



Canada Diseases Weekly Report

Rapport hebdomadaire des maladies au Canada

CANADIANA

C2

JUN 04 1981

PELVIC INFLAMMATORY DISEASE - CANADA

Because trends in reported gonococcal infections, and presumably in other non-reportable sexually transmitted infections, have increased in Canada since the early 1960s, an increase could be anticipated in the various forms of pelvic inflammatory disease (PID). Weström⁽¹⁾ has estimated the incidence of PID in women, age 15-39, in industrialized countries to be 10-13 per 1000 with a peak incidence of 20 per 1000 in the 20-24 year-age group.

A review of hospital separations for various forms of non-pregnancy - non-puerperal associated pelvic infections and their consequences in Canada from 1961 to 1967 reveals an increasing trend commencing about 1967. Data for the period 1961 to 1977 indicate an increased hospitalization rate of approximately 50% (91 to 139 per 100 000) (Figure 1). Analysis of age-specific rates reveals a 69% (185-311) increase for women aged 15-24, and a 31% (195-256) increase for those 25-44.

When clinical (acute, recurrent and chronic) PID is converted to the International Classification of Disease (Amended) (ICDA) Codes 612, 613, 614 and 616, extreme differences are observed in the figures for the same code in various

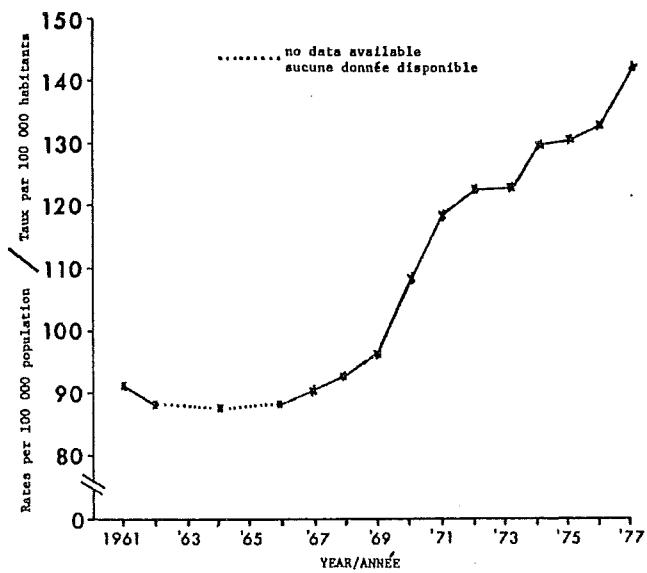
ATTEINTE INFLAMMATOIRE PELVIENNE - CANADA

Du fait que les tendances relatives aux cas déclarés d'infections gonococciques, et vraisemblablement celles d'autres infections transmises par voie sexuelle à déclaration non obligatoire aient connu une hausse au Canada depuis le début des années 60, on peut vraisemblablement s'attendre à une augmentation des diverses formes d'atteintes inflammatoires pelviennes (AIP). Weström⁽¹⁾ a estimé que la fréquence d'atteinte inflammatoire pelvienne chez les femmes âgées de 15 à 39 ans des pays industrialisés était de 10 à 13 cas par 1000 habitants, avec une fréquence de pointe de 20 cas par 1000 habitants chez le groupe d'âges de 20 à 24 ans.

Si on examine les formules de congé d'un hôpital en ce qui concerne diverses formes d'infections pelviennes qui ne sont pas liées à la grossesse ou à l'accouchement et leurs suites au Canada pour la période de 1961 à 1967, on constate qu'il s'est produit une tendance à la hausse vers 1967. Les données pour la période de 1961 à 1977 font état d'une augmentation dans le taux d'hospitalisation de quelque 50% (91 à 139 cas par 100 000) (Figure 1). L'analyse des taux selon l'âge permet de constater une augmentation de 69% (185 à 311) chez les femmes âgées de 15 à 24 et une de 31% pour celles de 25 à 44 ans.

Si on range les cas cliniques (aigus, récurrents et chroniques) d'atteinte inflammatoire pelvienne sous les codes 612, 613, 614 et 616 de la version modifiée de la Classification internationale des maladies (CIM), on constate que les chiffres pour le même code des diverses

**Figure 1 - PID in Canada (excluding Ontario): Hospital Separation Rates 1961 - 1977/
Figure 1 - AIP au Canada (à l'exclusion de l'Ontario): Taux des congés de l'hôpital 1961 - 1977**

Health and Welfare
CanadaSanté et Bien-être social
CanadaDate of publication: May 23, 1981
date de publication: 23 mai 1981

Vol. 7-21

provinces - e.g., Ontario, Quebec, Alberta and British Columbia (Table 1). Consequently, the national trends in PID in Canada reported here are based on the cumulative totals of these 4 categories.

provinces présentent des différences extrêmes - par exemple l'Ontario, le Québec, l'Alberta et la Colombie-Britannique (Tableau 1). Par voie de conséquence, les tendances nationales de l'atteinte inflammatoire pelvienne au Canada qui sont présentées dans le présent article sont basées sur les totaux cumulatifs de ces 4 catégories.

Table 1 - PID in Canada and the Provinces: Rates per 100 000 hospital admissions for selected ICDA Codes/
Tableau 1 - AIP au Canada et dans les provinces: Taux par 100 000 admissions à l'hôpital pour certains codes
de la version modifiée de la Classification internationale des maladies

ICD8/ CIM8	Nfld/ T.-N.	P.E.I/ I. du P.-É.	N.S./ N.-É.	N.B./ N.-B.	Que/ Qué	Ont.	Man.	Sask.	Alta/ Alb.	B.C./ C.-B.	Canada
612	4	3	5	1	12	1	4	7	13	10	7
613	3	0	2	3	5	1	3	2	5	5	3
614	19	22	13	23	28	16	15	31	14	14	20
616	139	115	106	105	47	144	124	133	179	164	118
Cumula- tive/ Cumula- tifs 612 to/à 616	165	140	126	132	92	162	146	173	211	193	148

When age-specific percentages are considered on a national basis for 1977, women under 25 accounted for 59% of "acute", 52% of "unqualified" and 43% of the "parametrial-peritoneal" forms of the disease. The same age group accounted for 27% of the "chronic" PID separations (Table 2), despite the variations noted in Table 1.

Between 1971 and 1977, rates (per 100 000 population) for ectopic pregnancies in women aged 15-24 increased from 34 to 48, and for those aged 25-34 from 61 to 72. When calculated against total pregnancies (deliveries + abortions) for the same time period, the rate increase was from 4.6 to 6.8 per 1000 pregnancies or from 1:216 to 1:147 pregnancies, and from 1:189 to 1:130 deliveries (Table 3).

En examinant les pourcentages selon l'âge, établis à l'échelle nationale pour l'année 1977, on constate que les femmes de moins de 25 ans intervenaient pour 59% des formes aiguës, pour 52% des formes non qualifiées et pour 43% des formes paramétriales-péritonéales. Malgré les variations signalées dans le Tableau 1, le même groupe d'âges comptait pour 27% des congés de l'hôpital où le diagnostic était une atteinte inflammatoire pelvienne chronique.

Entre 1971 et 1977, les taux (par 100 000 habitants) de grossesse ectopique chez les femmes de 15 à 24 ans ont augmenté de 34 à 48, et de 61 à 72 chez les femmes âgées de 25 à 34 ans. Si on le calcule en regard du nombre total de grossesses (accouchements et avortements) pour cette même période, le taux est passé de 4.6 à 6.8 par 1000 grossesses ou de 1:216 à 1:147 grossesses, et de 1:189 à 1:130 accouchements (Tableau 3).

Table 2 - PID in Canada: Hospital Admissions 1977 -
Percentage Age Distribution/
Tableau 2 - AIP au Canada: Admissions à l'hôpital 1977 -
Répartition du pourcentage selon l'âge

ICD8/ CIM8	DIAGNOSIS/ DIAGNOSTIC	AGE/ÂGE					
		<15	15-19	20-24	25-34	35-44	45+
612 n = 774	Acute Salpingitis and Oophoritis/Salpingite aiguë et ovarite	1.4%	26.1%	31.6%	29.2%	8.6%	3.0%
613 n = 344	Chronic salpingitis and Oophoritis/Salpingite chronique et ovarite	0.3%	4.9%	22.1%	47.1%	20.9%	4.6%
614 n = 2 288	Salpingitis and Oophoritis Unqualified/Salpingite et ovarite non qualifiée	1.8%	21.6%	28.4%	32.5%	10.0%	5.6%
616 n = 13 817	Diseases of Parametrium and Pelvic Peritoneum/Affections du paramétrium et du péritoine pelvin	0.9%	17.4%	24.9%	36.2%	14.3%	6.3%
TOTAL n = 17 223	-	1.0%	18.1%	25.6%	35.6%	13.6%	6.0%

SOURCE: HOSPITAL MORBIDITY - STATISTICS CANADA/
MORBIDITÉ HOSPITALIÈRE - STATISTIQUE CANADA

The frequency of PID-associated surgical procedures analyzed for this report has been restricted to unilateral tubal resections during the period 1969 to 1974. The frequency of this procedure increased by 75% over this period, and in 1974, 56% of these operations were in women aged 25-34 years.

Female infertility has also been associated with STD and PID. In the United States⁽²⁾, it has been estimated that infertility occurs in more than 20% of PID cases caused by sexually transmitted organisms. In Canada, between 1969

Table 3 - Ratio of Ectopic Pregnancies to Total Pregnancies and Deliveries - Canada, 1971-1977/
Tableau 3 - Rapport entre les grossesses ectopiques et le nombre total de grossesses et d'accouchements - Canada, 1971-1977

	ECTOPIC PREGNANCY/ GROSSESSES ECTOPIQUES	TOTAL PREGNANCY/ TOTAL DES GROSSESSES	TOTAL DELIVERIES/ TOTAL DES ACCOUCHEMENTS	RATIO/RAPPORT	
				ECTOPIC TOTAL PREGNANCIES/ TOTAL DES GROSSESSES ECTOPIQUES	TOTAL DELIVERIES/ TOTAL DES ACCOUCHEMENTS
1971	2 314	499 934	436 374	1/216	1/189
1972	2 458	486 344	420 403	1/198	1/171
1973	2 486	485 605	419 684	1/195	1/169
1974	2 767	491 610	424 830	1/178	1/153
1975	2 964	499 192	435 240	1/168	1/147
1976	2 950	497 164	432 717	1/168	1/147
1977	3 350	493 714	435 224	1/147	1/130

Aux fins du présent article, la fréquence des interventions chirurgicales liées à l'AIP, analysée, n'intéresse que les résections unilatérales des trompes pour la période de 1969 à 1974. La fréquence de cette intervention a augmenté de 75% au cours de cette période, et en 1974, 56% de ces interventions ont été pratiquées chez des femmes âgées de 25 à 34 ans.

La stérilité féminine a également été liée aux maladies transmises par voie sexuelle et à l'atteinte inflammatoire pelvienne. Aux États-Unis⁽²⁾, il a été estimé que la stérilité se produit chez plus de 20% des cas d'AIP attribuable à des organismes transmis par

and 1977, the rate of hospitalizations for female infertility tripled from 14 to 42 per 100 000 population.

Should the present rate of salpingitis and other pelvic infections continue as sequelae of sexually transmitted infection, hospital admission rates for PID in the year 2000 will exceed 700 per 100 000 women aged 20-24, that means those born between 1975 to 1980.

There is an obvious need for more detailed studies on PID in Canada.

References:

1. Weström L. Am J Obstet Gynecol 1980;138:880-92.
2. Curran JW. Am J Obstet Gynecol 1980;138:848-51.

SOURCE: A.G. Jessamine, M.B., Ch.B., Bureau of Epidemiology, L.C.D.C., Ottawa.

NON-GONOCOCCAL URETHRITIS

Non-gonococcal urethritis (NGU) is a condition frequently seen in STD (sexually transmitted disease) clinics and by private physicians. In a recent survey done by the Centers for Disease Control, Atlanta, the incidence of NGU in STD clinics equalled that of gonococcal urethritis⁽¹⁾. Demographic data indicate that NGU is significantly commoner than gonorrhea among university students and higher socioeconomic groups in the U.S. In the United Kingdom, the reported incidence of NGU exceeds that of gonorrhea by nearly two fold. NGU is now the most common sexually transmitted disease in Canada, the U.K. and the U.S. Probably 60-70% of all cases of urethritis is non-gonococcal. The complications of NGU, especially in women, as it relates to erosion of the cervix, salpingitis, cervicitis, puerperal infection, sterility and pelvic inflammatory disease, are identical to those of gonococcal infection and, therefore, pose a formidable and disturbing health problem.

In the past, there has been great controversy over the etiologic agent of NGU, but the present consensus is that Chlamydia trachomatis is responsible for 30-60% of cases. The etiology of non-chlamydial NGU remains uncertain, but Ureaplasma urealyticum (T strain mycoplasma) may account for approximately 50% of such cases. Other causes of NGU include Herpesvirus hominis, Trichomonas vaginalis and Candida albicans.

Chlamydia are obligate intracellular parasites which are similar in structure to gram-negative bacteria. They require a host cell (i.e., columnar epithelium) for survival and replication, are susceptible to antibiotics, and cause a variety of diseases in animals and man. The genus Chlamydia may be classified as follows:

Species/ Espèce	Serotype/ Sérotyp	Disease/ Affection
Chlamydia psittaci		Psittacosis/Psittacose
Chlamydia trachomatis	L-1, L-2, L-3 A, B, Ba, C D - K	Lymphogranuloma venereum/Lymphogranulomatose vénérienne Endemic trachoma/Trachome endémique Inclusion conjunctivitis/ Conjonctivite d'inclusion Urethritis, Epididymitis/ Urétrite, épидидимите Cervicitis, Proctitis/ Cervicite, proctite Pneumonia of newborn/ Pneumonie du nouveau-né

voie sexuelle. Au Canada, entre 1969 et 1977, le taux d'hospitalisation en raison d'une stérilité féminine a triplé, passant de 14 à 42 cas par 100 000 habitants.

Si le taux actuel de salpingite et d'autres infections pelviennes devait persister comme séquelles d'une infection transmise par voie sexuelle, les taux d'hospitalisation attribuable à une AIP pour l'an 2000 s'élèvera à plus de 700 par 100 000 femmes âgées de 20 à 24 ans, c'est-à-dire les femmes qui sont nées entre 1975 et 1980.

Il y aurait nettement lieu de réaliser des études plus détaillées sur l'AIP au Canada.

Références:

1. Weström L. Am J Obstet Gynecol 1980;138:880-92.
2. Curran JW. Am J Obstet Gynecol 1980;138:848-51.

SOURCE: A.G. Jessamine, M.B. B.Ch, Bureau d'épidémiologie, L.I.C.M!, Ottawa.

URÉTRITE NON GONOCOCCIQUE

L'urétrite non gonococcique (UNG) est une affection fréquemment diagnostiquée dans les consultations de maladies transmises par voie sexuelle (MTVS) et dans les cabinets privés de médecins. Au cours d'un récent sondage réalisé par les Centers for Disease Control à Atlanta, la fréquence de l'urétrite non gonococcique diagnostiquée par les consultations de maladies transmises par voie sexuelle était la même que celle de l'urétrite gonococcique⁽¹⁾. Les données démographiques indiquent que l'urétrite non gonococcique est sensiblement plus commune que la blennorragie chez les étudiants d'université et les groupes socioéconomiques supérieurs aux États-Unis. Au Royaume-Uni, la fréquence signalée d'UNG dépasse de près de deux fois celle de la blennorragie. L'urétrite non gonococcique est, à l'heure actuelle, la maladie transmise par voie sexuelle la plus commune au Canada, aux R.-U. et aux É.-U. Selon toute probabilité, 60 à 70% de tous les cas d'urétrite sont non gonococciques. Les complications de l'UNG, surtout chez les femmes, qui se rattachent à l'érosion du col de l'utérus, à la salpingite, à la cervicite, à l'infection puerpérale, à la stérilité et à l'atteinte inflammatoire pelvienne sont identiques à celles d'une infection gonococcique et posent donc un problème de santé redoutable et inquiétant.

Par le passé, il y a eu beaucoup de controverses au sujet de l'agent étiologique de l'UNG, mais selon le consensus d'opinion actuel, Chlamydia trachomatis est responsable de 30 à 60% des cas. L'étiologie de l'UNG non chlamydiale demeure incertaine, mais il se peut que Ureaplasma urealyticum (mycoplasme de la souche T) soit responsable de 50% de tels cas. Parmi les autres organismes responsables de l'UNG, mentionnons Herpesvirus hominis, Trichomonas vaginalis et Candida albicans.

Les Chlamydia sont des parasites intracellulaires obligatoires ayant une structure semblable aux bactéries gram-négatives. Ils doivent s'en remettre à une cellule hôte (c'est-à-dire, l'épithélium cylindrique) pour leur survie et leur réplication, ils sont sensibles aux antibiotiques et causent une variété de maladies chez l'animal et chez l'homme. Voici comment on peut classer le genre Chlamydia:

NOTIFIABLE DISEASES SUMMARY

SOMMAIRE DES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE

DISEASE - MALADIE	ICD9 — CIM9	CANADA		NFLD.-T.-N.		P.E.I.-I.P.-É.		N.S.-N.-É.		N.B.	
		Current Période cour.	TOTAL CUMUL.		Current Période cour.	TOTAL CUMUL.		Current Période cour.	TOTAL CUMUL.		Current Période cour.
			1981	1980		1981	1980		1981	1980	
Anthrax - Charbon	022	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Botulism - Botulisme	005.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chancroid - Chancre mou	099.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cholera - Choléra	001	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Diphtheria - Diphthéria	032	-	1	23	-	-	-	-	-	-	-
Food Poisoning - Toxi-infection alimentaire *1	-	-	47	133	-	-	-	-	-	2	-
Gonococcal Infections gonococciques	098.4	-	2	5	-	-	-	-	-	-	-
Others - Autres *2	-	2794	15384	15270	52	277	215	5	25	43	78
Total Gonococcal Infections Toutes infections gonococciques *3	098	2794	15386	15275	52	277	215	5	25	43	78
Hepatitis A - Hépatite virale A	070.0 070.1	78	334	453	-	3	3	3	6	3	-
Hepatitis B - Hépatite virale B	070.2 070.3	81	274	368	-	-	3	-	-	-	4
Lassa Fever - Fièvre de Lassa	078.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Leprosy - Lépre	030	-	3	6	-	-	-	-	-	-	-
Measles - Rougeole	055	316	1174	5234	138	453	142	-	-	43	128
Meningitis Encephalitis Bactérienne	320.0	28	70	60	1	3	1	-	-	-	2
Pneumococcal - à Pneumocoques	320.1	6	19	16	1	2	-	-	-	-	1
Others - Autres *4	-	7	29	32	1	4	3	-	-	-	1
Meningitis/Encephalitis Virale Méninigte/Encéphalite virale *5	-	12	41	50	-	-	-	-	-	1	1
Meningococcal Infections Infections à ménigingoques	036	15	71	106	-	4	5	-	-	3	1
Paratyphoid - Paratyphoïde	002.1- 002.9	2	13	6	-	-	-	-	-	-	-
Pertussis - Coqueluche	033	113	769	659	4	17	34	5	57	11	2
Plague - Peste	020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Poliomyelitis - Poliomyélite	045	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rabies - Rage	071	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rubella - Rubéole	056	185	655	1528	-	3	26	-	-	14	17
Congenital Rubella - Rubéole congénitale	771.0	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-
Salmonellosis - Salmonellose *6	003	316	1792	2000	31	93	45	6	7	13	10
Shigellosis - Shigellose	004	150	560	594	-	1	1	-	-	4	-
Smallpox - Variôle	050	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Syphilis Early (Primary and Secondary) Syphilis récente (Primaire et secondaire)	091	36	328	370	-	4	1	-	-	1	7
Syphilis (Other) - Syphilis (autre)	090, 092-097	66	495	628	-	1	-	-	-	1	5
Total Syphilis - Syphilis (toutes)	090-097	102	823	998	-	5	1	-	-	1	12
Trichinosis - Trichinose	124	1	5	1	-	-	-	-	-	-	-
Primary Tuberculosis Primo-infection tuberculeuse	010	6	24	24	-	-	3	-	-	2	-
T.B. - Bacteriologically Confirmed	Respiratory Respiratoire	011,012	78	305	279	3	7	15	1	5	1
T.B. - Confirmée par examen bactériologique	Non-Respiratory Non respiratoire	013-018	18	77	63	-	1	2	-	-	1
T.B. - Not Bacteriologically Confirmed	Respiratory Respiratoire	011,012	56	214	160	-	1	1	-	1	2
T.B. - Non confirmée par examen bactériologique	Non-Respiratory Non respiratoire	013-018	16	39	31	2	2	1	-	-	4
Typhoid - Typhoïde	002.0	7	19	25	-	-	-	-	-	-	-
Viral Haemorrhagic Fever (excluding Lassa Fever 078.8) Flèvre hémorragique à virus (sauf de Lassa 078.8)	065,078	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Yellow Fever - Fièvre jaune	060	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

1. (excluding Botulism 005.1; Salmonellosis 003 and Shigellosis 004) (including Staphylococcal 005.0; Clostridium perfringens 005.2; other Clostridia 005.3; Vibrio parahaemolyticus 005.4; Bacillus cereus 005.8; unspecified 005.9)

(sauf Botulisme 005.1; Salmonellose 003 et Shigellose 004) (incluant Staphylocoques 005.0; Clostridium perfringens 005.2; autres Clostridia 005.3; Vibrio parahaemolyticus 005.4; Bacillus cereus 005.8; sans précision 005.9)

2. (all 098 categories excluding 098.4) - (toutes les rubriques de 098 sauf 098.4)

3. (all 098 categories including 098.4) - (toutes les rubriques 098, y compris 098.4)

4. (all other categories excluding Meningococcal 036 and Tuberculosis 013.0) - (toutes les autres rubriques sauf à Ménigingoques 036 et Tuberculeuse 013.0)

5. (all categories except Measles 055; Poliomyelitis 045; Rubella 056; Viral Haemorrhagic Fever 078; Yellow Fever 060) - (toutes les rubriques sauf Rougeole 055; Poliomyélite 045; Rubéole 056; Fièvre hémorragique à virus 078; et Fièvre jaune 060)

6. (excluding Typhoid 002.0; Paratyphoid 002.1-002.9) - (sauf Typhoïde 002.0; Paratyphoïde 002.1-002.9)

New cases reported for the 4-week period ending April 18, 1981/Nouveaux cas déclarés pour la période de 4 semaines se terminant le 18 avril 1981

QUÉBEC		ONTARIO		MANITOBA		SASKATCHEWAN		ALBERTA		B.C.-C.-B.		YUKON		N.W.T.-T.N.-O.				
Current Période cour.	TOTAL CUMUL.		Current Période cour.	TOTAL CUMUL.		Current Période cour.	TOTAL CUMUL.		Current Période cour.	TOTAL CUMUL.		Current Période cour.	TOTAL CUMUL.		Current Période cour.	TOTAL CUMUL.		
	1981	1980		1981	1980		1981	1980		1981	1980		1981	1980		1981	1980	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
-	1	2	-	43	55	-	1	3	-	-	-	-	1	-	-	71	-	1
-	2	..	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	-	-	-	-
354	1578	1296	..	3919	4581	303	1331	1152	196	762	715	942	3602	3318	670	2813	2947	32
354	1578	1298	..	3920	4582	303	1331	1152	196	762	715	942	3602	3318	670	2814	2949	32
5	9	1	9	66	135	11	22	53	10	39	73	14	87	75	25	96	90	1
14	24	9	50	170	264	2	17	6	5	19	55	4	20	20	3	10	5	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	2	-	-	1	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5	35	942	85	392	3590	9	18	62	11	26	232	15	73	147	3	13	85	2
1	1	1	13	32	32	-	1	2	3	7	7	5	15	9	3	8	-	2
1	1	-	1	6	12	2	2	2	-	1	1	1	4	1	-	2	-	-
3	6	3	2	5	8	-	-	2	1	5	13	-	6	3	-	2	-	-
-	1	3	8	14	23	-	-	1	1	8	15	-	3	1	2	10	4	-
2	.15	18	5	31	29	-	1	1	1	1	4	1	5	17	5	6	26	-
-	2	3	2	7	2	-	-	-	-	-	-	-	1	-	4	-	-	-
8	32	2	65	484	280	-	1	2	6	17	80	6	18	37	14	105	200	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
32	79	90	49	253	543	1	8	33	8	26	261	72	242	519	6	18	42	-
-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
117	364	261	-	708	961	17	94	70	17	66	47	30	135	208	76	238	212	-
29	70	50	21	85	142	23	118	112	22	98	65	22	108	121	10	34	72	2
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19	64	62	..	168	228	-	7	4	1	4	6	2	25	20	14	48	47	-
39	138	177	..	232	341	7	30	3	-	3	9	9	49	42	10	35	52	-
58	202	239	..	400	569	7	37	7	1	7	15	11	74	62	24	83	99	-
1	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
1	1	2	1	10	3	3	6	3	-	1	1	4	1	-	2	8	-	-
16	56	59	19	98	74	7	27	17	4	11	8	9	16	12	11	54	64	-
6	11	12	7	46	29	-	4	5	3	4	2	-	3	-	2	6	5	-
23	66	51	17	100	39	5	12	9	2	3	6	1	3	3	5	23	40	-
1	2	1	3	13	7	1	4	8	1	1	-	1	2	7	11	12	-	
4	8	1	1	8	17	-	1	-	-	-	-	2	2	3	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Data for this table were retrieved from CANSIM,
Statistics Canada's machine-readable data base.

Les données pour le présent tableau ont été obtenues de CANSIM,
la base de données ordinolinguées de Statistique Canada.

NOTE - NOTA

Cumulative total includes amendments to previously published figures.
Le total cumulatif comprend les révisions dans les chiffres déjà publiés.

" Not available .. Non disponible
" No cases reported .. Aucun cas déclaré

C. trachomatis (D - K) are the Chlamydia serotypes which produce genitourinary disease in humans and which can be sexually transmitted. In the male, NGU occurs following an incubation period of 1-2 weeks (possibly up to 3 weeks), and may present with dysuria with/without a discharge (mucoid). Regular female partners of symptomatic males are also endocervix culture positive in 60-80% of cases, and may demonstrate cervicitis and mucopurulent discharge although the vast majority are asymptomatic.

In most situations, the diagnosis of NGU is one of exclusion. Symptoms of dysuria and discharge with a negative smear for *Neisseria gonorrhoeae* but evidence of leukocytes usually results in a diagnosis of NGU. In areas where culture facilities are available for the isolation of Chlamydia, confirmation is relatively simple.

It is possible to acquire both NGU and gonorrhea during one exposure, and due to the difference in incubation periods, NGU only becomes evident following the resolution of the gonococcal infection.

Treatment with tetracycline (500 mg q.i.d.) should last for 2 weeks; if a smaller dose is given (1 g/day), the treatment period should be extended to 3 weeks. Treatment should be for both the patient and his or her regular sexual contacts. The tetracycline analogues (doxycycline or minocycline) 100 mg b.i.d. for 2 weeks have also proven to be equally effective. The twice daily dosage is a distinct advantage and more convenient for patient compliance. If follow-up cultures remain positive, the patient may require prolonged therapy. An argument supporting the routine use of tetracycline as a first line drug for gonococcal infection is that it will also eradicate *C. trachomatis*, thereby, hopefully preventing the occurrence of NGU. Erythromycin given orally in the same dosage may be substituted in patients who are pregnant, do not respond to, or are allergic to tetracycline.

Regular sexual partners of infected males should be treated not only to decrease the prevalence of the disease in the community but also to protect unborn neonates. Infants born to "Chlamydia positive" mothers are at risk of developing inclusion conjunctivitis (TRIC) and a rather distinctive "pneumonia of newborns".

Until recently, it was thought that infections produced by *C. trachomatis* were relatively benign. Newer evidence, however, indicates that undiagnosed or poorly managed NGU infections may lead to serious complications. These include prostatitis and epididymitis in the male. In women, it may result in the same complications as gonococcal infection - salpingitis, PID., cervical erosion or cervicitis, puerperal infections and sterility. Eye infections (TRIC) may occur in adults of either sex.

SOURCE: B. Romanowski, M.D., Director, Social Hygiene Services, Alberta Social Services and Community Health, Edmonton (as reported in *Epidemiologic Notes and Reports*, Vol. 5, No. 2/3, 1981) and R.L. Persad, M.D., Senior Medical Consultant, Venereal Disease Control Section, Ontario Ministry of Health, Toronto (as reported in the *Communicable Disease Control Report* for the week ending January 10, 1981).

C. trachomatis (D - K) sont les sérotypes de Chlamydia qui causent des affections génito-urinaires chez l'homme et qui se transmettent par voie sexuelle. Chez l'homme, l'UNG se manifeste suivant une période d'incubation de 1 à 2 semaines (peut-être jusqu'à 3 semaines) et peut être accompagnée de dysurie avec ou non écoulement (mucoïde). Les partenaires féminines habituelles des hommes symptomatiques présentent également une culture positive de la muqueuse du canal cervical utérin dans 60 à 80% des cas et peuvent avoir une cervicite et un écoulement mucopurulent, bien que la vaste majorité d'entre elles soient asymptomatiques.

Dans la plupart des cas, le diagnostic d'une UNG se fait par exclusion. On arrive habituellement au diagnostic d'UNG s'il y a dysurie et écoulement et si le frottis est négatif à l'égard de *Neisseria gonorrhoeae* mais qu'il met en évidence des leucocytes. Dans les régions qui disposent d'installations pour l'isolement de Chlamydia, la confirmation est relativement simple.

L'on peut contracter l'UNG et la blennorragie au cours d'une même exposition et, en raison de la différence que présentent les périodes d'incubation, l'UNG ne devient manifeste que suivant la disparition de l'infection gonococcique.

Le traitement de cette affection avec de la tétracycline (500 mg q.i.d.) devrait durer 2 semaines; si on administre une plus petite dose (1 g/jour), il faut prolonger le traitement d'une (1) semaine. Il faut traiter tant le patient que ses partenaires sexuels habituels. Les antibiotiques analogues à la tétracycline (doxycycline ou minocycline), soit une prise de 100 mg b.i.d. pendant 2 semaines, se sont avérés tout aussi efficaces. Le fait d'administrer ce médicament deux fois par jour constitue un avantage distinct et rend plus commode la conformité. Si les cultures de post-observation demeurent positives, il se peut qu'il faille prolonger le traitement. Selon un argument invoqué à l'appui de l'utilisation courante de la tétracycline comme médicament de choix pour l'infection gonococcique, ce médicament permettra également d'éliminer *C. trachomatis* et, de la sorte prévenir, espère-t-on, l'UNG. On peut remplacer la tétracycline par la même quantité d'érythromycine administrée par voie buccale aux femmes enceintes, et aux sujets qui ne réagissent pas ou qui sont allergiques à la tétracycline.

Il faut traiter les partenaires sexuels habituels des hommes infectés non seulement pour réduire la prévalence de l'affection dans la collectivité mais également pour protéger les nourrissons à naître. Les nourrissons nés de mères positives à l'égard de Chlamydia risquent de contracter une conjonctivite d'inclusion (TRIC) et une pneumonie des nourrissons plutôt caractéristique.

Jusqu'à tout récemment, on croyait que les infections dues à *C. trachomatis* étaient relativement bénignes. De nouvelles données indiquent toutefois que des urétrites non gonococciques non diagnostiquées ou mal traitées peuvent entraîner de sérieuses complications, dont, entre autres, la prostatite et l'épididymite chez l'homme. Chez la femme, cette affection peut donner lieu aux mêmes complications que celles d'une infection gonococcique, soit une salpingite, une atteinte pelvienne inflammatoire, l'érosion du col de l'utérus ou une cervicite, des infections puerpérales et la stérilité. Des infections de l'œil (TRIC) peuvent se produire chez les adultes des deux sexes.

SOURCE: Dr B. Romanowski, Directeur des Services d'hygiène sociale, Services sociaux et santé communautaire de l'Alberta, Edmonton (comme il a été signalé dans la publication *Epidemiological Notes and Reports*, Vol. 5, no 2/3, 1981) et Dr R.L. Persad, Conseiller médical principal, Section de la lutte contre les maladies vénériennes, ministère de la Santé de l'Ontario, Toronto (comme il a été signalé dans la publication *Communicable Disease Control Report* de la semaine se terminant le 10 janvier 1981).

International Notes

TURNING THE TIDE - DRAMATIC DECREASE IN GONORRHEA AND SYPHILIS - ALASKA

Alaska's gonorrhea rate declined in 1980 for the third consecutive year. A dramatic rate reduction of 17% represented a decrease of 910 cases of civilian gonorrhea, the greatest decrease ever in gonorrhea cases in Alaska. In spite of this decrease, Alaska still has the highest gonorrhea rate of any state in the United States - 1081 cases per 100 000 population. The numbers of civilian gonorrhea cases and the rates per 100 000 population for the years 1970 to 1980 in Alaska are listed in Table 1. Figure 1 shows these rates compared to the overall rates for the United States during this same time period.

Table 1 - Numbers of Civilian Gonorrhea Cases and the Rates per 100 000 Population, 1970-1980, Alaska/
Tableau 1 - Nombre de cas de blennorragie chez la population civile et les taux par 100 000 habitants, 1970-1980, Alaska

Year/ Année	Number of cases/ Nombre de cas	Rate/Taux 100 000
1970	2 225	821.2
1971	2 540	897.5
1972	2 098	714.9
1973	2 766	911.9
1974	2 983	916.0
1975	3 714	979.0
1976	4 342	1116.5
1977	5 183	1341.9
1978	5 133	1303.1
1979	4 986	1301.5
1980	4 076	1081.1

In addition to the 4076 civilian gonorrhea cases reported in 1980, there were an additional 245 military cases reported, fewer than the 258 cases reported in 1979.

The prevention of 910 cases of gonorrhea in 1980 resulted in saving at least \$161,678 in direct medical costs. A breakdown of these costs is as follows:

688 males - uncomplicated gonorrhea at \$77/case*	\$ 51,436
206 females - uncomplicated gonorrhea at \$77/case*	\$ 15,862
<u>36</u> females** - gonococcal PID at \$2,600/case*	\$ 94,380
<u>910</u> cases	\$ 161,678

*Based on treatment costs provided by CDC, Atlanta, GA.

**Based on a projection that 15% of Alaska's female gonorrhea patients will develop PID

The number of Alaskan cases of early syphilis (including primary, secondary, and early latent cases) decreased 42%, from 45 cases (including 4 military cases) in 1979 to 26 cases (including 5 military cases) in 1980. The 21 civilian cases reported in 1980 represented a rate of 5.5 per 100 000 population compared to the U.S. rate of approximately 20 per 100 000 population.

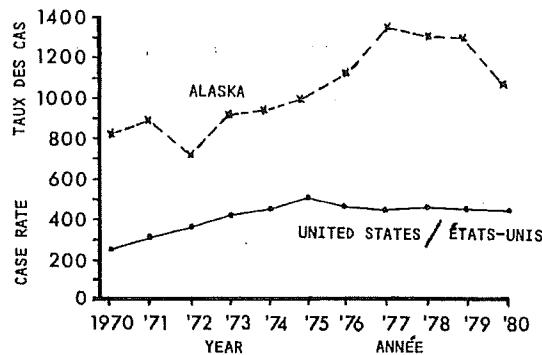
SOURCE: Communicable Disease Bulletin, Week Ending February 13, 1981, No. 5, published by the Section of Communicable Disease Control, Alaska Department of Health and Social Services, Anchorage, Alaska.

Notes internationales

LA TENDANCE SE RENVERSE - RÉDUCTION DRAMATIQUE DANS LE NOMBRE DE CAS DE BLENNORRAGIE ET DE SYPHILIS - ALASKA

Pour la troisième année consécutive, l'Alaska a connu, en 1980, une réduction dans le nombre de cas de blennorragie. Une réduction considérable de 17% représentait une réduction de 910 cas de blennorragie chez la population civile, soit la plus importante réduction dans les cas de blennorragie jamais enregistrée en Alaska. Et, en dépit de cela, l'Alaska détient toujours le taux le plus élevé de cas de blennorragie de tous les états américains, - soit 1081 cas par 100 000 habitants. Le Tableau 1 présente le nombre de cas de blennorragie chez la population civile et les taux par 100 000 habitants pour les années 1970 à 1980 en Alaska. La Figure 1 présente les mêmes taux et les compare aux taux globaux des États-Unis pour la même période.

Figure 1 - Civilian Gonorrhea Rates per 100 000 Population 1970-1980/
Figure 1 - Taux de cas de blennorragie chez la population civile par 100 000 habitants - 1970-1980



Outre les 4076 cas de blennorragie signalés chez la population civile en 1980, il y a eu 245 cas chez la population militaire, soit moins que les 258 cas déclarés en 1979.

La prévention de 910 cas de blennorragie en 1980 a permis de réaliser des économies d'au moins \$161 678 en matière de frais médicaux directs. Voici la ventilation de ces frais:

688 hommes - blennorragie sans complications à \$77 le cas*	\$ 51,436
206 femmes - blennorragie sans complications à \$77 le cas*	\$ 15,862
<u>36</u> femmes** - salpingite gonococcique aiguë à \$2,600 le cas*	\$ 94,380
<u>910</u> cas	\$ 161,678

*Chiffre basé sur les coûts du traitement, fournis par le CDC, Atlanta, GA.

**Chiffre basé sur une extrapolation où 15% des cas de blennorragie féminins de l'Alaska vont développer une salpingite aiguë.

Le nombre de cas de syphilis tardive en Alaska (y compris les cas latents primaires, secondaires et tardifs) a connu une réduction de 42%, passant de 45 cas (y compris 4 cas chez la population militaire) en 1979 à 26 cas (y compris 5 cas chez la population militaire) en 1980. Les 21 cas signalés chez la population civile en 1980 représentent un taux de 5.5 cas par 100 000 habitants, comparativement au taux des É.-U. qui s'élève à quelque 20 cas par 100 000 habitants.

SOURCE: Communicable Disease Bulletin de la semaine se terminant le 13 février 1981, no 5, publié par la Section of Communicable Disease Control, Alaska Department of Health and Social Services, Anchorage, Alaska.

SURVEILLANCE OF β -LACTAMASE PRODUCING
GONOCOCCI - UNITED KINGDOM

The Communicable Disease Surveillance Centre and the Venereal Disease Reference Laboratory received a total (provisional) of 199 reports of β -lactamase producing gonococci during 1980. This is almost double the figure (104) for 1979. The distribution of the cases by age and sex is shown in Table 1.

Table 1 - The Distribution of the Cases with β -Lactamase Producing Gonococci,
by Age and Sex, United Kingdom, January-December 1980/
Tableau 1 - Distribution des cas d'infection par des gonocoques producteurs de
 β -lactamase, par âge et par sexe, Royaume-Uni, janvier-décembre 1980

	Age in Years/Age en années							TOTAL
	<16	16-19	20-24	25-34	35-44	>45	N/S	
Male/Sexe masculin	1(15 yrs/ans)	7	26	50	20	12	26	142
Female/Sexe féminin	0	6	9	13	4	2	6	40
Not stated/Sexe non précisé	0	0	0	0	0	0	17	17
TOTAL	1	13	35	63	24	14	49	199

Of the 199 infections, 106 were thought to have been contracted overseas (89 males, 7 females, 10 sex not stated) and 21 were contracted from persons infected overseas (13 males, 8 females). The countries of origin of these 127 were the Far East (47), including Thailand (28), Singapore (5), Philippines (4) and Malaysia (2); West Africa (48), including Nigeria (30) and Ghana (13); Europe (14), including Netherlands (5); Middle East (7); West Indies (4); Indian sub-continent (3); 'Africa' (2); East Africa (1); not stated (1). Fifty-one (51) infections were presumed to have their source in the United Kingdom (31 males, 20 females). London continues to be one of the most frequently mentioned source areas. In 20 cases, the source of infection was not known (9 males, 5 females, 6 sex not stated).

SOURCE: Communicable Disease Report, No. 40, 1980 and No. 5, 1981, issued by the PHLS Communicable Disease Surveillance Centre, London, England.

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

SURVEILLANCE DES GONOCOQUES PRODUCTEURS DE
 β -LACTAMASE - ROYAUME-UNI

Le Communicable Disease Surveillance Centre et le Venereal Disease Reference Laboratory ont reçu au total 199 rapports portant sur des infections par des gonocoques producteurs de β -lactamase au cours de 1980. Ce chiffre représente près de deux fois le nombre de cas (104) signalés pour l'année 1979. Le Tableau 1 présente la répartition des cas selon l'âge et le sexe.

Table 1 - The Distribution of the Cases with β -Lactamase Producing Gonococci,
by Age and Sex, United Kingdom, January-December 1980/
Tableau 1 - Distribution des cas d'infection par des gonocoques producteurs de
 β -lactamase, par âge et par sexe, Royaume-Uni, janvier-décembre 1980

	Age in Years/Age en années							TOTAL
	<16	16-19	20-24	25-34	35-44	>45	N/S	
Male/Sexe masculin	1(15 yrs/ans)	7	26	50	20	12	26	142
Female/Sexe féminin	0	6	9	13	4	2	6	40
Not stated/Sexe non précisé	0	0	0	0	0	0	17	17
TOTAL	1	13	35	63	24	14	49	199

Sur ces 199 infections, 106 avaient été contractées outre-mer (89 cas masculins, 7 cas féminins, 10 cas sans précision du sexe) et 21 étaient dues à une contamination par des personnes qui avaient été infectées outre-mer (13 cas masculins, 8 cas féminins). Les pays d'origine de ces 127 infections étaient les suivants: Extrême-Orient (47), comprenant: Thaïlande (28), Singapour (5), Philippines (4) et Malaisie (2); Afrique occidentale (48), comprenant: Nigeria (30) et Ghana (13); Europe (14), comprenant: Pays-Bas (5); Moyen-Orient (7); Antilles (4); la péninsule indienne (3); "Afrique" (2); Afrique orientale (1); non indiqué (1). Pour 51 infections, l'origine semblait être le Royaume-Uni (31 cas masculins, 20 cas féminins). Londres continue à être l'un des points géographiques les plus fréquemment mentionnés. Pour 20 cas, l'origine de l'infection n'était pas connue (9 cas masculins, 5 cas féminins, 6 cas de sexe non précisé).

SOURCE: Communicable Disease Report, no 40, 1980 et no 5, 1981, publié par le PHLS Communicable Disease Surveillance Centre, Londres, Angleterre.

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 œuvrant 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