGill, Ste-Anne-de-Bellevue (Québec).

Notes internationales

PROGRAMME ÉLARGI DE VACCINATION (PEV) LA POLIOMYÉLITE EN 1986, 1987 ET 1988

Morbidity officially declared to IOMS in 1986, 1987 and 1988

En 1986, 28 773 cas de poliomyélite ont été notifiés à l'OMS par 173 pays ou territoires représentant une population estimée à 4 milliards 772 millions d'habitants. Les déclarations sont incomplètes pour 1987 et 1988, sur la base des données disponibles en juillet 1989. En 1987, 35 548 cas ont été déclarés par 165 pays ou territoires représentant une population estimée à 4 milliards 785 millions d'habitants. En 1988, 127 pays ou territoires, dont la population est estimée à 4 milliards 326 millions d'habitants, ont déclaré 26 621 cas de poliomyélite.

La Figure 1 fait apparaître la répartition des cas de poliomyélite en 1986, par Région OMS. En 1986, la Région de l'Asie du Sud-Est comptait 15 028 cas, soit 52,2% du total mondial. Elle était suivie par la Région de la Méditerranée orientale avec 5 798 cas (20,2%), la Région africaine avec 3 581 cas (12,6%), la Région du Pacifique occidental avec 3 162 cas (11,0%), la Région des Amériques, avec 917 cas (3,2%) et la Région européenne avec 246 cas (0,9%).

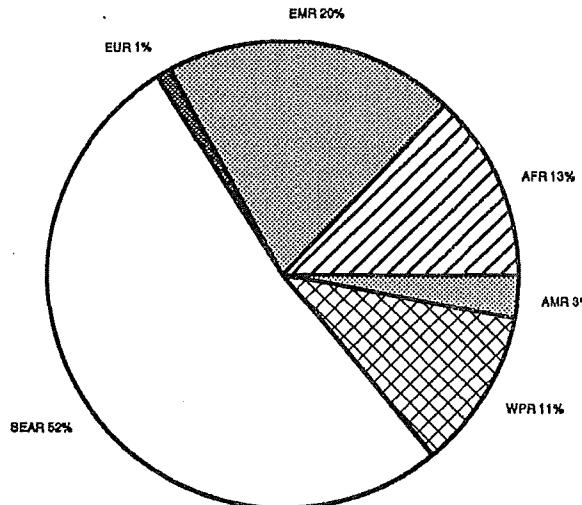
Second Class Mail Registration No. 5670

Courrier de la deuxième classe - Enregistrement n° 5670



Figure 1

Percentage distribution of reported poliomyelitis cases, by WHO Region, 1986 / Répartition en pourcentage des cas de poliomyélite notifiés, par Région OMS, 1986



Data reported to WHO as of July 1989 / Données notifiées à l'OMS en juillet 1989

Trends in Regional incidence rates for poliomyelitis over a 15-year period from 1974 to 1988 suggest a decline in the incidence of the disease, especially since 1982.

Data from 1986 indicate that poliomyelitis remains endemic in the African Region. Notable was an outbreak of wild type 1 poliomyelitis in Senegal and the Gambia in 1986. Reporting for this Region remains incomplete for 1987 and 1988.

In the Region of the Americas, poliomyelitis continues a steady decline, with 917 cases reported in 1986, 642 cases reported in 1987, and 341 cases reported in 1988. This Region is rapidly approaching the goal, established in 1985, of eradicating poliomyelitis from the entire American continent by the end of 1990. Thirty countries in this Region have reported zero cases since 1984.

In the Eastern Mediterranean Region, there seems to be a declining trend in poliomyelitis, with 5 798 reported cases in 1986, 3 653 cases in 1987, and 2 170 cases in 1988. Cases from Afghanistan, Egypt and Pakistan accounted for more than 80% of the Regional total in all 3 years.

In the European Region, there were 246 poliomyelitis cases reported in 1986, 221 in 1987, and 213 in 1988. Cases reported from the USSR accounted for approximately 75% of the regional total. An outbreak due to type 1 wild poliovirus occurred in Israel in 1988.

The South-East Asia Region reported 15 028 cases of poliomyelitis in 1986, 26 237 in 1987, and 22 567 in 1988. Cases reported from India represent more than 90% of the Regional total and more than 50% of the global figure in all 3 years.

In the Western Pacific Region, 3 162 cases of poliomyelitis were reported in 1986 and 3 135 in 1987. Much of the Region is close to being free of poliomyelitis, and China has reported a significant decrease in the number of cases from 1986 to 1988. However, poliomyelitis remains endemic in several countries, notably China, the Philippines, the Lao People's Democratic Republic, Viet Nam, and probably democratic Kampuchea.

Interpretation of official data

The number of countries/areas providing annual reports has increased since 1970, when the annual summary of the global

L'évolution, par Région, des taux d'incidence de la poliomyélite sur une période de 15 ans (1974-1988) tend à montrer que l'incidence de la maladie a diminué, en particulier depuis 1982.

Les données de 1986 montrent que la poliomyélite reste endémique dans la région africaine. On note une flambée de poliomyélite due au virus sauvage (type 1) survenue au Sénégal et en Gambie en 1987. Les notifications pour la Région sont restées incomplètes en 1987 et 1988.

Dans la Région des Amériques, la baisse de l'incidence de la poliomyélite se poursuit, avec 917 cas notifiés en 1986, 642 cas en 1987 et 341 en 1988. La Région s'approche rapidement de l'objectif, fixé en 1985, qui est l'éradication de la poliomyélite dans l'ensemble du continent américain d'ici la fin de 1990. Trente pays de cette Région n'ont signalé aucun cas depuis 1984.

Dans la Région de la Méditerranée orientale, la poliomyélite semble marquer un recul, avec 5 798 cas déclarés en 1986, 3 653 cas en 1987 et 2 170 en 1988. Les cas signalés en Afghanistan, en Egypte et au Pakistan représentent plus de 80% de l'ensemble des cas survenus dans la Région au cours de ces 3 années.

Dans la Région européenne, 246 cas de poliomyélite ont été notifiés en 1986, 221 en 1987 et 213 en 1988. Les cas déclarés par l'URSS représentent environ 75% du total de la Région. Une flambée épidémique due au poliovirus sauvage, type 1, s'est produite en Israël en 1988.

La Région de l'Asie du Sud-Est a notifié 15 028 cas de poliomyélite en 1986, 26 237 en 1987 et 22 567 cas en 1988. Les cas déclarés par l'Inde représentent plus de 90% du total de la Région et plus de 50% du chiffre mondial pour ces 3 années.

Dans la Région du Pacifique occidental, 3 162 cas de poliomyélite ont été déclarés en 1986 et 3 135 en 1987. Une grande partie de la Région est quasiment exempte de poliomyélite et la Chine a signalé une baisse sensible de l'incidence de 1986 à 1988. Cependant, la poliomyélite reste endémique dans plusieurs pays, notamment en Chine, aux Philippines, en République démocratique populaire lao, au Viet Nam et probablement au Kampuchea démocratique.

Interprétation des données officielles

Le nombre des pays/territoires qui soumettent des rapports annuels est en augmentation depuis 1970, année qui marque le début des résumés annuels

situation on poliomyelitis began. For 1986, 173 (90%) of 193 countries/areas have submitted reports on poliomyelitis to WHO, representing 97.9% of the estimated 1986 global population.

Despite such participation, however, the reported data do not accurately reflect actual disease incidence. The EPI estimates that during 1986, 1987, and 1988, from 200 000 to 250 000 cases of paralytic poliomyelitis occurred each year. With the current level of polio immunization coverage, it is estimated that 350 000 cases of paralytic poliomyelitis were prevented in 1988. These estimates are based on reported immunization coverage and the assumptions that vaccine efficacy is 95% and the incidence of poliomyelitis in unimmunized infants is 5 per 1 000 surviving infants.

Progress in immunization and disease control

There is growing optimism that poliomyelitis can be eradicated. It has virtually disappeared in the industrialized countries of the Americas and the European and Western Pacific Regions. Much has also been accomplished in developing countries.

In 1974, when the EPI was started, it was estimated that less than 5% of children in the developing world were immunized against 6 common childhood diseases, including poliomyelitis. In 1988 (based on data available as of July 1989), 67% of children worldwide received a full course of polio vaccine before 12 months of age.

Poliomyelitis eradication: the initiative

In May 1988 the Forty-first World Health Assembly committed WHO to the global eradication of poliomyelitis by the year 2000 (resolution WHA41.28). The eradication of poliomyelitis will represent, with the eradication of smallpox, a fitting gift from the twentieth to the twenty-first century.

The broad objectives of this eradication initiative are to achieve, by the year 2000:

- no case of clinical poliomyelitis associated with wild polio-virus, and
- no wild poliovirus identified worldwide through sampling of communities and the environment.

The Region of the Americas and the European and Western Pacific Regions helped to pave the way for this initiative by having already established Regional eradication targets to be achieved by or before the year 2000.

Source: *WHO Weekly Epidemiological Record*, Vol 64, No 36, 1989.

Notice

23RD ANNUAL SEMINAR ON INFECTION – SCOTLAND

Please note that the date for this seminar, announced in an earlier issue (CDWR 1989; 15:208), has been changed to 14-18 May 1990.

Announcement

New WHO publication HEALTH SURVEILLANCE AND MANAGEMENT PROCEDURES FOR FOOD-HANDLING PERSONNEL Report of a WHO Consultation

This book records the conclusions and recommendations of an international group of experts commissioned to evaluate the effectiveness of current procedures for protecting the public from disease outbreaks caused by food handlers.

The report first examines all infections and intoxications potentially transmissible by food handlers and then considers the extent to which physical examinations, medical histories, throat swabs, blood tests, x-rays, skin tests, and examination of feces are capable of detecting symptomatic or asymptomatic carriers. Readers

sur la situation mondiale de la poliomyélite. En 1986, 173 pays/territoires sur 193 (soit 90%), représentant 97,9% de la population mondiale estimative pour 1986, ont adressé à l'OMS des rapports sur la poliomyélite.

Mais, malgré cette participation, les données déclarées ne reflètent pas exactement l'incidence réelle de la maladie. Pour la période de 1986 à 1988, le PEV estime que de 200 000 à 250 000 cas de poliomyélite paralytique se sont produits chaque année. Avec le taux annuel de couverture vaccinale, on estime que 350 000 cas de poliomyélite paralytique ont été prévenus en 1988. Ces estimations reposent sur le taux de couverture vaccinale notifiée étant admis que le vaccin est efficace à 95% et que l'incidence de la poliomyélite chez les nourrissons non immunisés est de 5 pour 1 000 enfants survivants.

Les progrès de la vaccination et de la lutte contre la maladie

On envisage avec de plus en plus d'optimisme la possibilité d'éradiquer la poliomyélite. La maladie a pratiquement disparu dans les pays industrialisés des Amériques et des Régions européenne et du Pacifique occidental. Beaucoup a également été fait dans les pays en développement.

En 1974, année où a été lancé le PEV, on estimait que moins de 5% des enfants du monde en développement étaient correctement vaccinés contre 6 maladies courantes chez l'enfant, poliomyélite comprise. En 1988 (d'après les données disponibles en juillet 1989), 67% d'enfants dans le monde avaient été complètement vaccinés contre la poliomyélite avant l'âge de 12 mois.

Éradication de la poliomyélite: l'initiative

En mai 1988, la Quarante et Unième Assemblée mondiale de la Santé a déclaré que l'OMS s'engageait en faveur de l'éradication mondiale de la poliomyélite d'ici l'an 2000 (résolution WHA41.28). L'éradication de la poliomyélite représentera, avec celle de la variole un précieux héritage que le XX^e siècle aura légué au XXI^e siècle.

Les grands objectifs que l'initiative d'éradication se propose d'atteindre en l'an 2000 sont les suivants:

- absence de cas de poliomyélite clinique due au poliovirus sauvage, et
- absence de poliovirus sauvage dans le monde parmi les échantillons prélevés dans la communauté et dans l'environnement.

La Région des Amériques et les Régions européenne et du Pacifique occidental ont contribué à ouvrir la voie à cette initiative, ayant déjà fixé des objectifs régionaux à atteindre en l'an 2000 ou avant cette date.

Source: *Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS*, Vol 64, n° 36, 1989.

Avis

23^e SÉMINAIRE ANNUEL SUR L'INFECTION – ÉCOSSE

Veuillez noter que la date annoncée dans un numéro antérieur (RHMC 1989; 15:208) a été changée. Le séminaire se déroulera du 14 au 18 mai 1990.

Annonce

Nouvelle publication de l'OMS LE CONTRÔLE SANITAIRE ET LA GESTION DES MANIPULATEURS DE PRODUITS ALIMENTAIRES Rapport d'une Consultation OMS

Ce rapport contient les conclusions et les recommandations d'un groupe international d'experts chargé d'évaluer l'efficacité des méthodes actuelles de protection de la santé publique en cas de poussées de maladies provoquées par les manipulateurs de produits alimentaires.

Le rapport commence par examiner l'ensemble des toxi-infections susceptibles d'être transmises par les manipulateurs de produits alimentaires, à la suite de quoi il examine la mesure dans laquelle l'examen physique, l'anamnèse, les prélèvements de gorge, les examens de sang, les radiographies et cutiréactions et les examens coprologiques sont utiles pour déceler les

are reminded that the information obtained from a health examination is valid only for the time at which it was carried out, that some infections are detectable for periods as short as 48 hours, and that others, such as infectious hepatitis, are contagious before the onset of any clinical symptoms. On the basis of this review, the report concludes that pre-employment and subsequent routine medical examinations of food handlers are ineffective and thus unnecessary.

The remaining sections concentrate on the identification of effective alternative preventive measures. These include the surveillance of outbreaks of foodborne disease, use of the Hazards Analysis Critical Control Point (HACCP) system as a rational and up-to-date method of preventing foodborne diseases, and several measures within the food industry.

This publication, available only in English at this time, can be obtained in Canada from the Canadian Public Health Association, 1565 Carling Avenue, Suite 400, Ottawa, Ontario K1Z 8R1 (Tel: (613) 725-3769) – Attention: Ms L.A. Clarke. Cost is \$7.50 per copy including postage and handling.

porteurs symptomatiques ou asymptomatiques. Il est rappelé aux lecteurs que les résultats d'un examen médical ne sont valables qu'au moment où celui-ci est effectué, que certaines infections ne sont décelables que pendant 48 heures, alors que d'autres, telles que l'hépatite virale A, sont contagieuses avant même l'apparition des symptômes cliniques. Sur la base de cette analyse, le rapport a conclu que les visites médicales systématiques au moment de l'embauche puis par la suite étaient inefficaces et donc inutiles dans le cas des manipulateurs d'aliments.

Les autres chapitres passent en revue d'autres mesures de prévention efficaces. Parmi celles-ci figurent la surveillance des épidémies de maladies d'origine alimentaire, l'application du système des points de contrôle critiques pour l'analyse des dangers dans les établissements de restauration (HACCP), méthode rationnelle et moderne pour garantir la sécurité alimentaire, et différentes autres mesures à mettre en oeuvre dans l'industrie alimentaire.

Cette publication n'est présentement offerte qu'en version anglaise. Pour se procurer un exemplaire au Canada, s'adresser à l'Association canadienne de santé publique, 1565, avenue Carling, Suite 400, Ottawa (Ontario) K1Z 8R1 (tél: (613) 725-3769), à l'attention de: Madame L.A. Clarke. Prix: 7,50\$ l'exemplaire, frais de port et manutention inclus.

INFLUENZA ACTIVITY IN CANADA/ACTIVITÉ GRIPPALE AU CANADA

For the week ending 1 December 1989 (cumulative total from 25 September)/
Pour la semaine se terminant le 1 Décembre 1989 (cumulatif du 25 septembre)

Province/Territory Province/Territoire	Nfld./ T.-N.	P.E.I./ I.-P.-E.	N.S./ N.-E.	N.B./ N.-B.	Que./ Qué./	Ont.	Man.	Sask.	Alta./ Alb.	B.C./ C.-B.	N.W.T./ T.N.-O.	Yukon
Extent* of Influenza-Like Illness/Amplesse* de l'atteinte pseudo-grippale	0	+	0	0	0	+	+	+	++	+	+	+
Laboratory Evidence/ Signes biologiques												
Subtype/Sous-type												
Type A												
NS	I								(1)			(1)
	D								(9)			(9)
	S											2(7)
H3N2	I								7(8)			9(19)
	D								(8)			2(3)
	S											
Total A	I											11(38)
Type B												2(2)
	D											1(1)
	S											1(4)
Total B	I											4(14)
Not Typed/ Non type	I											4(10)
Total (Not typed/ Non typé)	D											
TOTAL	S											
1												
0												
+												
++												
+++												
-												
D												
S												
NS												

- * Based on reports from provincial/territorial health departments/D'après les rapports des services provinciaux/territoriaux de santé
- 0 = No reported cases/Aucun cas signalé
- + = Sporadic cases/Cas sporadiques
- ++ = Localized outbreaks/Poussées localisées
- +++ = Widespread/Poussées étendues
- = Data unavailable/Données non disponibles
- | = Identification by growth in tissue culture/Identification par culture tissulaire
- D = Detection of virus in specimen by other methods such as fluorescent antibody/Détection du virus dans le spécimen par d'autres méthodes comme les anticorps fluorescents
- S = Confirmation by ≥ 4-fold rise in serologic titre by any method/Confirmation par augmentation de ≥ 4 dilutions du titre selon n'importe quelle méthode
- NS = Not subtype/Non sous-type

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 source 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 Advisory Board:
Dr. J. Spyka (613) 957-4243
Dr. A. Carter (613) 957-1339
Dr. K. Rose (613) 957-1329
Editor: Eleanor Failes (613) 957-1788
Circulation: Joanne Ringer (613) 957-0122
Desktop Publishing: Deborah Chapman (613) 957-7845

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 responsable de l'exhaustivité 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.

Groupe de conseillers scientifiques:
Dr. J. Spyka (613) 957-4243
Dr. A. Carter (613) 957-1339
Dr. K. Rose (613) 957-1329
Rédactrice en chef: Eleanor Failes (613) 957-1788
Distribution: Joanne Ringer (613) 957-0122
Édition: Deborah Chapman (613) 957-7845

Bureau d'épidémiologie des maladies transmissibles
Laboratoire du huis contre la maladie
Pr Tunney
Ottawa (Ontario)
Canada K1A 0L2