



Canada Diseases
Weekly Report

ISSN 0382-232X

NATIONAL DISEASE SURVEILLANCE RATIONALE

Rapport hebdomadaire des maladies au Canada

CANADIEN

JUN 13 1983

Date of publication: June 4, 1983 Vol. 9-23
Date de publication: 4 juin 1983 Vol. 9-23

CONTAINED IN THIS ISSUE:

Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) - Canada	89
A Hemophilia A Patient with AIDS - British Columbia	90
Pneumocystis carinii Pneumonia - Nova Scotia	90
Human T-Cell Leukemia Virus Infection in Patients with AIDS: Preliminary Observations - United States.....	92

CONTENU DU PRÉSENT NUMÉRO:

Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) - Canada	89
Hémophile du type A atteint du SIDA - Colombie-Britannique	90
Pneumonie interstitielle à Pneumocystis carinii - Nouvelle-Écosse	90
Infection attribuable au virus de la leucémie humaine à lymphocytes T chez des malades atteints du SIDA: observations préliminaires - États-Unis ..	92

Update

ACQUIRED IMMUNE DEFICIENCY SYNDROME (AIDS) - CANADA

The Laboratory Centre for Disease Control has received 25 reports of AIDS cases fitting the CDC definition(1) since February 1982.

Twenty-three (23) of the cases were male, ranging in age from 25-51 years (mean 35). The 2 females were 25 years and 4 months of age and were unrelated. Acquired (or congenital) immune deficiency syndrome has been reported in Canada(2) and the USA(3).

Fourteen (14) of the 23 male cases were homosexual, and 7 were heterosexual; in 4 cases the sexual orientation was unknown or was not applicable.

Fourteen (14) of the cases were Canadian born, 9 were Haitian and the country of birth for the remaining 2 was unknown. Thirteen (13) resided in Quebec, 7 in Ontario, 3 in British Columbia, and 2 in Nova Scotia. The 2 cases from Nova Scotia and 1 of the British Columbia cases (the most recent case to be reported) are described in more detail in this issue.

Three (3) of the 7 cases with Kaposi's sarcoma, 9 of the 12 with *Pneumocystis carinii* pneumonia and 5 of the 6 suffering from other opportunistic infections had died by the time the reports had been received at LCDC. The case-fatality rate has been 68.8% for those cases diagnosed more than 1 year ago. The average survival time was 8.8 months (range 2-24 months).

Reports of 8 other patients who do not fit the CDC case definition but involve AIDS risk factors have also been received. Six (6) of the 8 cases were homosexuals. A male patient with hemophilia A and a male Haitian accounted for the remainder. Two (2) of the 6 homosexuals have died of lymphomata.

Four (4) case reports originated in Quebec, 2 in Ontario and 2 in British Columbia. Six (6) cases were Canadian born, 1 was a recent Haitian immigrant and 1 was born in the United States.

References:

1. Centers for Disease Control. MMWR 1982; 31:507-8, 513-4.

[2nd Class Mail Registration Pending]

Mise à jour

SYNDROME D'IMMUNODÉFICIENCE ACQUISE (SIDA) - CANADA

Depuis février 1982, le Laboratoire de lutte contre la maladie a reçu 25 rapports sur des cas de SIDA correspondant à la définition des CDC(1).

Dans 23 cas, il s'agissait d'hommes âgés de 25 à 51 ans (moyenne: 35 ans). Les 2 cas féminins - une femme de 25 ans et un bébé de 4 mois - n'avaient aucun lien de parenté. Des cas de syndrome d'immunodéficience acquise (ou congénitale) ont été signalés au Canada(2) et aux États-Unis(3).

Parmi les 23 hommes atteints, on comptait 14 homosexuels et 7 hétérosexuels; pour ce qui est des 4 autres cas, la tendance sexuelle était inconnue ou la question sans objet.

Au total, 14 des sujets étaient nés au Canada et 9 étaient Haïtiens; quant aux 2 autres, on ignorait leur pays d'origine. Treize (13) habitaient au Québec, 7 en Ontario, 3 en Colombie-Britannique, et 2 en Nouvelle-Écosse. Le présent numéro donne des précisions sur les 2 cas de la Nouvelle-Écosse et sur 1 de ceux de la Colombie-Britannique (le dernier cas signalé).

Au moment de la réception des rapports par le LLCCM, on avait déjà enregistré le décès de 3 des 7 sujets atteints du sarcome de Kaposi, de 9 des 12 cas présentant une pneumonie à *Pneumocystis carinii* et de 5 des 6 malades souffrant d'autres infections opportunistes. Chez les sujets dont le diagnostic datait de plus d'un an, le taux de létalité a été de 68,8%. La période de survie fut, en moyenne, de 8,8 mois (de 2 à 24 mois).

On a également reçu des rapports sur 8 autres malades dont les cas ne correspondent pas à la définition des CDC, mais qui présentent des facteurs de risque du SIDA. Dans 6 cas, il s'agissait d'homosexuels; l'un des 2 autres était atteint d'hémophilie A et le dernier était Haïtien. Deux (2) des 6 homosexuels sont morts de lymphomes.

Quatre (4) cas ont été signalés par le Québec, 2 par l'Ontario et 2 par la Colombie-Britannique. Six (6) des sujets étaient nés au Canada, 1 était un immigrant haïtien arrivé depuis peu au pays et 1 était d'origine américaine.

Références:

1. Centers for Disease Control. MMWR 1982; 31:507-8, 513-4.

Permis d'affranchissement au tarif de 2^e classe en instance



2. Laboratory Centre for Disease Control. CDWR 1983; 9:13-4.
3. Centers for Disease Control. MMWR 1982; 31:665-7.

SOURCE: AG Jessamine, MB, ChB, M Todd, MSc, Bureau of Epidemiology, LCDC, Ottawa.

A Case Report

A HEMOPHILIA A PATIENT WITH AIDS - BRITISH COLUMBIA

A 29-year-old male hemophilia A patient from New Westminster presented with weight loss, night sweats and lymphadenopathy in February 1983. He later developed fever and headaches and was admitted to hospital where he was found to have 3 intracerebral lesions; he died very quickly. Autopsy results showed disseminated toxoplasmosis. His hemophilia had always been controlled quite well, mainly with cryoprecipitate. He had had ankle surgery for undetermined reasons towards the end of 1981, at which time he was given concentrated Factor VIII. There was no history of drug abuse or homosexual activity, and according to available information, the patient was a Canadian citizen and had resided in Canada for most (if not all) of his life. He was originally from Ontario, having moved to British Columbia in the early 1980s.

SOURCE: Reported by the Canadian Red Cross (British Columbia Branch) to the Division of Epidemiology, British Columbia Ministry of Health.

PNEUMOCYSTIS CARINII PNEUMONIA - NOVA SCOTIA

Two (2) cases of community-acquired *Pneumocystis carinii* pneumonia were recently diagnosed in Halifax. The first case meets the case definition for the acquired immune deficiency syndrome (AIDS) but suggests that community-acquired *P. carinii* pneumonia can occur in the absence of risk factors and lymphocyte abnormalities recently associated with AIDS. The second case is the first report from the Maritime provinces of AIDS with typical immunologic features and risk factors.

Case 1: A 42-year-old black male, dockyard worker developed progressive shortness of breath, sputum production and malaise in August 1982. In September, fever, chills, pleuritic chest pain, and an increase in his cough occurred. A bronchoscopy was performed but no diagnosis could be confirmed. One month later a right upper lobe cavitary infiltrate was noted on chest roentgenogram. The patient was hospitalized and begun on isoniazid and rifampin for presumed tuberculosis. Serologic tests for *Mycoplasma pneumoniae*, *Legionella* species, Q fever and chlamydia were negative. Repeat bronchoscopic cultures grew no acid fast bacilli, but *Aspergillus*, *Penicillium* and *Candida* species were isolated. The patient improved slightly until mid-November, when increased cough, sputum production, fever and shortness of breath required re-hospitalization. Chest roentgenogram demonstrated some resolution of the right upper lobe infiltrate but new diffuse, bilateral, perihilar infiltrates had developed. Open lung biopsy was performed and *P. carinii* organisms were identified throughout the specimen. No histologic changes of viral infection were noted but cytomegalovirus (CMV) was also isolated from the lung.

Postoperatively, the patient required mechanical ventilation for progressive hypoxia. Intravenous trimethoprim-sulfamethoxazole was begun and the patient became afebrile and had some improvement of his hypoxia. However, 4 days later his fever recurred and his hypoxia increased. Intramuscular pentamidine was begun with some

2. Laboratoire de lutte contre la maladie. RHMC 1983; 9:13-4.

3. Centers for Disease Control. MMWR 1982; 31:665-7.

SOURCE: AG Jessamine, BM, BCh, M Todd, MScS, Bureau d'épidémiologie, LCLM, Ottawa.

Exposé de cas

HÉMOPHILE DU TYPE A ATTEINT DU SIDA - COLOMBIE-BRITANNIQUE

En février 1983, un homme de New Westminster, âgé de 29 ans et atteint d'hémophilie A, présente une perte de poids, des sueurs nocturnes et une lymphadénopathie. Par la suite, il manifeste de la fièvre et des céphalées; il est admis à l'hôpital où l'on constate qu'il présente 3 lésions cérébrales; peu de temps après, on enregistre son décès. L'autopsie révèle une toxoplasmose généralisée. On avait toujours relativement bien maîtrisé son hémophilie, principalement à l'aide de cryoprécipité. Vers la fin de 1981, opéré à la cheville pour des raisons non précisées, il avait reçu un concentré de facteur VIII. Il n'avait aucun antécédent de toxicomanie ou d'activité homosexuelle. Autant que l'on sache, il s'agissait d'un Canadien qui avait presque toujours résidé au pays (si ce n'est pendant toute sa vie). D'origine ontarienne, il s'était installé en Colombie-Britannique au début des années 80.

SOURCE: Signalé par la Société canadienne de la Croix-Rouge (Section de la Colombie-Britannique) à la Division d'épidémiologie du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique.

PNEUMONIE INTERSTITIELLE À PNEUMOCYSTIS CARINII - NOUVELLE-ÉCOSSE

On a récemment signalé à Halifax 2 cas de pneumonie interstitielle à *Pneumocystis carinii* (pneumocystose) d'origine communautaire. Le premier correspond à la définition de cas du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), mais suggère que la pneumocystose peut se produire en l'absence de facteurs de risque et d'anomalies lymphocytaires que l'on associe depuis peu au SIDA. L'autre est le premier rapport des provinces atlantiques sur un cas de SIDA présentant des particularités immunologiques et des facteurs de risque caractéristiques.

Cas n° 1: En août 1982, un débardeur de race noire âgé de 42 ans manifeste des difficultés respiratoires, des expectorations et des malaises de nature évolutive. En septembre, il présente de la fièvre, des frissons, des douleurs thoraciques pleurétiques et une aggravation de la toux. Malgré une bronchoscopie, on ne peut confirmer de diagnostic. Un mois plus tard, un radiogramme thoracique permet de constater la présence d'un infiltrat cavitaire du lobe supérieur droit. Le malade est hospitalisé et on amorce un traitement à l'isoniazide et à la rifampine pour tuberculose présumée. La sérologie est négative à l'égard de *Mycoplasma pneumoniae*, des espèces *Legionella*, de la fièvre Q et du genre *Chlamydia*. De nouveaux prélèvements recueillis au cours d'une bronchoscopie ne permettent de cultiver aucun bacille acido-résistant, mais permettent d'isoler des espèces du genre *Aspergillus*, *Penicillium* et *Candida*. L'état du malade s'améliore légèrement; vers la mi-novembre, il doit cependant être hospitalisé de nouveau, car la toux, les expectorations, la fièvre et les difficultés respiratoires se sont aggravées. Un radiogramme thoracique permet de constater que l'infiltrat du lobe supérieur droit s'est quelque peu résorbé, mais que d'autres infiltrats périhilaires, diffus et bilatéraux, se sont développés. On pratique une biopsie pulmonaire par thoracotomie et on identifie des microorganismes *P. carinii* dans tout le prélèvement. On n'observe aucune modification histologique due à une infection virale, mais le cytomegalovirus (CMV) est également isolé du poumon.

Après l'intervention, le malade a besoin de ventilation artificielle en raison d'hypoxie évolutive. On amorce un traitement intraveineux avec du triméthoprime-sulfaméthoxazole; le malade devient afebrile et l'hypoxie s'atténue quelque peu. Cependant, 4 jours plus tard, la fièvre reprend et l'hypoxie s'aggrave. Un traitement intramusculaire à la pentamidine entraîne une certaine

improvement but was shortly followed by a relentless deterioration in his pulmonary function. He died 26 days after admission. A serum specimen drawn 2 days prior to death was positive for *P. carinii* antigen.

The patient was non-Haitian with no history of blood transfusion, drug abuse or homosexual activity. There was no travel history, and no contact with groups known to be at risk for AIDS. Pertinent laboratory studies during his admission included the presence of cutaneous anergy to several screening tests, normal serum immunoglobulin except for an elevation in IgE, glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency, no lymphopenia or neutropenia. Special lymphocyte studies demonstrated a normal T-cell helper/suppressor ratio (OKT4/OKT8=7.8) but a decrease in lymphocyte blastogenesis to phytohemagglutinin (PHA) and CMV complement fixation (CF) antigen (AD-169 strain of CMV).

Case 2: In December 1982, a 48-year-old white male, resident of Halifax developed a 'flu-like' illness characterized by fever, night sweats and diffuse myalgia. He recovered but shortly developed increasing shortness of breath. His local physician treated him with amantadine for 3 weeks but his shortness of breath continued and he developed a dry hacking cough. His appetite also deteriorated and on hospitalization he admitted to a 9.5kg (21 lb) weight loss. He denied fever, chills or hemoptysis. He was hospitalized on 14 February for further evaluation.

On physical examination he had prominent axillary and cervical adenopathy but a normal pulmonary examination. Chest roentgenogram showed extensive perihilar interstitial and alveolar infiltrates, predominantly of the upper lobes. White blood count on admission was 4100 with 2100 polymorphonuclear leucocytes and 1100 lymphocytes. An open lung biopsy was performed and *P. carinii* organisms were identified throughout the specimen. No other viral, fungal or bacterial pathogens were identified. The patient was begun on oral, followed by intravenous trimethoprim-sulfamethoxazole with symptomatic improvement and partial clearing of the pulmonary infiltrates. His hospital course was complicated only by the development of *Herpes simplex* infection limited to the mouth. The patient has been a resident of Halifax for 12 years. He is bisexual but has had no active intercourse of any type for 2 years because of impotence. He had no homosexual contacts in Nova Scotia, but had engaged in receptive oral sex with 2 unknown males in Montreal in October 1982. He had also had a single, similar homosexual contact in Boston, Massachusetts in June 1982.

Laboratory studies during his hospitalization demonstrated cutaneous anergy and impaired lymphocyte blastogenesis to PHA and CMV CF antigen. Quantitative immunoglobulins showed polyclonal elevations in IgM, IgG and IgA fractions. Special lymphocyte studies demonstrated marked lymphopenia with a T-cell helper/suppressor ratio (OKT4/OKT8) of 0.1.

Discussion: The second case of community-acquired *P. carinii* pneumonia is clearly consistent with the epidemiologic, clinical and laboratory features of AIDS as it is now emerging. The patient is a previously healthy male homosexual who developed an opportunistic infection accompanied by laboratory data showing a profound defect in cell-mediated immunity, accompanied by hypergamma-globulinemia. It seems likely that he acquired the putative agent causing AIDS from 1 of his 2 sexual contacts in Montreal or from his 1 sexual contact in Boston. Unfortunately, these contacts were anonymous and could not be traced to determine whether they have laboratory or clinical evidence of AIDS.

amélioration, mais, très vite, la fonction pulmonaire se dégrade de façon implacable. Le malade meurt 26 jours après son admission. Un échantillon de sang prélevé 2 jours avant le décès se révèle positif à l'égard de l'antigène de *P. carinii*.

Le malade n'était pas Haïtien et n'avait aucun antécédent de transfusion sanguine, de toxicomanie ou d'activité homosexuelle. Il n'avait pas voyagé et n'avait eu aucun contact avec des groupes que l'on sait être à risque de développer le SIDA. Parmi les résultats pertinents des épreuves de laboratoire pratiquées pendant son hospitalisation, on note la présence d'anergie cutanée révélée par plusieurs épreuves de dépistage; des immunoglobulines sériques normales, mise à part une élévation de l'IgE; un déficit en glucose-6-phosphate déshydrogénase; et, enfin, l'absence de lymphopénie ou de neutropénie. Des études lymphocytaires spéciales ont démontré un rapport normal entre les lymphocytes T inducteurs et supresseurs (OKT4/OKT8=7,8), mais une diminution de la blastogénèse des lymphocytes à l'égard de la phytoglutinine (PHA) et de l'antigène du CMV fixant le complément (CF) (souche AD-169 du CMV).

Cas n° 2: En décembre 1982, un habitant d'Halifax de race blanche âgé de 48 ans manifeste une maladie "d'allure grippale" caractérisée par de la fièvre, des sueurs nocturnes et une myalgie diffuse. Il se remet, mais présente peu de temps après des difficultés respiratoires. Bien que son médecin le traite avec de l'amantadine pendant 3 semaines, les difficultés respiratoires persistent et le malade développe des toussotements secs. Son appétit se détériore également et, lors de son admission, il admet avoir perdu 9,5 kg (21 lb). Il nie avoir eu de la fièvre, des frissons ou de l'hémoptysie. On l'hospitalise le 14 février à des fins d'examens plus approfondis.

L'examen physique permet de constater des adénopathies axillaires et cervicales importantes; l'examen pulmonaire est normal. Un radiogramme thoracique révèle des infiltrats périhilaires interstitiels et alvéolaires étendus, tout particulièrement au niveau des lobes supérieurs. Au moment de l'admission, la numération leucocytaire est de 4100 et comprend 2100 granulocytes neutrophiles et 1100 lymphocytes. On pratique une biopsie pulmonaire pas thoracotomie et on identifie des microorganismes *P. carinii* dans tout le prélèvement. Aucun autre agent pathogène viral, fongique ou bactérien n'est mis en évidence. On administre du triméthoprime-sulfaméthoxazole au malade par voies orale, puis intraveineuse; il s'ensuit une atténuation des symptômes et la résorption partielle des infiltrats pulmonaires. Pendant son hospitalisation, la seule complication observée est une infection à *Herpes simplex* circonscrite à la bouche. Le patient habite Halifax depuis 12 ans. Il est bisexual, mais n'a eu aucun rapport sexuel actif depuis 2 ans en raison d'impuissance. Il n'a aucun contact sexuel en Nouvelle-Écosse, mais il pratique la fellation avec 2 Montréalais inconnus en octobre 1982. En juin 1982, il a aussi un contact sexuel semblable à Boston (Massachusetts).

Les épreuves de laboratoire pratiquées pendant son hospitalisation démontrent une anergie cutanée et une altération de la blastogénèse lymphocytaire à l'égard du PHA et de l'antigène CF du CMV. Les immunoglobulines quantitatives révèlent des élévations polyclonales des IgM, IgG et IgA. Des études lymphocytaires spéciales démontrent une lymphopénie prononcée avec un rapport de 0,1 (OKT4/OKT8) entre les lymphocytes T inducteurs et supresseurs.

Discussion: Le deuxième cas de pneumonie interstitielle à *P. carinii* d'origine communautaire correspond, de toute évidence, aux caractéristiques épidémiologiques et cliniques, ainsi qu'aux données d'analyse qui commencent à être connues au sujet du SIDA. Le malade, un homosexuel auparavant sain, a développé une infection opportuniste accompagnée d'une grave anomalie de l'immunité à médiation cellulaire (révélée par des analyses de laboratoire) et d'hyperimmunglobulinémie. Il semble probable qu'il ait acquis l'agent putatif cause du SIDA de l'un de ses 2 partenaires sexuels de Montréal ou de celui de Boston. Malheureusement, il s'agissait de contacts anonymes qui n'ont pu être retracés pour déterminer la présence du SIDA par des analyses ou des signes cliniques.

The first case is more disturbing; this patient had none of the risk factors identified in recent epidemiologic studies which predispose to the development of AIDS. He did have clinical evidence of a possible mycobacterial infection prior to developing his fatal *P. carinii* infection. Some anti-tuberculous medications have been shown to have immunosuppressive properties in some studies, but the development of opportunistic superinfection in pulmonary tuberculosis is rare. Despite the presence of cutaneous anergy and decreased lymphocyte blastogenesis, this patient did not exhibit the reversal in the T-cell helper/suppressor ratio that has been characteristic of most AIDS patients. In the absence of a specific marker for AIDS, he belongs in the small subset of individuals with unknown risk factors. Any future hypothesis concerning the mode of transmission of the putative AIDS agent will have to account for such unusual cases.

SOURCE: WF Schlech, MD, PL Landigan, MD, IMJ Szuler, MD, T Issekutz, MD, SHS Lee, PhD, P Lavigne, MD, Departments of Medicine, Pediatrics and Microbiology, Dalhousie University and Community Health Services, Province of Nova Scotia, Halifax, Nova Scotia.

International Notes

**HUMAN T-CELL LEUKEMIA VIRUS
INFECTION IN PATIENTS WITH AIDS:
PRELIMINARY OBSERVATIONS
- UNITED STATES**

Recent evidence suggests that human T-cell leukemia virus (HTLV) infection occurs in patients with AIDS. HTLV has been isolated from peripheral blood T-lymphocytes from several patients with AIDS, and a retrovirus, related to but clearly distinct from HTLV, has been isolated from cells from a lymph node of a patient with lymphadenopathy syndrome (LAS), a syndrome that may precede AIDS itself. Also, HTLV nucleic acid sequences have been detected by nucleic acid hybridization in lymphocytes from 2(6%) of 33 AIDS patients. In addition, antibodies to antigens expressed on the cell surface of HTLV-infected lymphocytes have been detected by an indirect immunofluorescent technique in sera from 19 (25%) of 75 AIDS patients, including patients with Kaposi's sarcoma alone (10/34), *Pneumocystis carinii* pneumonia alone (7/30) or patients with both diseases (2/11). Similar antibodies were detected in 6 (26%) of 23 patients with LAS. Such antibodies were rarely found in sera collected from homosexual men in New York City who served as controls during a case-control study in the fall of 1981 (1/81), homosexual men from whom sera were collected in 1978 during visits to a Chicago venereal disease clinic (0/118) and blood donors from a mid-Atlantic state who gave blood in 1977 but were unselected for sexual preference (1/137).

SOURCE: Morbidity and Mortality Weekly Report, Vol 32, No 18, 1983.

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 (in the official language of your choice) from anyone working in the health field and will not preclude publication elsewhere.

Editor: Dr. S.E. Acres
Managing Editor: Eleanor Paulson
Assistant Editor: Jo-Anne Doherty

Bureau of Epidemiology,
Laboratory Centre for Disease Control,
Tunney's Pasture,
OTTAWA, Ontario,
Canada, K1A 0L2
(613) 996-4041

Le premier cas est plus inquiétant. Il s'agit d'un malade ne présentant aucun des facteurs de risque favorables au développement du SIDA identifiés par de récentes études épidémiologiques. Avant de développer l'infection à *P. carinii* qui lui a été fatale, il a manifesté des signes cliniques d'une infection mycobactérienne possible. Quelques études ont indiqué que certains antituberculeux avaient des propriétés immunosuppressives, mais il est rare qu'une surinfection opportuniste se déclare chez un cas de tuberculose pulmonaire. Malgré la présence d'anergie cutanée et de diminution de la blastogénèse lymphocytaire, le malade n'a pas manifesté d'inversion dans le rapport entre les lymphocytes T inducateurs et suppresseurs, caractéristique chez la plupart des malades atteints du SIDA. Étant donné l'absence d'un marqueur spécifique du SIDA, le malade appartient au petit sous-groupe de sujets présentant des facteurs de risque inconnus. À l'avenir, toute hypothèse concernant le mode de transmission de l'agent putatif du SIDA devra tenir compte de ces cas inhabituels.

SOURCE: Drs WF Schlech, PL Landigan, IMJ Szuler, T Issekutz, P Lavigne, et SHS Lee, PhD, Faculté de médecine, Départements de pédiatrie et de microbiologie, Université Dalhousie et Services de santé communautaire de la Nouvelle-Ecosse, Halifax, Nouvelle-Ecosse.

Notes internationales

**INFECTION ATTRIBUABLE AU VIRUS DE LA
LEUCÉMIE HUMAINE À LYMPHOCYTES T CHEZ DES
MALADES ATTEINTS DU SIDA: OBSERVATIONS
PRÉLIMINAIRES - ÉTATS UNIS**

D'après des données récentes, l'infection attribuable au virus de la leucémie humaine à lymphocytes T (HTLV) se déclare chez des malades atteints du SIDA. On a en effet isolé ce virus des lymphocytes T du sang périphérique de plusieurs sujets atteints du SIDA; on a aussi isolé un rétrovirus - qui s'apparente à l'HTLV, mais qui en est nettement différent - des cellules d'un ganglion lymphatique d'un malade souffrant du syndrome de la lymphadénopathie (SLA), syndrome pouvant précéder le SIDA. On a également décelé des séquences de l'acide nucléique de l'HTLV par hybridation de l'acide nucléique dans les lymphocytes de 2 sujets (6%) d'un groupe de 33 malades atteints du SIDA. En outre, des anticorps dirigés contre des antigènes exprimés à la surface de lymphocytes infectés par l'HTLV ont été mis en évidence par immuno-fluorescence indirecte dans le sérum de 19 sujets (25%) d'un groupe de 75 malades atteints du SIDA, parmi lesquels certains souffraient uniquement du sarcome de Kaposi (10/34) ou de pneumonie à *Pneumocystis carinii* (7/30), tandis que d'autres présentaient les 2 maladies (2/11). Parmi 23 malades atteints du SLA, on a décelé des anticorps analogues chez 6 sujets (26%). Ces anticorps n'ont que rarement été mis en évidence dans les sérum recueillis chez des hommes homosexuels de New York qui constituaient le groupe-témoin d'une étude rétrospective menée à l'automne 1981 (1/81), dans les sérum recueillis en 1978 chez des hommes homosexuels fréquentant une clinique de maladies vénériennes de Chicago (0/118), et dans le sang donné en 1977 par des sujets d'un état du centre de la région côtière de l'Atlantique dont les tendances sexuelles n'étaient pas précisées (1/137).

SOURCE: Morbidity and Mortality Weekly Report, Vol 32, no 18, 1983.

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'exhaustivité, ni de l'authenticité des articles. Toute personne oeuvrant 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.

Rédacteur en chef: Dr S.E. Acres
Rédacteur administratif: Eleanor Paulson
Rédacteur adjoint: Jo-Anne Doherty

Bureau d'épidémiologie
Laboratoire de lutte contre la maladie
Parc Tunney
Ottawa (Ontario)
Canada K1A 0L2
(613) 996-4041