DEC - 8 1980
DISEASE CONTROL LIBRARY
OCT 21 1982

Canada Diseases Weekly Report

Rapport hebdomadaire des maladies au Canada

CONGENITAL RUBELLA SYNDROME IN INFANT BORN TO AN INDOCHINESE REFUGEE - MANITOBA

A 20-year-old pregnant Laotian woman arrived in Manitoba in March 1980. At her first clinic visit, the attending physician ordered a routine prenatal screening for syphilis and rubella. The test for syphilis was negative; the passive haemagglutination test for rubella was reported "immune". On August 20, 1980 she gave birth to a premature boy who during the next 3 weeks demonstrated clinical and radiological signs of an intrauterine infection. Serological tests showed the presence of rubella specific IgM antibodies; a haemagglutination-inhibition antibody titre of 1:128 was obtained for both the mother and baby. No IgM antibodies were found in the mother's blood samples collected in April and August 1980. The mother gave no history of rubella infection.

This case emphasizes the need to assess the rubella immune status prior to pregnancy. In 2 studies done in Manitoba on adult Indochinese refugees, 8.5% and 20% of the persons tested had no rubella antibodies. This case, believed to be the first reported of congenital rubella syndrome in the offspring of an Indochinese refugee in Canada, triggered the decision to screen all female Indochinese refugees of childbearing age for rubella antibody. It also underlines concern over the frequency of other types of congenital infection such as hepatitis B, syphilis or malaria in this group. (Confirmation was obtained on October 31 of a case of congenital hepatitis B (mother and baby both "e" antigen positive). Vertical transmission of both HBsAg and HBeAg occurred and the baby is being closely followed for signs of disease.)

SOURCE: *L. Sekla, M.D., Ph.D. and W. Stackiw, B.Sc., Cadham Provincial Laboratory; J. Du, M.D., D. Besant, M.D., A. Ronald, M.D., and J.C. Wilt, M.D., Health Sciences Centre, Winnipeg, Manitoba.*

SYNDROME DE RUBÉOLE CONGÉNITALE CHEZ UN ENFANT NÉ D'UNE RÉFUGIÉE INDOCHINOISE - MANITOBA

Une femme enceinte âgée de 20 ans et d'origine laotienne est arrivée au Manitoba en mars 1980. Au moment de sa première visite médicale, le médecin traitant a ordonné le dépistage prénatal habituel de la syphilis et de la rubéole. Le test de la syphilis s'est révélé négatif tandis que le test d'hémagglutination passive pour la rubéole a indiqué que le sujet était "immunisé". Le 20 août 1980, la jeune femme a donné naissance à un garçon prématuré qui, au cours des trois semaines suivantes, a présenté des signes cliniques et radiologiques d'une infection intra-utérine chez la mère. Des tests sérologiques ont démontré la présence des anticorps IgM spécifiques de la rubéole; un titre d'anticorps par inhibition de l'hémagglutination de 1:128 a été obtenu à la fois chez la mère et chez l'enfant. Aucun anticorps IgM n'a été trouvé dans les échantillons de sang de la mère, obtenus en avril et en août 1980. La mère n'a présenté aucun antécédent d'infection rubéoleuse.

Ce cas souligne la nécessité d'évaluer avant la grossesse l'état immunitaire à l'égard de la rubéole. Deux études réalisées au Manitoba chez des réfugiés indochinois adultes ont permis de constater que 8,5% et 20% des personnes testées n'avaient pas d'anticorps antirubéoleux. Ce cas de syndrome de rubéole congénitale, que l'on croit être le premier signalé dans la progéniture des réfugiés indochinois au Canada, a été à l'origine de la décision d'entreprendre le dépistage des anticorps antirubéoleux chez toutes les réfugiées indochinoises d'âge fertile. Le cas soulève également des préoccupations au sujet de la fréquence des autres types d'infections congénitales comme l'hépatite B, la syphilis ou le paludisme au sein de ce groupe. (Le 31 octobre, on a obtenu confirmation d'un cas d'hépatite B congénitale (la mère et l'enfant présentaient tous deux l'antigène "e"); il y a eu transmission des HBsAg et des HBeAg de la mère à l'enfant et l'on surveille étroitement les signes de maladie chez l'enfant.)

SOURCE: *Dr L. Sekla, Ph.D. et W. Stackiw, B.Sc., Laboratoire provincial de Cadham; Dr J. Du, Dr D. Besant, Dr A. Ronald, et Dr J.C. Wilt, Health Sciences Centre, Winnipeg, Manitoba.*

SOUTHEAST ASIAN REFUGEE SCREENING PROGRAM CALGARY, ALBERTA, 1979-80

During 1979-80 the Calgary Public Health Service was alerted several times regarding the arrival of large numbers of Southeast Asian refugees at Griesbach airbase. The probability that these people would be in a poor state of personal health and have a high incidence of infectious diseases was considered high. Fortunately, this did not prove to be the case.

PROGRAMME DE DÉPISTAGE AUPRÈS DES RÉFUGIÉS DU SUD-EST ASIATIQUE CALGARY (ALBERTA) 1979-1980

En 1979-1980, le Service de santé publique de Calgary a été alerté plusieurs fois au sujet de l'arrivée d'un grand nombre de réfugiés du Sud-Est asiatique à la base aérienne de Griesbach. La probabilité que ces personnes soient dans un état de santé personnelle médiocre et qu'elles connaissent une fréquence élevée de maladies infectieuses était jugée élevée. Heureusement, tel ne fut pas le cas.

Health and Welfare Canada — Santé et Bien-être social Canada

Date of publication: November 22, 1980
date de publication: 22 novembre 1980

Vol. 6-47

Health authorities evaluated the situation to establish immediate priorities. It was decided that maximum effort should be devoted to: (a) helping the refugees find a family physician (especially the government sponsored ones); (b) getting them into the program of the Local Board of Health of the City of Calgary; and (c) screening them for tuberculosis and enteric infection. The screening for T.B. and enteric pathogens was important because many refugees would probably gravitate to the food industry and later to the care of the elderly. It was also a matter of urgency to screen these people before they found employment because their government documentation was incomplete. Syphilis was not considered to be a public health hazard in this particular population so a mass screening was not done. It was decided that any such cases would be the concern of the individual and his/her future personal physician.

The government sponsored people were accommodated at a Calgary hotel, and this became a meeting place for the refugees. Consequently, the hotel became the site of the outreach clinic. This clinic was quickly established through the excellent cooperation of the hotel manager and the Provincial Department of Social Services and Community Health.

The Provincial Laboratory of Southern Alberta supplied specially prepared containers permitting the examination of a single stool specimen for both pathogenic bacteria and parasites such as helminths and **Entamoeba histolytica.** Mantoux testing (5 T.U., P.P.D.) was arranged, and all positive reactors were referred to the Provincial T.B. Services except for a very small number of people who had obvious evidence of recent BCG vaccination.

Les autorités sanitaires ont évalué la situation pour établir les priorités immédiates. Il a été décidé que l'effort maximal devrait être consacré: (a) à aider les réfugiés à se trouver un médecin de famille (et particulièrement, ceux qui sont parrainés par le gouvernement); (b) à les faire inscrire au programme du Bureau local de santé de la ville de Calgary; et (c) à leur faire subir un dépistage de la tuberculose et des infections entériques. Le dépistage de la tuberculose et des organismes entéropathogènes était important du fait que plusieurs réfugiés finiront probablement par travailler dans l'industrie alimentaire et, plus tard, dans le domaine des soins aux personnes âgées. Il était également très urgent que ces personnes fassent l'objet d'un dépistage avant qu'elles ne se trouvent un emploi, étant donné que la documentation en provenance de leurs gouvernements était incomplète. Dans le cas de cette population particulière, la syphilis n'a pas été considérée comme un danger pour la santé publique; c'est pourquoi le dépistage systématique n'a pas été entrepris. Il a été décidé que les cas éventuels relèveraient de la responsabilité du sujet et de son médecin.

Les personnes parrainées par le gouvernement ont été logées dans un hôtel de Calgary qui est devenu un lieu de rencontre pour les réfugiés. Par conséquent, l'hôtel a servi de clinique avancée. Cette clinique a été mise sur pied rapidement grâce à l'excellente collaboration du directeur de l'hôtel et du ministère provincial des Services sociaux et de Santé communautaire.

Le Laboratoire provincial du sud de l'Alberta a fourni des contenants spécialement préparés permettant le dépistage à la fois des bactéries pathogènes et des parasites, comme les helminthes et **Entamoeba histolytica** dans un seul prélèvement de selles. On a pris les dispositions nécessaires pour la réalisation de la réaction de Mantoux (5 U.T., P.P.D.) et tous les sujets réagissant positivement ont été adressés aux Services antituberculeux provinciaux, à l'exception d'un très petit nombre de gens qui présentaient des signes évidents de vaccination récente au moyen du BCG.

Table 1 - Distribution of the Refugees According to Age and Sex (October 1, 1979 - August 31, 1980)/ Tableau 1 - Répartition des réfugiés selon l'âge et le sexe (1er octobre 1979 - 31 août 1980)

Age (Years)/ Âge (Années)	Male/Hommes	Female/Femmes	Total
0-4	102	96	198
5-9	110	111	221
10-14	127	95	222
15-24	356	306	662
25-44	263	225	488
45-64	66	77	143
65+	17	16	33
Unknown/Inconnu	7	5	12
Total	1048	931	1979

Table 2 - Results of the Mantoux Test (October 1, 1979 - August 31, 1980)/ Tableau 2 - Résultat de la réaction de Mantoux (1er octobre 1979 - 31 août 1980)

Age (Years)/ Âge (Années)	Tested/ Sujets testés	Positive and Referred/ Sujets positifs et adressés ailleurs	BCG Positive - Not Referred/ Sujets positifs à l'égard du BCG - non adressés ailleurs
0-4	193	16	5
5-9	218	32	23
10-14	175	47	24
15-24	690	254	68
25-44	458	215	27
45-64	142	105	7
65+	31	19	2
Unknown/ Inconnu	11	1	0
Total	1918	689 (35.9%)	156 (8.1%)

Results: The distribution of the refugees according to age and sex is shown in Table 1. Tables 2 and 3 show the results of the T.B. screening and the subsequent examination of the positive reactors and their chest X-rays. (The totals (689 and 757) in Tables 2 and 3 are not the same because the 757 figure includes those refugees referred by other sources as well as those referred by the Calgary Local Board of Health). Tables 4 and 5 list the number of people found with enteric organisms and their distribution. As a result of this screening, at least 15 of these 102 people found with enteric pathogens were prevented from taking employment in the food industry. Moreover, because of the Hotel-clinic's ability to test new immigrants as soon as they arrived in Calgary, many more were probably prevented from taking employment in the food handling business until they were free of enteric infection.

It was found that 14.5% of the people who had come to the hotel-clinic were not on either the Federal or Provincial

Résultats: La répartition des réfugiés en fonction de l'âge et du sexe est présentée au Tableau 1. Les Tableaux 2 et 3 présentent les résultats du dépistage de la tuberculose et de l'examen subséquent des sujets ayant réagi positivement et de leurs radiographies pulmonaires. (Si les totaux figurant aux Tableaux 2 et 3 (689 et 757) ne correspondent pas, c'est que le chiffre de 757 comprend également les réfugiés adressés ailleurs qu'au Bureau local de santé de Calgary.) Les Tableaux 4 et 5 indiquent le nombre de personnes chez qui l'on a trouvé des organismes entériques et la répartition de ces derniers. Ce dépistage a eu pour résultat qu'au moins 15 des 102 personnes touchées se sont vu interdire de travailler dans le secteur de l'industrie alimentaire. De plus, parce que la clinique située à l'hôtel était en mesure de dépister les nouveaux immigrants au fur et à mesure de leur arrivée à Calgary, il est probable que beaucoup d'autres réfugiés ont été empêchés de prendre un emploi dans l'industrie de la manipulation des aliments jusqu'à ce qu'ils soient libres d'infection entérique.

On a constaté que 14.5% des personnes qui avaient été vues à la clinique installée à l'hôtel ne figuraient ni sur la liste fédérale, ni

lists at the time. They had heard about the hotel-clinic and had decided to present themselves for evaluation.

sur la liste provinciale. Elles avaient entendu parler de la clinique et avaient décidé de s'y présenter pour un examen.

Table 3 - Results of the Follow-up for Those With a Positive Mantoux Test (October 1, 1979 - August 31, 1980)/
Tableau 3 - Résultats du suivi pour les sujets présentant une réaction de Mantoux positive (1er octobre 1979 - 31 août 1980)

757 Positive Mantoux and Referred to T.B. Services/ 757 réactions de Mantoux positives et consultation avec les services antituberculeux	Total
Positive Reactor, No Disease/Sujets réagissant positivement, absence de maladie	573
BCG Reactor, No Disease/Sujets réagissant au BCG, absence de maladie	62
Skin Test Unknown, No Desease/Réaction cutanée inconnue, absence de maladie	15
T.B. Inactive/Tuberculose inactive	84
T.B. Activity Undetermined/Activité tuberculeuse indéterminée	6 } (2.1%)
T.B. Active/Tuberculose active	10 }
Under Observation/En observation	6
Pleurisy Inactive/Pleurésie inactive	1
Total	757
Prophylaxis/Prophylaxie	
Placed on INH/INH	282
Placed on INH and Ethambutol/INH et éthambutol	14
Placed on INH and Rifampin/INH et rifampicine	2
Placed on INH, Rifampin, and Ethambutol/INH, rifampicine et éthambutol	1
Placed on INH and PAS/INH et PAS	1
Total	300 (39.6%)

Table 4 - Distribution According to Age of the Number of People Found With Enteric Organisms (October 1, 1979 - August 31, 1980)/
Tableau 4 - Répartition selon l'âge du nombre de personnes chez qui on a trouvé des organismes entériques (1er octobre 1979 - 31 août 1980)

Age (Years)/ Âge (Années)	Number Screened/ Nombre de personnes dépistées	Number Positive/ Nombre de personnes positives
0-4	204	4
5-9	220	13
10-14	188	7
15-24	682	38
25-44	484	27
45-64	139	8
65+	31	5
Unknown/Inconnu	12	-
Total	1960	102 (5.2%)

Table 5 - Distribution of Enteric Pathogens Isolated from 102 Refugees/
Tableau 5 - Répartition des microorganismes entéropathogènes isolés chez 102 réfugiés

Organisms Isolated/ Microorganismes isolés	Number of People/ Nombre de personnes
Shigella	34
Salmonella*	20
Paratyphi	1
Typhi	1
Entamoeba	51
Total	107 (some individuals had more than one organism/ Certaines personnes ont présenté plus d'un microorganisme)

*Excluding **paratyphi** and **typhi**/À l'exclusion de **paratyphi et typhi**

Conclusions: Despite the adverse conditions from which the refugees had emigrated, there was very little danger to the health of the population of Calgary. The hotel-clinic outreach program became the focal point for the refugees, their friends and sponsors for all health matters. It also provided an opportunity to explain the role of the family physician and the Local Board of Health in the community making any subsequent contact much easier.

Acknowledgements: The authors wish to thank the manager of the York Hotel, the Alberta Department of Social Services and Community Health, Dr. C. Anand, Director, Provincial Laboratory, Dr. J. Mellor, Provincial T.B. Services, Foothills Hospital, the Alberta Reception and Settlement Services, the Alberta Advanced Education and Manpower, and the Canada Employment and Immigration Commission for help in problem solving.

SOURCE: *John Z. Garson, M.D., Medical Officer of Health, and Mrs. Maxine L. Larsen, B.Sc.N., Nursing Supervisor, Communicable Disease Control and Prevention Unit, Local Board of Health, Calgary, Alberta.*

Conclusion: Malgré les conditions difficiles dans lesquelles les réfugiés avaient vécu, le danger pour la santé de la population de Calgary a été minime. Le programme de clinique avancée installée à l'hôtel est devenu le point de convergence des réfugiés, de leurs amis et de leurs parrains pour tout ce qui a trait aux questions de santé. Il a également fourni l'occasion aux autorités d'expliquer le rôle de l'omnipraticien et du Bureau local de santé dans la communauté, ce qui a grandement facilité les contacts subséquents.

Remerciements: Les auteurs désirent remercier le directeur de l'hôtel York, le ministère des Services sociaux et de Santé communautaire de l'Alberta, le Dr C. Anand, Directeur, Laboratoire provincial, le Dr J. Mellor, Services antituberculeux provinciaux, Foothills Hospital, l'Alberta Reception and Settlement Services, l'Alberta Advanced Education and Manpower et la Commission canadienne de l'Emploi et de l'Immigration, pour leur précieuse collaboration.

SOURCE: *Dr John Z. Garson, médecin-hygiéniste, et Mme Maxine L. Larsen, B.Sc.N., superviseur des soins infirmiers, Communicable Disease Control and Prevention Unit, Bureau local de santé, Calgary (Alberta).*

International Notes

HISTOPLASMOSIS SURVEILLANCE - CARIBBEAN

In February 1979, a survey was carried out in the Islands of Barbados and Trinidad and Guyana to determine the incidence of histoplasmin sensitivity in sample population groups. Cases of histoplasmosis have been described from Jamaica, Belize, Puerto Rico as well as adjacent countries of Central and South America. The organism

Notes internationales

SURVEILLANCE DE L'HISTOPLASMOSE - CARAÏBES

En février 1979, une enquête a été menée dans les îles de la Barbade et de la Trinité ainsi qu'en Guyane pour déterminer l'incidence de la sensibilité de l'histoplasmine dans des groupes types de population. On y trouve la description de cas d'histoplasmose en provenance de la Jamaïque, Belize, Porto Rico ainsi que des pays voisins d'Amérique centrale et du Sud. L'organisme **Histoplasma**

Histoplasma capsulatum has been isolated from soil, primarily in bat-infested caves, in Jamaica, found in association with hollow trees harbouring bat colonies.

Only in Trinidad was there evidence of active infection by **Histoplasma capsulatum** and a total of six cases were identified in the past 15 years. In Barbados, 102 healthy volunteers (medical staff and laboratory workers) and patients at Queen Elizabeth Hospital were tested with intradermal histoplasmin to detect delayed hypersensitivity indicating past or active infection. Four percent were positive and all of these had lived for over two years in either Jamaica, Trinidad or Guyana. Two cave workers tested had negative responses. In Trinidad 35% of hospitalized patients in Caura Chest Hospital and the General Hospital, Port of Spain, (total 86) had positive histoplasmin reactions. Histoplasmin sensitivity tends to wane above the age of 60 and if these patients are excluded, 69% of those tested were histoplasmin positive. In Best Hospital, Guyana, 29% of 52 patients with tuberculosis had positive histoplasmin tests and, if Amerindian patients were excluded from the analysis, 42% were histoplasmin positive.

Four percent of 50 sera from normal subjects or those with acute febrile illness in Trinidad had M precipitin bands to histoplasmin indicating active or past infection. This level is comparable with that found in endemic areas of the United States of America.

Soil samples were gathered from caves in Barbados colonized by bats. A similar group of samples was taken in Trinidad from an old mine, and abandoned shed, an oil bird cave in the region of Spring Hill and a house in Port of Spain. Six sites in Central Guyana, not related to bats, were also sampled. None of the soil yielded positive cultures of **Histoplasma capsulatum** following attempted isolation in mice.

There was a relatively high incidence of positive histoplasmin tests in the sample population in Trinidad and Guyana. This probably indicates past exposure, and as in other tropical countries, the expected incidence of histoplasmosis diagnosed clinically would be very low.

Although cases of histoplasmosis may occur even in areas where there is a low percentage of positive skin tests, the results from Barbados would suggest that exposure does not occur there. However, in all areas the absence of **Histoplasma capsulatum** from the soil samples does not indicate that the organism is not present in the soil and because of known problems of isolation fresh attempts to find the organism should be made. The diagnosis of histoplasmosis should be considered in undiagnosed acute febrile illnesses in Trinidad and Guyana.

SOURCE: *WHO Weekly Epidemiological Record, Vol. 55, No. 40, 1980.*

capsulatum a été isolé du sol, en particulier dans les grottes infestées par les chauves-souris, à la Jamaïque. Dans cette île, on a aussi trouvé des organismes là où les anfractuosités des arbres abritent des colonies de chauves-souris.

L'infection active par **Histoplasma capsulatum** n'a été mise en évidence qu'à la Trinité où six cas au total ont été identifiés au cours des 15 dernières années. À la Barbade, 102 volontaires sains (personnel médical et employés de laboratoires) ainsi que des malades de l'Hôpital Queen Elizabeth ont été testés à l'histoplasmine intradermique pour dépister une hypersensibilité a posteriori indiquant une infection passée ou active. Les quatre pour cent de sujets positifs avaient tous vécu pendant plus de deux ans à la Jamaïque, à la Trinité ou en Guyane. Deux ouvriers travaillant dans les grottes ont eu des réactions négatives. À la Trinité, 35% des malades hospitalisés à l'Hôpital Caura Chest et à l'Hôpital général de Port of Spain (86 au total) ont eu des réactions positives à l'histoplasmine. La sensibilité à l'histoplasmine tend à diminuer au-delà de 60 ans et si on ne tient pas compte de ces malades, 69% des individus testés présentent des réactions positives à l'histoplasmine. À l'Hôpital Best, en Guyane, 29% des 52 tuberculeux ont eu des réactions positives à l'histoplasmine et, compte non tenu des Amérindiens, 42% étaient positifs à l'histoplasmine.

À la Trinité, 4% des 50 sérums prélevés sur des sujets normaux ou souffrant d'une maladie fébrile aiguë avaient des bandes de séro-précipitation à l'histoplasmine, ce qui témoigne d'une infection active ou ancienne. Ce taux est comparable à celui relevé dans les régions endémiques des États-Unis d'Amérique.

À la Barbade, des échantillons de sol ont été prélevés dans des grottes habitées par les chauves-souris. Un même groupe d'échantillons a été prélevé à la Trinité dans une ancienne mine, un abri abandonné et une grotte à guacharos dans la région de Spring Hill ainsi que dans une maison de Port of Spain. En Guyane centrale, six sites n'ayant aucun rapport avec les chauves-souris ont également fait l'objet d'un prélèvement. Aucun sol n'a donné de cultures positives de **Histoplasma capsulatum** après un essai d'isolement chez les souris.

L'incidence des tests positifs à l'histoplasmine dans la population échantillon de la Trinité et de Guyane était assez élevée. Ceci indique une exposition ancienne probable et, comme dans d'autres pays tropicaux, l'incidence de l'histoplasmose diagnostiquée chimiquement serait sans doute très faible.

Bien que des cas d'histoplasmose puissent apparaître même dans les régions où le pourcentage des tests cutanés positifs est faible, les résultats obtenus à la Barbade donnent à penser que l'exposition se produit ailleurs. Cependant, dans toutes les régions, l'absence de **Histoplasma capsulatum** dans les échantillons de sol n'indique pas que l'organisme en soit absent, et compte tenu du fait que l'isolement pose les problèmes que l'on sait, il conviendrait de procéder à de nouveaux essais pour trouver cet organisme. Le diagnostic de l'histoplasmose devrait être envisagé dans les cas non diagnostiqués de maladies fébriles aiguës à la Trinité et en Guyane.

SOURCE: *Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS, Vol. 55, nº 40, 1980.*

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 from anyone working in the health field and will not preclude publication elsewhere.

Editor: Dr. S.E. Acres
Managing Editor: Eleanor Paulson

Bureau of 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 et la publication d'un article dans le présent Rapport n'en empêche pas la publication ailleurs.

Rédacteur en chef: Dr S.E. Acres
Rédacteur administratif: Eleanor Paulson

Bureau d'épidémiologie
Laboratoire de lutte contre la maladie
Parc Tunney
Ottawa (Ontario)
Canada K1A 0L2