

HQ 21/7/10



Canada Diseases Weekly Report

Update

CANADA	INFLUENZA	NATIONAL
	INFLUENZA	

Canada: By the end of February, strains of type A (H3N2) influenza virus antigenically similar to A/Bangkok/1 or 2/79 had been detected in all regions. During the previous 3-4 weeks, there had been some illness due to H1N1 strains. Similarly, in the United States, by the end of January, 15 states had reported influenza A (H1N1) activity. As can be seen from Table 1, there have been only 2 laboratory confirmations of type B virus to date in Canada.

Rapport hebdomadaire des maladies au Canada

CANADIANA

C7

MAR 10 1981

Mise à jour

LA GRIPPE

Canada: À la fin du mois de février, on avait mis en évidence dans toutes les régions, des souches de virus grippal de type A (H3N2) antigéniquement semblables à A/Bangkok/1 ou 2/79. Au cours des 3 ou 4 semaines précédentes, un certain nombre d'affections attribuables à des souches H1N1 avaient été signalées. Aux États-Unis, également, à la fin du mois de janvier, 15 états avaient signalé une activité grippale attribuable au virus A (H1N1). Comme le démontre le Tableau 1, il n'y a eu, à ce jour, que 2 confirmations en laboratoire, du virus de type B au Canada.

Table 1 - Laboratory Confirmations of Influenza Virus in Canada, 1980-1981/
Tableau 1 - Confirmations en laboratoire de virus grippaux au Canada, 1980-1981

Influenza A/Virus grippal A			Influenza B/ Virus grippal B	Total
H3N2	H1N1	Untyped/Non typé		
166	20	223	2	411

Worldwide: Since the beginning of the season, influenza-like illness in the northern hemisphere has been mainly attributable to type A (H3N2) strains antigenically similar to A/Bangkok/79 and, more recently, type A (H1N1) strains similar to A/Brazil/78. Both subtypes have caused illness at epidemic levels in many countries. The exception has been the USSR where illness has been associated with influenza B virus; only a few strains of type A (H3N2) virus were detected in Moscow in November 1980.

SOURCE: Judy Peacocke, Health Studies Officer, Communicable Disease Division, Bureau of Epidemiology, L.C.D.C., Ottawa.

A Case Report

TOXIC-SHOCK SYNDROME - QUEBEC

A second case of TSS was diagnosed and treated recently at the University of Sherbrooke Hospital Centre. The first case was reported in detail in an earlier issue of CDWR(1). A clinical summary of this second case is presented below.

On January 8, 1981, a 21-year-old seamstress presented at the Hospital Centre with symptoms of nausea and vomiting. She had been in excellent health until January 6, when shortly after supper, she developed a severe chill followed by marked nausea

À l'échelle mondiale: Depuis le début de la saison, les affections d'allure grippale signalées dans l'hémisphère nord étaient principalement attribuables à des souches de type A (H3N2) antigéniquement semblables à A/Bangkok/79 et, plus récemment encore, à des souches de type A (H1N1) antigéniquement semblables à A/Brésil/78. Les deux sous-types ont été à la source d'épidémies dans de nombreux pays. Fait exception l'U.R.S.S., où les affections ont été liées au virus grippal B; seules quelques souches de virus du type A (H3N2) ont été mises en évidence à Moscou, en novembre 1980.

SOURCE: Judy Peacocke, Agent des études sur la santé, Division des maladies transmissibles, Bureau de l'épidémiologie, L.L.C.M., Ottawa.

Un rapport de cas

SYNDROME DE CHOC TOXIQUE - QUÉBEC

Un deuxième cas de SCT a récemment été diagnostiqué et traité au Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke. Le premier cas a été signalé en détail dans un numéro antérieur du R.H.M.C.(1). Voici un résumé clinique du deuxième cas.

Le 8 janvier 1981, une couturière de 21 ans se rend au Centre hospitalier, présentant des nausées et des vomissements. Elle était en excellente santé lorsque, le 6 janvier, peu de temps après le dîner, elle éprouve un malaise caractérisé par de sévères frissons ainsi que des nausées et



and vomiting. She experienced diffuse abdominal pain, became feverish, and had several episodes of bloodless diarrhea (10-15/24 h). She rapidly became weak and was very dizzy upon standing. Within 48 hours she became completely anuric. Her menstrual period had commenced 2 days prior to the onset of illness and she was using Playtex superabsorbant tampons. Headaches, diffuse myalgias and arthralgias (shoulders, elbows, knees) were other symptoms.

A physical examination on arrival revealed an acutely ill, toxic, and apathetic patient. Her buccal temperature was 38.9°C, pulse 120; blood pressure was unobtainable (60 mm of Hg at the pulse). Her face was edematous and flushed. She had a sunburn-like rash on her face and extremities. Bilateral conjunctival hyperemia was present, and all muscles were tender on palpation. A greenish vaginal discharge was noted. The rest of the physical exam was normal.

The following laboratory results were obtained: Hct 47%, Hgb 15.8 g/dL, WBC 19 200/mm³ (neutros 69, non-segmented neutros 22, lymphos 1, monos 6, metamyelocytes 2), platelets 254 000/mm³, sedimentation rate 38 mm/h, electrolytes normal, serum creatinine 6.6 mg/dL, pH 7.37, HCO₃ 7.3 mEq/L, pCO₂ 12.8 mm Hg, pO₂ 107 mm Hg, Ca⁺⁺ 6.32 mg/dL, protein 5.8 g/dL, and blood glucose 114 mg/dL. Urinalysis revealed the following: specific gravity 1.026, pH 5.0, WBC 50-100/HPF, RBC 20-50/HPF, and hyaline granular and hematinic casts. Blood, sputum, throat and urine cultures were negative. Penicillin-resistant *Staphylococcus aureus* was isolated from the vaginal discharge. A chest X-ray, abdomen flat plate and EKG were normal. The CPK level was 6.27 x normal, SGOT 2.5 x normal, SGPT 2.95 x normal, and the serum bilirubin was 1.5 mg/dL. The lactic acid serum level was normal. C3 and C4 serum proteins were normal. A VDRL test, Monospot® slide test and Streptozyme Agglutination Test were all negative.

Close observation in the intensive care unit was maintained and intravenous hydration was instituted with NaCl (0.9%) and dextrose (5% in 0.45% NaCl) solutions to correct hypovolemic shock. Dramatic clinical and biological improvement was noted 36 hours after intravenous therapy was commenced. A total of 10.5 litres had been administered during this time. On January 12, the serum creatinine was 1.0 mg, CPK level 1.79 x normal, SGOT 1.45 x normal, and SGPT 2.45 x normal. The hemogram, serum and urinalysis were normal on January 13. A vaginal culture also done on that day was negative for *S. aureus*. Fine peri-buccal desquamation commenced January 13. She was discharged from the hospital the next day on oral dicloxacillin 250 mg q 6 h for 14 days.

At a follow-up examination January 28, the patient indicated that desquamation of the fingers had occurred 1 week after discharge. The SGOT and SGPT were 1.7 x and 1.73 x normal respectively. She was feeling well and was advised to no longer use tampons.

Reference:

1. CDWR, 6: 209, 1980.

SOURCE: J. André Marcoux, M.D., Director, and Raymond Duperval, M.D., Infectious Diseases Division, and Michael Doyle, M.D., Internal Medicine, University of Sherbrooke Hospital Centre, Sherbrooke, Quebec.

des vomissements profus. Elle ressent une douleur abdominale diffuse, devient fiévreuse et présente plusieurs épisodes de diarrhée non sanglante (10-15/24 h). Elle devient vite faible et éprouve des étouffissements en se levant. Au bout de 48 heures, elle est complètement anurique. Ses règles avaient commencé 2 jours avant l'apparition de l'affection et elle se servait de tampons Playtex superabsorbants. Elle présente également des céphalées, des myalgies et des arthralgies diffuses (au niveau des épaules, des coudes et des genoux).

L'examen physique réalisé à son arrivée indique que la patiente est gravement malade, atteinte de toxicose et apathique. Température buccale de 38,9°C et pouls de 120; impossible de prendre sa tension artérielle (60 mm de Hg au pouls). Elle a la figure oedématueuse et rouge. Elle présente une éruption évoquant un coup de soleil à la figure et aux extrémités. La patiente accuse une hyperémie conjonctivale bilatérale, tous ses muscles sont tendres au toucher et elle a des pertes vaginales verdâtres. Les autres éléments de l'examen physique sont dans la limite de la normale.

Voici les résultats des tests de laboratoire: hématocrite 47%, hémoglobine 15,8 g/dL, numération des leucocytes 19 200/mm³ (neutrocytes 69, neutrocytes non segmentés 22, lymphocytes 1, monocytes 6, métamyélocytes 2), plaquettes 254 000/mm³, taux de sédimentation 38 mm/h, électrolytes - dans la limite de la normale, créatinine sérique 6,6 mg/dL, pH 7,37, HCO₃ 7,3 mEq/L, pCO₂ 12,8 mm Hg, pO₂ 107 mm Hg, Ca⁺⁺ 6,32 mg/dL, protéines 5,8 g/dL, et glycémie 114 mg/dL. L'analyse de l'urine présentait les caractéristiques suivantes: densité 1,026, pH 5,0, numération des leucocytes 50-100 aux forts grossissements du microscope, numération érythrocytaire 20-50 aux forts grossissements du microscope, et présence de cylindres hyalins, granuleux et hématiniques. Les cultures de sang, de crachat, de la gorge et d'urine étaient négatives. On a isolé *Staphylococcus aureus* résistant à la pénicilline des pertes vaginales. Une radiographie pulmonaire, une radiographie de l'abdomen et l'électrocardiogramme se situaient dans la limite de la normale. CPK: 6,27 x la normale, SGOT: 2,5 x la normale, SGPT: 2,95 x la normale, bilirubine sérique: 1,5 mg/dL. La concentration d'acide lactique sérique était normale. Les protéines sériques C3 et C4 se situaient dans la limite de la normale. Les résultats du test VDRL, du test sur lame Monospot® et la réaction d'agglutination Streptozyme étaient tous négatifs.

La patiente fut surveillée de près dans l'unité de soins intensifs et on lui administra un régime d'hydratation comprenant des solutions de NaCl (0,9%) et de dextrose (5% dans 0,45% NaCl) pour corriger l'hypovolémie. On nota une amélioration clinique et biologique remarquable dans les 36 heures suivant la thérapie intraveineuse. On avait administré 10,5 L de soluté au cours de cette période. Le 12 janvier: créatinine sérique = 1,0 mg, CPK = 1,79 x la normale, SGOT = 1,45 x la normale et SGPT = 2,45 x la normale. L'hémogramme, les données sérielles et l'analyse de l'urine étaient tous normaux le 13 janvier. Une culture vaginale prélevée ce jour-là était négative à l'égard de *S. aureus*. Une fine desquamation péri-buccale s'est manifestée le 13 janvier. La patiente fut renvoyée de l'hôpital le jour suivant et on lui prescrivit 250 mg de cloxacilline, à prendre aux 6 heures pendant 14 jours.

À l'examen de post-observation le 28 janvier, la patiente a mentionné que ses doigts avaient commencé à se desquamer une semaine après son congé. Les concentrations de SGOT et de SGPT étaient de 1,7 x la normale et de 1,73 x la normale, respectivement. La patiente se sentait bien et on lui a conseillé de ne plus utiliser de tampons.

Référence:

1. R.H.M.C., 6: 209, 1980.

SOURCE: Docteur J. André Marcoux, Directeur, et docteur Raymond Duperval, Division des maladies infectieuses, et docteur Michael Doyle, Médecine interne, Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke, Sherbrooke (Québec).

International Notes

**TOXIC-SHOCK SYNDROME -
ENGLAND, WALES AND IRELAND**

Some characteristics of strains of *Staphylococcus aureus* isolated from 6 clinically-diagnosed cases of TSS have been reported recently. A summary of the findings is presented in Table 1. The strains were isolated from the vagina and sometimes from other sites as well. In 2 cases, vaginal cultures yielded 2 strains of staphylococci.

**Table 1 - Characteristics of *S. aureus* strains isolated from clinically-diagnosed cases of tampon-associated TSS/
Tableau 1 - Caractéristiques des souches de *S. aureus* isolées chez des cas de SCT
liés à l'utilisation de tampons et diagnostiqués cliniquement**

Case/ Cas	Phage Type/ Lysotype	Enterotoxin/ Entérotoxine	Production of:/Production de:			Resistant to/ Résistant à
			Epidermolytic Toxin/ Toxine épidermolytique	PEA/ EPA	Haemolysin/ Hémolysine	
1	29/52	A	-	+	(±)	P, Cd
2	Not typable/ Non typable	A	-	+	(±)	P, Cd
3	29/52/80+	A	-	+	(±)	P, Cd
4	29/52/80 3C/55	A	-	+	(±)	P, Cd
4	29/52/80 3C/55	-	+	+	+	P, S, T, N
5	29/52/70/80	-	Not done/ Non effectuée	+	(±)	P, Cd
6	29	-	Not done/ Non effectuée	+	+	Cd
	3C/55/71	-	Not done/ Non effectuée	-	+	Cd

P Penicillin/
Pénicilline

S Streptomycin
Streptomycine

N Neomycin/
Néomycine

Cd Cadmium

T Tetracycline/
Tétracycline

+ Positive

- Negative/
Négative

(±) Weakly positive/
faiblement positive

PEA Pyrogenic exotoxin A/
Exotoxine pyrogène A

SOURCE: Communicable Disease Report, No. 4, 30th January, 1981, issued by the PHLS Communicable Disease Surveillance Centre, London, England.

SOURCE: Communicable Disease Report, n° 4, le 30 janvier 1981, publié par le PHLS Communicable Disease Surveillance Centre, Londres, Angleterre.

Announcement

**SEMINAR ON THE EPIDEMIOLOGY OF
COMMUNICABLE DISEASES - SCOTLAND**

This Seminar will be held from April 27 to May 1, 1981 at Ruchill Hospital, Glasgow, Scotland. It is organized jointly by the Communicable Diseases (Scotland) Unit and the University of Glasgow Departments of Infectious Diseases and Community Medicine.

Early application is suggested because enrolment for this course is limited. The fee is £ 95.

Further information and application forms can be obtained by contacting:

Dr. A.G. Jessamine,
Bureau of Epidemiology,
Laboratory Centre for Disease Control,
Tunney's Pasture,
Ottawa, Ontario.
K1A 0L2
(613) 996-4041

Avis

**SÉMINAIRE SUR L'ÉPIDÉMIOLOGIE
DES MALADIES TRANSMISSIBLES - ÉCOSE**

Le séminaire aura lieu du 27 avril au 1er mai 1981 au Ruchill Hospital, Glasgow, Écosse. Il est organisé conjointement par le Communicable Diseases (Scotland) Unit et les départements des maladies infectieuses et de médecine communautaire de l'Université de Glasgow.

Il est recommandé de s'inscrire rapidement étant donné que la liste d'inscription est limitée. Les frais s'élèvent à £ 95.

On peut obtenir des formulaires d'inscription ainsi que des renseignements additionnels en communiquant avec la personne suivante:

Dr A.G. Jessamine
Bureau d'épidémiologie
Laboratoire de lutte contre la maladie
Parc Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 0L2
(613) 996-4041

**SURVEILLANCE DATA ON SELECTED DISEASES/
DONNÉES DE SURVEILLANCE POUR CERTAINES MALADIES**

Cumulative totals to January 24, 1981

Totaux cumulatifs jusqu'au 24 janvier 1981

Disease/Maladie	Canada	Nfld./ T.-N.	P.E.I./ Î.-P.-É.	N.S./ N.-É.	N.B./ N.-B.	Que./ Qué.	Ont.	Man.	Sask.	Alta./ Alb.	B.C./ C.-B.	Yukon	N.W.T./ T.N.-O.
Amoebiasis/ Amibiase 006	Notifications	105	-	-	-	-	-	104	-	1	-	-	-
	Lab./Labo. Identification	42	2	-	-	-	-	..	18	-	22	-	-
Brucellosis/ Brucellose 023	Notifications	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	Lab./Labo. Identification	-	-	-	-	-	-	..	-	-	-	-	-
Giardiasis/ Giardiase 007.1	Notifications	295	-	-	-	-	-	285	-	3	-	7	-
	Lab./Labo. Identification	118	8	-	9	11	-	..	18	-	72	-	-
Malaria/ Paludisme 084	Notifications	2	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-
	Lab./Labo. Identification	3	-	-	-	-	-	..	3	-	-	-	-
Psittacosis/ Psittacose 073	Notifications	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Lab./Labo. Identification	-	-	-	-	-	-	..	-	-	-	-	-
Tetanus/ Tétanos 037	Notifications	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Lab./Labo. Identification	-	-	-	-	-	-	..	-	-	-	-	-
Tularemia/ Tularémie 021	Notifications	8	-	-	-	-	-	8	-	-	-	-	-
	Lab./Labo. Identification	-	-	-	-	-	-	..	-	-	-	-	-

NOTE: Cumulative total includes amendments to previously published figures/

Le total cumulatif comprend les révisions dans les chiffres déjà publiés

Notifications are the number of cases reported by physicians whereas laboratory identifications are either the number of isolations or serological confirmations made. Hence the latter can include several positive laboratory results on the same patient over a period of time. This distinction between these 2 categories should be kept in mind when looking at the figures presented in this table./

Les notifications représentent le nombre de cas signalés par les médecins tandis que les identifications en laboratoire constituent soit le nombre d'isolats obtenus ou le nombre de cas confirmés sérologiquement. Par conséquent, les identifications en laboratoire peuvent comprendre plusieurs résultats de laboratoire positifs provenant d'un même malade sur une certaine période de temps. Lorsqu'on examine les chiffres présentés dans ce tableau, il faut garder à l'esprit la distinction entre ces 2 catégories de données.

It should also be remembered that for conditions such as amoebiasis, brucellosis and giardiasis, positive laboratory identifications may represent the carrier state or asymptomatic infections, NOT clinically apparent disease; therefore, notification of cases is not likely to occur in such instances./

Il faudrait également se rappeler que pour des maladies comme l'amibiase, la brucellose et la giardiase, les identifications en laboratoire positives peuvent représenter l'état de porteur ou des infections asymptomatiques, soit une maladie qui n'est pas cliniquement apparente; dans ces circonstances, il est par conséquent peu probable que la notification des cas ait lieu.

- No cases reported or identified/Aucun cas déclaré ou identifié

.. Not available or not notifiable/Non disponible ou déclaration non obligatoire

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
(613) 996-4041

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
(613) 996-4041