

MAY 10 1991

ISSN 0382-232X



# Canada Diseases Weekly Report

Date of publication: 13 April 1991

Vol. 17-15

Date de publication: 13 avril 1991

**Contained In This Issue:**

NACI: Statement on the Use of Oral Poliovirus Vaccine (OPV) for Unlicensed Indications	75
Evaluation of Poliovirus-Related Cases Occurring in Canada in 1989	75
AIDS Surveillance - Worldwide	78

**Contenu du présent numéro:**

CCNI: Déclaration sur l'utilisation du vaccin poliomyalitique buccal pour des indications non autorisées	75
Étude des cas liés à des poliovirus survenus au Canada en 1989	75
Surveillance du sida dans le monde	78

**NATIONAL ADVISORY COMMITTEE ON IMMUNIZATION (NACI)**

*Requests to use OPV for unlicensed indications and reports of such use are occasionally received by provincial immunization programs. The National Advisory Committee on Immunization has considered this situation and has issued the following statement.*

**Statement on the Use of Oral Poliovirus Vaccine (OPV) for Unlicensed Indications**

The use of live oral polio vaccine (OPV) or any other live vaccine for the treatment of warts or recurrent herpes simplex infections is totally inappropriate. There is no theoretical justification for such therapy and the only controlled trial showed no benefit in treating recurrent herpes with OPV<sup>(1)</sup>. There is a potential for serious side effects, particularly if recipients or their contacts have unrecognized immunodeficiency.

**Reference**

- Morel P, Vallée G, Civatte J, Ajjan N. *Ineffectiveness of poliomyelitis vaccine in the treatment of recurrent herpes. A double-blind comparative study with placebo.* Nouv Presse méd 1980; 9:1099-1100. Letter.

**EVALUATION OF POLIOVIRUS-RELATED CASES OCCURRING IN CANADA IN 1989**

Recently, the subcommittee of the National Advisory Committee on Immunization (NACI) that considers all potential paralytic poliomyelitis cases in Canada<sup>(1)</sup> met to consider 2 cases that occurred in 1989. This subcommittee, consisting of representatives from the Advisory Committee on Epidemiology (ACE); NACI; the Laboratory Centre for Disease Control (LCDC), and the Drugs Directorate, Health and Welfare Canada; and physicians knowledgeable about each of the cases, reviewed all the information pertaining to these 2 cases and the following report summarizes its findings.

**Case 1**

This female, age 25, living in the Trois-Rivières area, gave birth to her first child on 23 April, 1989. The child was immunized with the first dose of oral poliovirus (OPV) on 18 July, 1989. The patient had no history of immunosuppression or immunodeficiency and does not believe that she was ever immunized with OPV or inactivated poliovirus (IPV). There was no recent history of travel outside Canada.

On 14 August, 1989, 26 days after the child's immunization, the patient experienced fever, myalgia, headache, nausea, and paralysis

**COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL DE L'IMMUNISATION (CCNI)**

*Il arrive que les services provinciaux d'immunisation reçoivent des demandes concernant l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique vivant par voie buccale (VPB) pour des indications non autorisées et qu'on leur rapporte de telles utilisations. Après étude de la question, le Comité consultatif national de l'immunisation a publié la déclaration qui suit.*

**Déclaration sur l'utilisation du vaccin poliomyalitique buccal pour des indications non autorisées**

L'utilisation du VPB ou de tout autre vaccin à virus vivant pour le traitement des verrues ou des infections herpétiques récidivantes est tout à fait inappropriée. Rien ne justifie en effet une telle thérapie sur le plan théorique; le seul essai comparatif effectué n'a révélé aucun avantage à traiter ainsi l'herpès récidivants<sup>(1)</sup>. Cette utilisation présente un risque de réactions graves, surtout s'il existe une immunodéficience non reconnue chez le sujet vacciné ou chez les personnes qui entrent en contact avec lui.

**Référence**

- Morel P, Vallée G, Civatte J, Ajjan N. *Inefficacité du vaccin antipoliomyélitique dans le traitement de l'herpès récurrent. Étude comparative en double insu avec un placebo.* Nouv Presse méd 1980; 9:1099-1100. (Lettre).

**ÉTUDE DES CAS LIÉS À DES POLIOVIRUS SURVENUS AU CANADA EN 1989**

Le sous-comité du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) chargé d'examiner tous les cas possibles de poliomyélite paralytique au Canada<sup>(1)</sup> s'est récemment réuni pour étudier 2 cas survenus en 1989. Le sous-comité, composé de représentants du Comité consultatif de l'épidémiologie (CCE), du CCNI, du Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM), de la Direction des médicaments, Santé et Bien-être social Canada, et des médecins bien informés sur chacun des cas, a examiné l'ensemble de l'information recueillie sur eux et est arrivé aux conclusions qui sont résumées ci-dessous.

**Cas 1**

Une femme âgée de 25 ans, vivant dans la région de Trois-Rivières, a donné naissance à son premier enfant le 23 avril 1989. Le nourrisson a reçu son premier vaccin poliomyalitique buccal (VPB) le 18 juillet 1989. La patiente n'avait pas d'antécédents d'immunosuppression ou d'immunodéficience et ne se souvient pas d'avoir été immunisée par VPB ou vaccin poliomyalitique inactivé (VPI). Elle n'a pas voyagé à l'étranger récemment.

Le 14 août 1989, soit 26 jours après la vaccination du nourrisson, elle manifeste fièvre, myalgie, maux de tête, nausées, ainsi que paralysie et

and paraesthesia in the right leg. On examination there was no sensory deficit but a grade 3/4 to 4/4 muscle weakness in all muscle groups of the right leg except for the plantar flexion group which had grade 1/4 weakness; deep tendon reflexes (DTRs) were absent in the right leg and decreased in the left leg. Nerve conduction studies of the right leg on 18 August showed a marked peripheral neurologic deficit but nerve conduction speed was normal. A myelogram and axial tomography of L2-3, L3-4, L4-5, and the cerebrum, done on 25 August, were normal. Blood chemistry and urinalysis were normal. CSF, taken 24 August, had a glucose level of 2.6 mmol/L and elevated protein (2.16 g/L) with no oligoclonal bands but elevated gamma globulin. There were 40 RBCs and 4 WBCs  $\times 10^6$ /L. Blood hematology was normal except for an elevated ESR (34 mm/h). VDRL was negative. Stool and throat specimens taken on 29 September were negative for poliovirus at a laboratory recognized as being capable of isolating the agent. Serology results are shown in the following table.

Sample Date	Poliovirus Neutralization Titre		
	Type 1	Type 2	Type 3
28 August, 1989	< 1:4	1:89	< 1:4
29 September	< 1:4	1:181	< 1:4
18 October	< 1:4	1:64	< 1:4
27 November	< 1:4	1:153	< 1:4
13 December	< 1:4	1:181	< 1:4
16 January, 1990	< 1:4	1:308	< 1:4

The following specimens were run in parallel:

28 August and 18 October  
29 September and 13 December  
27 November and 16 January.

No seroconversion to the following viruses was seen in specimens taken 28 August and 18 October: parainfluenza 1, 2, and 3; coxsackievirus (pool 1 to 6); herpes simplex 1 and 2; and varicella zoster. Review of enteroviral isolations at a Montreal regional virology laboratory for the months of July, August, September and October, 1989, indicated that the only enterovirus known to be associated with anterior horn cell disease<sup>(2)</sup> and circulating at the time was coxsackievirus B5. The 13 December and 16 January specimens were tested for the presence of neutralizing antibody to this virus and a titre of 1:4 was present in both sera.

The patient was discharged from hospital 4 September, 1989, with moderate weakness of the right leg and absent tendon reflexes. The paralysis was still present 26 June, 1990. The patient requires a long leg brace to walk.

In summary, the clinical findings were compatible with paralytic poliomyelitis with onset 26 days after vaccination of her child with OPV and the serologic results indicated infection with type 2 poliovirus. The subcommittee decided that, in accordance with the current Canadian case definitions for paralytic poliomyelitis<sup>(3)</sup>, this is a possible case of vaccine-associated contact paralytic poliomyelitis.

## Case 2

This 31-year-old male, living in the suburbs of Montreal, provided care for his third child who received the first OPV immunization at age 2 months on 11 July, 1989. The patient had no history of immunosuppression or immunodeficiency. Immunization history was unknown. There was no history of recent travel or receipt of blood or blood products.

On 27 August, 1989, 47 days following the child's immunization, the patient developed fever, myalgia, diarrhea, headache and weakness. Flaccid paralysis developed in the right leg and paresthesias were present in both legs. Brudzinski/Kernig and Babinski signs were absent. CSF taken 1 September was compatible with aseptic meningitis (WBCs,  $560 \times 10^6$ /L with 85%

paresthesie de la jambe droite. On ne constate pas de déficit sensoriel à l'examen; une faiblesse musculaire de l'ordre de 3/4 à 4/4 est présente dans tous les groupes musculaires du membre inférieur droit à l'exception des fléchisseurs plantaires, où elle se situe à 1/4. Il y a abolition des réflexes ostéotendineux au membre inférieur droit et diminution dans le membre gauche. Les épreuves de conduction nerveuse effectuées le 18 août révèlent un déficit neurologique périphérique marqué, la vitesse de conduction restant cependant normale. Un myélogramme et une tomographie axiale de L2-3, L3-4, L4-5 et des hémisphères cérébraux, réalisés le 25 août, ne montrent rien d'anormal. Les analyses chimiques du sang et de l'urine sont normales. Un échantillon de LCR, prélevé le 24 août, montre une glycorachie de 2,6 mmol/L et une protéinorachie de 2,16 g/L, absence de bandes oligoclonales mais un taux élevé de gammaglobuline. Les globules rouges sont à  $40 \times 10^6$ /L et les globules blancs à  $4 \times 10^6$ /L. L'examen hématologique est normal à l'exception d'une accélération de la sédimentation globulaire (34 mm/h). Le VDRL est négatif. Les échantillons de selles et l'écouillon de la gorge prélevés le 29 septembre ne contiennent pas de poliovirus selon les analyses effectuées par un laboratoire compétent. Les résultats sérologiques sont les suivants :

Date du prélèvement	Titre des anticorps neutralisants anti-poliovirus		
	Type 1	Type 2	Type 3
28 août 1989	< 1:4	1:89	< 1:4
29 septembre	< 1:4	1:181	< 1:4
18 octobre	< 1:4	1:64	< 1:4
27 novembre	< 1:4	1:153	< 1:4
13 décembre	< 1:4	1:181	< 1:4
16 janvier 1990	< 1:4	1:308	< 1:4

Les échantillons suivants ont été analysés en parallèle :

28 août et 18 octobre  
29 septembre et 13 décembre  
27 novembre et 16 janvier.

On n'observe pas de séroconversion aux virus suivants dans les prélèvements du 28 août et du 18 octobre : parainfluenza 1, 2 et 3; Coxsackie (mélange 1 à 6); herpès simple 1 et 2; varicella-zoster. On passe en revue les isolats entéroviraux d'un laboratoire régional de virologie de Montréal pour les mois de juillet, août, septembre et octobre 1989; le seul entérovirus reconnu comme pouvant affecter les neurones des cornes antérieures de la moelle<sup>(2)</sup> et en circulation au moment du prélèvement est le Coxsackie B5. L'analyse des prélèvements du 13 décembre et du 16 janvier à la recherche d'anticorps neutralisants contre ce virus donne un titre de 1:4 dans les 2 échantillons.

La patiente reçoit son congé de l'hôpital le 4 septembre 1989; elle présente à ce moment une faiblesse de gravité moyenne au membre inférieur droit et une absence de réflexes tendineux. On note encore de la paralysie le 26 juin 1990. La patiente doit porter une attelle longue pour se déplacer.

En résumé, les résultats cliniques sont compatibles avec un cas de poliomyélite paralytique apparu chez la mère 26 jours après la vaccination de l'enfant par VPB; la sérologie montre une infection par le poliovirus de type 2. Le sous-comité a donc conclu qu'il s'agit d'un cas possible de poliomyélite paralytique par contact avec un sujet récemment vacciné compte tenu des définitions de cas actuellement en vigueur au Canada pour la poliomyélite paralytique<sup>(3)</sup>.

## Cas 2

Un homme de 31 ans, qui vit dans une banlieue de Montréal, a pris soin de son troisième enfant qui a reçu son premier vaccin poliomyélitaire buccal (VPB) à l'âge de 2 mois le 11 juillet 1989. Il n'a pas d'antécédents d'immunosuppression ou d'immunodéficience. On ne sait pas s'il a déjà été vacciné. Il n'a pas fait de séjour à l'étranger récemment ni reçu une transfusion de sang ou de produits sanguins.

Le 27 août 1989, soit 47 jours après la vaccination de l'enfant, le père manifeste fièvre, myalgie, diarrhée, maux de tête et faiblesse. Une paralysie flasque s'installe au membre inférieur droit; on observe une paresthésie au niveau des 2 membres inférieurs. On ne note pas de signes de Brudzinski/Kernig et de Babinski. Un échantillon de LCR prélevé le 1<sup>er</sup> septembre donne des résultats compatibles avec le diagnostic de méningite

lymphocytes; glucose, 3.5 mmol/L; and protein 1.037 g/L). Nerve conduction studies done on 6 September showed evidence of pure motor deficit with decreased amplitude but normal conduction velocity. Four stool samples were taken, 2 on 30 August and 2 in late September 1989, and sent to a laboratory recognized as being capable of performing enteroviral isolation but none was isolated. CSF and throat specimens taken on admission were also negative for poliovirus. Transport of the 30 August specimens was delayed for one week due to a strike by support staff. Serology results are shown in the following table.

Date of Specimen	Poliovirus Neutralization Titre		
	Type 1	Type 2	Type 3
1 September	1:6	1:181	1:13
6 September	<1:8	1:128	1:22
21 September	1:11	1:362	1:38
4 October	1:107	1:678	1:107

The 1 and 21 September specimens were run in parallel, as were the 6 September and 4 October specimens.

The 1 and 21 September and 4 October specimens and one taken 19 October were tested for the presence of neutralizing antibody to coxsackievirus B5. Titres were 1:45, 1:100, 1:23 and <1:4, respectively. These titres were interpreted as showing no evidence of recent infection with this virus (Dr. Gilles Delage, Montreal: personal communication, 1990).

Residual paralysis was still present on examination on 13 November, 1989, more than 60 days after onset. All 4 limbs were affected with the most marked deficit in the right leg.

In summary, the clinical findings were compatible with paralytic poliomyelitis with onset 47 days after vaccination of his child with OPV and the serologic results indicated recent infection with poliovirus without definite evidence of other viral infection. The subcommittee decided that in accordance with the current Canadian case definitions for paralytic poliomyelitis<sup>(3)</sup>, this is a possible case of vaccine-associated contact paralytic poliomyelitis.

## Discussion

In May 1985, the Pan American Health Organization (PAHO) established a plan for eradicating indigenous transmission of wild poliovirus from the region of the Americas by the end of 1990<sup>(4)</sup>. One of the strategies implemented to achieve this end has been surveillance to detect all new cases of acute flaccid paralysis followed by rapid investigation to establish a diagnosis. Current PAHO criteria for rapid investigation include at least 2 adequate stool specimens obtained within 2 weeks after onset of paralysis and examined in 3 different laboratories. The term "adequate" includes submission to the laboratory in good condition (i.e., rapidly and with the cold chain intact). According to a case classification system introduced in 1990, a case that is not investigated to this standard cannot be discarded if stool cultures are negative. Such a case is termed "polio compatible" and is considered a sign of a less than optimal eradication program.

Case definitions and surveillance systems in developed countries such as Canada, where polio is felt to have been eradicated since the last reported endemic cases in 1977<sup>(5)</sup>, will differ from those of PAHO for many very good reasons. However, it is interesting to compare our efforts to those of other countries in this hemisphere. By PAHO standards, both of these cases would be classified as "polio compatible".

PAHO is currently developing the methodology to certify countries as polio-free. Although the criteria are not finalized, many will be the same as those used to evaluate polio eradication efforts. Proof that eradication of transmission of wild poliovirus has been achieved will depend on the quality of the surveillance system within a country. Even without considering the PAHO eradication program, the rare occurrence of vaccine-associated disease as well

aseptique (les globules blancs sont à  $560 \times 10^6 / L$ , dont 85 % de lymphocytes; la glycémie se situe à 3,5 mmol/L et la protéinémie, à 1,037 g/L). Les études de la conduction nerveuse réalisées le 6 septembre révèlent un déficit moteur pur avec baisse d'amplitude; la vitesse de conduction reste cependant normale. Quatre prélèvements de selles sont effectués, soit 2 le 30 août et 2 vers la fin de septembre 1989; ils sont envoyés à un laboratoire reconnu pour être en mesure d'effectuer une isolation entérovirale, mais aucun virus n'est isolé. Le LCR et l'écouvillon de la gorge prélevés au moment de l'entrée sont également négatifs de ce point de vue. L'acheminement des prélèvements du 30 août est retardé d'une semaine en raison d'une grève du personnel de soutien. Les résultats sérologiques sont les suivants :

Date de prélèvement	Titre des anticorps neutralisants anti-poliovirus		
	Type 1	Type 2	Type 3
1 <sup>er</sup> septembre	1:6	1:181	1:13
6 septembre	<1:8	1:128	1:22
21 septembre	1:11	1:362	1:38
4 octobre	1:107	1:678	1:107

Les échantillons du 1<sup>er</sup> et du 21 septembre sont analysés en parallèle, comme le sont ceux du 6 septembre et du 4 octobre.

On analyse les prélèvements du 1<sup>er</sup> septembre, du 21 septembre et du 4 octobre, et un autre pris le 19 octobre pour voir s'ils contiennent des anticorps neutralisants contre le coxsackievirus B5. On obtient les titres suivants : 1:45, 1:100, 1:23 et <1:4, respectivement. Ces titres sont interprétés comme étant non révélateurs d'une infection récente par ce virus (Dr. Gilles Delage, Montréal, communication personnelle 1990).

On observe encore une paralysie résiduelle le 13 novembre 1989, plus de 60 jours après l'installation de la maladie. Les 4 membres sont touchés, l'inférieur droit présentant le déficit le plus marqué.

En résumé, les résultats cliniques sont compatibles avec l'hypothèse d'une poliomyélite paralytique apparue 47 jours après la vaccination de l'enfant par VVPB; la sérologie montre une infection récente par les poliovirus, sans signe concluant d'une autre virose. Le sous-comité a donc conclu qu'il s'agit d'un cas possible de poliomyélite paralytique par contact avec un sujet récemment vacciné, compte tenu des définitions de cas de poliomyélite paralytique en vigueur au Canada<sup>(3)</sup>.

## Discussion

En mai 1985, l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) a établi un plan pour l'éradication de la transmission indigène des poliovirus sauvages dans la région des Amériques avant la fin de 1990<sup>(4)</sup>. L'une des méthodes mises en oeuvre à cette fin est la surveillance à l'affût de tout nouveau cas de paralysie flasque aiguë, suivie d'une prompte investigation diagnostique. Au nombre des critères d'une telle investigation fixés par l'OPS, on compte l'obtention d'au moins 2 échantillons satisfaisants de selles dans les 2 semaines suivant le début de la paralysie et leur examen dans 3 laboratoires différents. Les prélèvements doivent arriver au laboratoire en bon état (c'est-à-dire rapidement et la chaîne de froid intacte). Selon un système de classification des cas adopté en 1990, on ne peut écarter la possibilité d'un diagnostic positif dans tout cas où ces normes ne sont pas respectées, même si les coprocultures sont négatives. Un cas de cette nature entre dans la catégorie des cas plausibles de polio et indique que le programme d'éradication n'est pas entièrement efficace.

Les définitions de cas et la surveillance dans les pays industrialisés comme le Canada, où l'on estime que la poliomyélite a été jugulée depuis les derniers cas endémiques déclarés en 1977<sup>(5)</sup>, diffèrent de celles de l'OPS pour plusieurs très bonnes raisons. Il est cependant intéressant de comparer les efforts que nous déployons à ceux consentis dans d'autres pays de l'hémisphère. Selon les normes de l'OPS, nos 2 cas constituerait des "cas plausibles de polio".

L'OPS élaboré actuellement une méthode pour certifier les pays exempts de polio. Bien que les critères ne soient pas arrêtés de façon définitive, ils seront en grande partie les mêmes que ceux servant à juger des efforts d'éradication de la poliomyélite. La qualité du système de surveillance en vigueur dans un pays donné entre en ligne de compte lorsqu'il s'agit de juger si la transmission des poliovirus sauvages est jugulée. Même si on ne se réfère pas au programme de l'OPS, la survenue de rares cas d'affection

as the possibility of occasional importation of the virus require continued vigilant surveillance for paralytic poliomyelitis in Canada.

The Canadian Paediatric Society and LCDC are currently setting up an active surveillance system for vaccine-associated adverse events, entitled IMPACT, that will identify pediatric cases of paralytic poliomyelitis in the hospitals involved. In addition to this, a more coordinated general effort will be needed if Canada is to adequately document the occasional case of poliomyelitis and participate in the PAHO eradication program. This effort must involve health-care providers, public health officials and laboratory virologists to increase awareness and program support surrounding the investigation of cases of acute flaccid paralysis.

#### Acknowledgement

Dr. P.M. Lavigne, Provincial Epidemiologist, Ministère de la Santé et Service sociaux, Québec.

#### References

1. National Advisory Committee on Immunization. *Evaluation of Canadian poliovirus-related cases*. CDWR 1989;15:185-7.
2. Sabin AB. *Paralytic poliomyelitis: old dogmas and new perspectives*. Rev Infect Dis 1981;3:543-64.
3. Health and Welfare Canada. *Canadian communicable disease surveillance system. Disease-specific case definitions and surveillance methods*. CDWR 1991;17(suppl S3):1-34. In press.
4. *Update: Progress toward eradicating poliomyelitis in the Americas*. CDWR 1990;16:197-200.
5. Varughese P, Carter AO, Acres SE, Furesz J. *Eradication of indigenous poliomyelitis in Canada: impact of immunization strategies*. Can J Public Health 1989;80:363-8.

Source: R Gold, MD, (Chairman and NACI representative), D Scheifele, MD, (NACI representative), M Fast, MD, (ACE representative), G Contreras, MD, (Bureau of Biologics), A Gagnon, MD, E Sidorowicz, MD, A Carter, MD, (subcommittee secretary and secretary of NACI).

#### International Notes

##### AIDS SURVEILLANCE - WORLDWIDE

As of 1 April 1991, 162 countries had reported a total of 345,533 cases of AIDS to the World Health Organization. Eighteen additional countries have not reported any cases. The distribution of the reported cases by continent is as follows: Africa, 86,228 (52 countries); Americas, 207,364 (45 countries); Asia, 1,032 (28 countries); Europe, 48,144 (28 countries); and Oceania, 2,765 (9 countries).

Source: World Health Organization (telex, 4 April 1991).

imputable au vaccin et la possibilité d'une introduction occasionnelle du virus au pays nécessitent une surveillance attentive et continue des cas de poliomyélite paralytique au Canada.

La Société canadienne de pédiatrie et le LLCC mettent actuellement sur pied un système actif de surveillance des affections imputables au vaccin. Ce système, qui porte le nom d'IMPACT, consistera à signaler les cas de poliomyélite paralytique survenant chez des enfants dans les hôpitaux participants. De plus, il faudra déployer un effort d'ensemble mieux coordonné et bien consigner les cas sporadiques de poliomyélite si nous voulons prendre part au programme d'éradication de l'OPS. Cela ne peut se faire sans la participation des soignants, des responsables de la santé publique et des virologistes de laboratoire. Il faut sensibiliser la population à l'importance d'étudier tout cas de paralysie flasque aiguë.

#### Remerciements

Dr P.M. Lavigne, épidémiologiste provincial, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

#### Références

1. Comité consultatif national de l'immunisation. *Évaluation des cas canadiens liés à des poliovirus*. RHMC 1989;15:185-7.
2. Sabin AB. *Paralytic poliomyelitis: old dogmas and new perspectives*. Rev Infect Dis 1981;3:543-64.
3. Santé et Bien-être social Canada. *Programme canadien de surveillance des maladies transmissibles. Définitions de cas et méthodes de surveillance particulières à chaque maladie*. RHMC 1991;17(suppl S3):1-35. Sous presse.
4. *Mise à jour : vers l'éradication de la poliomélite dans les Amériques*. RHMC 1990;16:197-200.
5. Varughese P, Carter AO, Acres SE, Furesz J. *Eradication of indigenous poliomyelitis in Canada: impact of immunization strategies*. Revue canadienne de santé publique 1989;80:363-8.

Source : Dr R Gold (président et représentant du CCNI), D Scheifele (représentant du CCNI), M Fast (représentant du CCE), G Contreras (Bureau des produits biologiques), A Gagnon, E Sidorowicz, A Carter (secrétaire du sous-comité et secrétaire du CCNI).

#### Notes internationales

##### SURVEILLANCE DU SIDA DANS LE MONDE

Au 1 avril 1991, 162 pays ont signalé un total de 345,533 cas de sida à l'Organisation mondiale de la santé. Aucune déclaration n'avait été reçue de 18 autres pays. Par continent, les cas se répartissaient comme suit : Afrique (52 pays) 86 228; Amériques (45 pays) 207 364; Asie (28 pays) 1 032; Europe (28 pays) 48 144; et Océanie (9 pays) 2 765.

Source : Organisation mondiale de la santé (telex, 4 avril 1991).

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 Health and Welfare does not assume responsibility for accuracy or authenticity. Contributions are welcomed (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. Spika (613) 957-4243  
Dr. A. Carter (613) 957-1339  
Dr. K. Rozee (613) 957-1329  
Eleanor Paulson (613) 957-1788  
Joanne Regnier (613) 975-7845  
Gertrude Tardiff (613) 957-0842

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 ministre 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:

D'J. Spika (613) 957-4243  
D'A. Carter (613) 957-1339  
D'K. Rozee (613) 957-1329  
Eleanor Paulson (613) 957-1788  
Joanne Regnier (613) 975-7845  
Gertrude Tardiff (613) 957-0842

##### Rédactrice en chef:

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