



Canada Diseases

Weekly Report

ISSN 0382-232X

Rapport hebdomadaire des CANADIANA maladies au Canada

CZ
AUG 17 1983Date of publication: July 30, 1983 Vol. 9-31
Date de publication: 30 juillet 1983 Vol. 9-31

CONTAINED IN THIS ISSUE:

Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) in Women in the Eastern Townships - Quebec ..	121
An Evaluation of AIDS Reported in Health-Care Personnel - United States	124

CONTENU DU PRÉSENT NUMÉRO:

Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) chez des femmes des Cantons de l'Est - Québec	121
Évaluation des cas de SIDA signalés chez le personnel soignant - États-Unis	124

ACQUIRED IMMUNE DEFICIENCY SYNDROME (AIDS)
IN WOMEN IN THE EASTERN TOWNSHIPS - QUEBEC

Case No. 1: A 29-year-old heterosexual horticulturist was admitted to hospital on 22 September 1982 for exertional dyspnea. Six (6) weeks previously, she had developed anorexia, nausea, vomiting, odynophagia, and had experienced a 3-kilogram weight loss. A month before admission, she became dyspneic on exertion and complained of vesperal fever. Her past medical history revealed an idiopathic thrombocytopenic purpura at age 3 necessitating a splenectomy, 5 episodes of malaria acquired while travelling in Africa and South America, and a 5-year history of recurrent herpes genitalis. She was born in the United States and has been living in Canada since June 1981. She had used intravenous drugs regularly during the 3 years prior to coming to Canada but had ceased approximately 1 year before her current illness.

Physical examination was negative except for oral thrush, a grade 2/6 systolic pulmonary murmur and vaginal discharge. She was afebrile. Results of laboratory tests were as follows: Hb 110g/L, hematocrit 0.32, WBC $5.2 \times 10^9/L$ (56% neutrophils, 17% lymphocytes, 15% monocytes, and 12% eosinophils), and sedimentation rate 52 mm/h. *Gardnerella vaginalis* and *Candida albicans* were isolated from the vaginal discharge and *C. albicans* from her mouth. Chest X-ray showed a fine bilateral hilar infiltration. Esophagogram was suggestive of esophageal candidiasis. A diagnosis of *Mycoplasma pneumoniae* pneumonia was made and she was treated with erythromycin and an oral suspension of mycostatin, with improvement of the esophagitis. Because the pneumonia was responding poorly to treatment, she was transferred to the Centre Hospitalier Hôtel-Dieu of Sherbrooke 1 week later. A transbronchial lung biopsy was performed and silver stain showed numerous cystic structures consistent with *Pneumocystis carinii*. Laboratory studies revealed the following: a herpes simplex titre of 1:16, CMV 1:64, Epstein-Barr 1:1280, a negative VDRL, and negative skin tests with PPD, *Candida* and *Trichophyton*. T-lymphocytes reacted poorly *in vitro* with phytohemagglutinin, concanavalin A and pokeweed mitogen; the OKT4/OKT8 ratio was 0.6. A diagnosis of AIDS was made and she was treated for 14 days with trimethoprim-sulfamethoxazole orally as an out-patient with complete resolution of the pneumonia.

SYNDROME D'IMMUNODÉFICIENCE ACQUISE (SIDA)
CHEZ DES FEMMES DES CANTONS DE L'EST - QUÉBEC

Cas n° 1: Le 22 septembre 1982, une horticultrice hétérosexuelle âgée de 29 ans est admise à l'hôpital en raison de dyspnée à l'effort. Six (6) semaines plus tôt, elle avait manifesté de l'anorexie, des nausées, des vomissements et de l'odynophagie, ainsi qu'une perte de poids de 3 kg. Un mois avant son hospitalisation, elle devient dyspnéique à l'effort et présente une fièvre vespérale. Ses antécédents médicaux révèlent un purpura thrombocytopénique idiopathique à l'âge de 3 ans ayant nécessité une splénectomie, 5 épisodes de paludisme acquis lors de voyages en Afrique et en Amérique du Sud, ainsi qu'un herpès génital récidivant depuis 5 ans. Originaire des États-Unis, elle est installée en Estrie depuis juin 1981. Pendant les 3 années qui ont précédé sa venue au pays, elle a fait usage de drogues illicites i.v., mais elle a abandonné cette habitude environ 1 an avant que ne se manifeste sa maladie actuelle.

L'examen physique ne révèle qu'une candidose oropharyngée, un souffle systolique pulmonaire (grade 2/6) et une leucorrhée. La malade est afebrile. Les résultats des analyses de laboratoire sont les suivants: hémglobine, 110 g/L; hématocrite, 0,32; numération leucocyttaire, $5,2 \times 10^9/L$ (56% de neutrophiles, 17% de lymphocytes, 15% de monocytes et 12% d'éosinophiles) et, enfin, une vitesse de sédimentation de 52 mm/h. On isole *Gardnerella vaginalis* et *Candida albicans* à partir de l'écoulement vaginal et *C. albicans*, dans un prélèvement de la bouche. Une radiographie des poumons révèle une légère infiltration hilare bilatérale et un cliché radiographique de l'oesophage suggère la présence d'une candidose oesophagienne. On diagnostique une pneumonie à *Mycoplasma pneumoniae* et, grâce à un traitement avec de l'érythromycine et une suspension orale de mycostatin, l'oesophagite régresse. Au bout d'une semaine, comme la pneumonie ne répond pas au traitement, la malade est transférée au Centre hospitalier Hôtel-Dieu de Sherbrooke. On pratique une biopsie pulmonaire transbronchique; une coloration à l'argent met en évidence de nombreuses structures kystiques caractéristiques de *Pneumocystis carinii*. Les épreuves de laboratoire révèlent des titres sérologiques positifs, à savoir: 1:16 pour l'herpes simplex, 1:64 pour le cytomégalovirus et 1:1280 pour le virus Epstein-Barr, ainsi qu'un VDRL négatif et une anergie cutanée (PPD, *Candida* et *Trichophyton*). Les lymphocytes T réagissent très peu à la stimulation *in vitro* par la phytohémagglutinine, la concanavaline A et le "pokeweed mitogen". Le rapport OKT4:OKT8 est de 0,6. On pose un diagnostic de SIDA et on administre pendant 14 jours, en consultation externe, une thérapie orale composée de triméthoprime-sulfaméthoxazole (TMP-SMX) qui entraîne une résolution complète de la pneumonie.

2nd Class Mail Registration Pending

Permis d'affranchissement au tarif de 2^e classe en instanceHealth and Welfare
Canada Santé et Bien-être social
Canada

When seen 1 week after the beginning of treatment, the oral thrush was getting worse and she had developed odynophagia. Severe **Candida** esophagitis was evident on endoscopy; she was started on ketoconazole (Nizoral®) with marked improvement. She also developed chronic genital herpes which was controlled with topical acyclovir (Zovirax®). Her clinical condition has remained fairly stable since then. She takes ketoconazole daily to prevent recurrence of the esophagitis. On 18 April 1983, she developed severe pneumococcal (type 3) bronchopneumonia (in spite of Pneumovax® vaccination) which responded well to penicillin G.

She is still living with her husband (they have been married for 2 years). They are using a condom during intercourse. The husband is asymptomatic and his physical examination is normal. During the last 8 months, he has been tested twice and the response to skin antigens (PPD, **Trichophyton**, **Candida**) T-lymphocyte function in vitro have been quite adequate so far.

Case No. 2: This 31-year-old Haitian woman was transferred to the Centre Hospitalier Universitaire of Sherbrooke on 20 March 1983 with severe pneumonia unresponsive to ampicillin plus erythromycin. She had been admitted to another hospital 3 days before with fever, dyspnea and cough of 1 week's duration. She had a history of fatigue and a 14-kilogram weight loss during the previous 6 months causing her to quit her job 2 months before her current illness. Her past medical history was unremarkable except for pulmonary tuberculosis at age 12. She had arrived in Canada in January 1978 from Port-au-Prince and has lived in Montreal ever since. She has 3 children (8, 6 and 4 years old). Her husband died in April 1982 of **P. carinii** and **Mycobacterium avium-intracellulare** pulmonary infection with clinical and laboratory features consistent with AIDS.

Physical examination on admission disclosed a severely ill patient with a temperature of 40.5°C, respiratory rate 80/min, pulse 146, and BP 140/80. The sensorium was clear and except for crepitant rales in both lungs, the physical examination was unremarkable. Chest X-ray showed mixed alveolar and interstitial infiltrate of the right lung and left lower lobe. Arterial blood gases were pO_2 54.2 and pCO_2 28.5 (mm Hg); pH was 7.652, WBC $4.7 \times 10^9/\text{L}$ (93% PMNs, 5% lymphs). Urinalysis and liver enzymes were normal.

A presumptive diagnosis of AIDS and **P. carinii** pneumonia was made and the patient was started on intravenous TMP-SMX (20 mg of TMP/kg). Bronchial brushing smears and transbronchial lung biopsy stained with Sterling's gentian violet revealed numerous cystic structures consistent with **P. carinii**. Blood and urine cultures were negative and other laboratory studies showed the following: Sed. rate 60, Hb 112 g/L; VDRL, CMV and toxoplasmosis serology was negative. The titre for herpes simplex was 1:16 and for Epstein-Barr 1:1280. Immunologic studies demonstrated anergy in skin testing using PPD, **Candida** and **Trichophyton** antigens. The response to in vitro stimulation with phytohemagglutinin, concanavalin A and pokeweed mitogen was markedly decreased; OKT4:OKT8 ratio was 0.55.

The course in hospital was "stormy" with persistence of fever, tachypnea and low pO_2 in spite of endotracheal intubation with 100% O₂ and a very high serum antibiotic level. On the eighth day of treatment, a lung biopsy showed persistence of **Pneumocystis** infection. The patient was then switched to pentamidine with rapid control of her pneumonia. On 21 May she was discharged on oral TMP-SMX-DS 1 tablet bid.

Lors d'un examen de contrôle, une semaine après le début du traitement, on constate l'aggravation de la candidose orale et la présence d'odynophagie. Une endoscopie met en évidence une grave oesophagite à **Candida**; on amorce un traitement avec du kétoco-nazole (Nizoral®) qui permet d'observer une amélioration prononcée. L'herpès génital chronique développé par la malade est contrôlé par l'application d'onguent d'acyclovir (Zovirax®). Depuis, l'état clinique de la malade demeure à peu près stable. Pour prévenir une récidive de son oesophagite, elle prend quotidiennement du kétoco-nazole. Le 18 avril 1983, elle manifeste une grave bronchopneumonie à **Streptococcus pneumoniae** (type 3) - bien qu'elle ait reçu le vaccin Pneumovax®. On constate une réponse favorable à la pénicilline G.

Mariée depuis 2 ans, la malade en question habite avec son mari. Pendant les relations sexuelles, le couple se sert de condoms. Le mari est asymptomatique et son examen physique est normal. Au cours des 8 derniers mois, il a fait l'objet de 2 séries d'analyses et, jusqu'ici, le bilan immunologique est tout à fait satisfaisant (réactions cutanées à l'égard des antigènes de PPD, de **Trichophyton** et de **Candida**, ainsi que stimulation lymphocytaire in vitro).

Cas n° 2: Le 20 mars 1983, une femme d'origine haïtienne âgée de 31 ans est transférée au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke en raison d'une grave pneumonie ne répondant pas à un traitement d'ampicilline et d'érythromycine. Trois (3) jours auparavant, elle a été admise dans un autre hôpital car elle souffrait depuis une semaine de fièvre, de dyspnée et de toux. Depuis 6 mois, elle se plaint de fatigue et a perdu 14 kg; son état l'a obligée à quitter son emploi, 2 mois avant sa dernière hospitalisation. Mise à part une tuberculose pulmonaire à l'âge de 12 ans, ses antécédents médicaux ne révèlent rien de particulier. Elle vit à Montréal depuis son arrivée de Port-au-Prince en janvier 1978. Elle a 3 enfants (âgés de 8, 6 et 4 ans) et son mari est mort en avril 1982 d'une infection pulmonaire à **P. carinii** et à **Mycobacterium avium-intracellulare**; il présentait un bilan immunologique compatible à celui observé chez les cas de SIDA.

À l'admission, on observe une patiente gravement malade et fébrile (40,5°C), dont le rythme respiratoire est de 80/min, le pouls de 146/min et la tension artérielle de 140/80. Son état de conscience est normal et, mis à part des râles crépitants aux 2 plages pulmonaires, l'examen physique ne révèle rien de particulier. Une radiographie des poumons met en évidence un infiltrat interstitiel et alvéolaire à la plage pulmonaire droite et au lobe inférieur gauche. Les résultats de la gazométrie sont les suivants: pO_2 , 54,2 et pCO_2 , 28,5 (mm Hg); le pH étant de 7,652. La numération leucocytaire est de $4,7 \times 10^9/\text{L}$ (93% granulocytes neutrophiles et 5% lymphocytes). L'analyse des urines et les enzymes hépatiques ne révèlent rien d'anormal.

Après avoir posé un diagnostic de présomption au sujet du SIDA et diagnostiqué une bronchopneumonie à **P. carinii**, on amorce une intraveinothérapie avec TMP-SMX (20 mg de TMP/kg). Un brossage bronchique et une biopsie pulmonaire transbronchique colorée par la méthode de Sterling (violet de gentiane) révèlent plusieurs structures kystiques caractéristiques de **P. carinii**. Les hémocultures et la culture des urines sont négatives; la vitesse de sédimentation est de 60 mm/h, l'hémoglobine de 112 g/L et le test VDRL, ainsi que la sérologie à l'égard du CMV et de la toxoplasmose, sont négatifs. Le titre sérologique pour Herpes simplex est de 1:16 et celui du virus Epstein-Barr, de 1:1280. Le bilan immunologique établi à l'aide des antigènes de PPD, de **Candida** et de **Trichophyton** permet d'observer une anergie cutanée. La réponse des lymphocytes à la stimulation in vitro par la phytohémagglutinine, la concanavaline A et le "pokeweed mitogen" est nettement affaiblie; le rapport OKT4:OKT8 est de 0,55.

Pendant l'hospitalisation, l'évolution est orageuse et se caractérise par un état fébrile persistant, une tachypnée et une grave hypoxémie, en dépit d'une intubation endotrachéale avec 100% d'O₂ et de concentrations sanguines très élevées en antibiotiques. Une nouvelle biopsie pulmonaire pratiquée le huitième jour du traitement démontre la persistance de l'infection à **Pneumocystis**. On modifie donc la thérapie et la malade reçoit de la pentamidine; sa condition pulmonaire s'améliore rapidement. Elle obtient son congé le 21 mai et on lui prescrit la prophylaxie orale suivante: TMP-SMX-DS, 1 comprimé b.i.d.

On 13 June she was re-admitted to the hospital with severe oropharyngeal moniliasis. Endoscopy showed extensive esophagitis due to *C. albicans*. Excellent clinical response was noted 48 hours after ketoconazole therapy was commenced. Herpes simplex was isolated from a perianal ulceration and topical acyclovir therapy was administered followed by progressive healing. An asymptomatic significant bacteriuria due to *Pseudomonas aeruginosa* sensitive only to amikacin was documented on several occasions shortly after admission. On 19 June, she became febrile (39°C) and a new pulmonary infiltration in the lingula was evident radiologically. Purulent secretions containing *P. aeruginosa* were aspirated from the lingula during bronchoscopy. Amikacin therapy was started. Explosive diarrhea began 72 hours later. The stools were found to contain a cytopathic toxin specifically neutralized by *Clostridium sordelli* antitoxin, substantiating the clinical diagnosis of *C. difficile* related to pseudomembranous colitis. She responded well to vancomycin therapy. On 12 July, she was discharged from the hospital on ketoconazole 200 mg/day, having remained afebrile for several days but still presenting an asymptomatic bacteriuria due to *P. aeruginosa*.

Preliminary immunologic studies on her 3 asymptomatic children have been negative for AIDS.

Discussion: These 2 cases highlight several interesting aspects of AIDS; some have already been reported in the United States but not in Canada.

1. The patients are female.
2. Patient 1 is the first case of AIDS related to drug addiction documented in Canada.
3. Patient 2 can probably be considered as a case of sexually transmitted AIDS because she became symptomatic 6 months after her husband's death.
4. Although too early to draw any conclusions, the negative immunologic results seen to date in the husband of patient 1 and the absence of AIDS in male partners of females with the disease in the medical literature seems to indicate that the sperm is the ideal vehicle for the transmission of AIDS among sexual partners.
5. If a patient with pneumocystosis does not respond to TMP-SMX after 48-72 hours, treatment with pentamidine IM should probably be immediately instituted.
6. Pseudomembranous colitis due to *C. difficile* represents another infectious complication to consider in the differential diagnosis of diarrhea in patients with AIDS.

Acknowledgements: The authors wish to give special thanks to Dr. G. Robert, Centre Hospitalier Hôtel-Dieu d'Arthabaska and Dr. R. Boileau, Centre Hospitalier Hôtel-Dieu of Sherbrooke for referring Case No. 1; Dr. R. Gosselin, Centre Hospitalier of Granby for referring Case No. 2, and to Dr. Marek Rola-Pleszczynski for the *in vitro* immunologic evaluation of these patients.

SOURCE: R Duperval, MD, JA Marcoux, MD, Division of Infectious Diseases, Department of Medicine, Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke, Sherbrooke, Quebec.

Comment: These are the second and third adult female cases of AIDS reported to LCDC. The first was a recent (1978) 25-year-old Haitian immigrant who had onset of symptoms in 1979 and died of toxoplasmosis in 1981. A fourth female case occurred in a child of Haitian origin.

Le 13 juin 1983, elle est hospitalisée de nouveau en raison d'une grave moniliase oropharyngée. L'endoscopie révèle une oesophagite prononcée à *C. albicans*. Après 48 heures de traitement au kétoco-nazole, on observe une nette amélioration de l'état clinique. On isole Herpes simplex des cultures tissulaires pratiquées à partir d'une ulcération au niveau du pli interfessier grâce à un traitement topique d'acyclovir, l'infection régresse graduellement. Peu après l'admission, on met en évidence à plusieurs reprises une bactériurie significative et asymptomatique, attribuable à *Pseudomonas aeruginosa* et sensible uniquement à l'amikacine. Le 19 juin, la malade devient fébrile (39°C) et une radiographie pulmonaire révèle une nouvelle infiltration au niveau de la lingula. On isole *P. aeruginosa* des sécrétions purulentes prélevées de la lingula au cours d'un bronchoscopie. On amorce un traitement avec de l'amikacine; 72 heures plus tard, la malade manifeste une diarrhée explosive. L'examen des selles révèle la présence d'une toxine cytopathique neutralisée spécifiquement par l'antitoxine de *Clostridium sordelli*, confirmant ainsi le diagnostic clinique de colite pseudomembraneuse attribuable à *C. difficile*. La malade répond bien à la vancomycine et obtient son congé le 12 juillet. Afébrile depuis plusieurs jours, mais présentant encore une bactériurie asymptomatique à *P. aeruginosa*, elle doit prendre 200 mg par jour de kétoco-nazole.

Les études immunologiques préliminaires exécutées chez ses 3 enfants asymptomatiques se sont révélées négatives à l'égard du SIDA.

Commentaires: Ces 2 cas soulignent plusieurs aspects intéressants du SIDA dont certains ont déjà été signalés aux États-Unis, mais non au Canada.

1. Les 2 sujets concernés sont de sexe féminin.
2. Le cas n° 1 est le premier cas de SIDA lié à la toxicomanie à être documenté au Canada.
3. Étant donné l'apparition des symptômes 6 mois après le décès du mari, le cas n° 2 peut sans doute être considéré comme un cas de SIDA transmis sexuellement.
4. Bien qu'il soit trop tôt pour tirer des conclusions, le fait que le bilan immunologique du mari de la malade n° 1 se soit révélé normal jusqu'à aujourd'hui et que la presse médicale ne mentionne aucun cas de SIDA chez les partenaires masculins de femmes atteintes du syndrome, semble indiquer que le sperme pourrait être le véhicule idéal de transmission du SIDA chez les partenaires sexuels.
5. Si un malade atteint de bronchopneumonie à *P. carinii* ne répond pas au TMP-SMX au bout de 48 à 72 heures, on devrait amorcer un traitement avec de la pentamidine i.m.
6. La colite pseudomembraneuse provoquée par *C. difficile* constitue une autre complication infectieuse à considérer dans le diagnostic différentiel des diarrhées chez les malades atteints de SIDA.

Remerciements: Les auteurs tiennent à remercier les docteurs G Robert du Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Arthabaska et R Boileau du Centre hospitalier Hôtel-Dieu de Sherbrooke pour avoir signalé le cas n° 1, ainsi que le docteur R Gosselin du Centre hospitalier de Granby qui a signalé le cas n° 2; ils remercient également le docteur Marek Rola-Pleszczynski qui a exécuté le bilan immunologique *in vitro* des malades concernées.

SOURCE: Drs R Duperval et JA Marcoux, Division des maladies infectieuses, Département de médecine, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec.

Remarques: Il s'agit des deuxième et troisième cas de SIDA concernant des femmes adultes à être signalés au LLCCM. Le premier cas était une immigrante haïtienne de 25 ans récemment arrivée au pays (1978), chez qui les symptômes étaient apparus en 1979 et dont le décès, attribuable à une toxoplasmose, avait été enregistré en 1981. Un quatrième cas féminin a été observé chez une fillette d'origine haïtienne.

The total number of cases reported to date in Canada is 34. Seventeen (17) were Canadian born, 12 Haitian and 5 of other origins. Homosexual or bisexual males accounted for 18 cases, hemophilia A patients for 2; sexual orientation was unreported or unknown in 4 instances and the remainder were heterosexual. Only 2 cases of homosexuality have been reported in patients of Haitian origin. Twenty (20) of these 34 cases have died.

As noted above, intravenous drug abuse has not been previously reported as a primary factor in Canada, although there have been 2 cases recorded involving this risk factor and homosexual/bisexual behaviour. Risk factors were either not definitely established or were unknown in 3 cases because the patients predeceased the establishment of reporting procedures.

The pattern of case reporting since February 1982 has paralleled that of the United States, i.e., doubling every 6 months. Up to December 1982, 16 cases had been reported (9 of these were "retrospective" cases with dates of onset prior to February 1982). During the first 6 months of 1983, 15 cases (13 with dates of onset since February 1982) were reported.

Other cases have only been reported by telephone to LCDC without the necessary follow-up documentation being submitted. Physicians are requested to report identified cases using forms available from provincial epidemiologists or from LCDC directly.

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

International Notes

AN EVALUATION OF AIDS REPORTED IN HEALTH-CARE PERSONNEL - UNITED STATES

As of 11 July 1983, physicians and health departments in the United States and Puerto Rico had reported a total of 1831 patients meeting the CDC surveillance definition of AIDS. Of these, 4 were reported to be health-care personnel not known to belong to groups at increased risk for AIDS, but the accuracy of data concerning sexual activity and IV drug use cannot be verified. Onset of illness occurred between June 1981 and April 1983. The source of AIDS in these 4 patients is unclear; none gave a history of caring for an AIDS patient, and none had known contact with blood of an AIDS patient. However, the possibility that these patients had forgotten or unknown exposure to the blood of AIDS patients cannot be entirely excluded. Additional cases have been reported in health-care personnel; however, these have either occurred in persons belonging to AIDS risk groups or in persons for whom information is insufficient to determine if they belong to such groups.

SOURCE: Morbidity and Mortality Weekly Report, Vol 32, No 27, 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

Jusqu'à aujourd'hui, on a signalé un total de 34 cas au Canada, à savoir: 17 sujets d'origine canadienne, 12 Haïtiens et 5 sujets originaires d'autres pays. Dans 18 cas, il s'agissait d'hommes homosexuels ou bisexuels et dans 2, d'hémophiles A; les tendances sexuelles de 4 des malades n'étaient pas précisées ou étaient inconnues; en ce qui concerne les autres cas, les sujets étaient hétérosexuels. On n'a signalé que 2 cas d'homosexualité chez les malades d'origine haïtienne. Sur les 34 cas, on a enregistré 20 décès.

Comme nous l'avons mentionné plus haut, l'usage abusif de drogues i.v. n'a pas encore été signalé au Canada comme étant un facteur primordial, bien que 2 cas présentant ce facteur de risque et un comportement homosexuel-bisexual aient été enregistrés. Dans 3 cas, les facteurs de risque n'ont pu être déterminés de façon définitive ou sont demeurés inconnus, car le décès des malades est survenu avant la présentation des rapports.

Depuis février 1982, le rythme de déclaration des cas est analogue à celui observé aux États-Unis: il double tous les 6 mois. Jusqu'en décembre 1982, 16 cas avaient été signalés (9 d'entre eux étaient "rétrécisifs", car ils s'étaient déclarés avant février 1982). Au cours des 6 premiers mois de 1983, 15 cas (dont 13 se sont déclarés depuis février 1982) ont été enregistrés.

D'autres cas ont été signalés par téléphone au LLCM, sans que la documentation de suivi nécessaire ne soit présenté. On demande aux médecins de signaler les cas identifiés à l'aide des formulaires qu'ils peuvent se procurer en s'adressant aux épidémiologistes provinciaux ou directement au LLCM.

SOURCE: AG Jessamine, BM, BCh, Bureau d'épidémiologie, LLCM, Ottawa.

Notes internationales

ÉVALUATION DES CAS DE SIDA SIGNALÉS CHEZ LE PERSONNEL SOIGNANT - ÉTATS-UNIS

Au 11 juillet 1983, les médecins et les départements de santé des États-Unis et de Porto Rico avaient signalé un total de 1831 cas correspondant à la définition du SIDA formulée par l'organisme de surveillance des CDC. Dans 4 cas, il s'agit de membres du personnel soignant qui, autant que l'on sache, ne font pas partie de groupes exposés à des risques accrus à l'égard du SIDA; il est toutefois impossible de vérifier l'exactitude des données sur l'activité sexuelle et l'usage des drogues i.v. La maladie s'est manifestée entre juin 1981 et avril 1983. Chez ces 4 malades, la source du SIDA est imprécise; aucun d'entre eux n'a en effet précisé avoir soigné une victime du SIDA ou avoir été, à sa connaissance, en contact avec du sang d'un malade atteint du syndrome. Cependant, il est impossible d'écartier la possibilité qu'ils aient oublié avoir été exposés au sang d'un de ces malades ou qu'ils l'aient été sans le savoir. D'autres cas ont été signalés chez le personnel soignant; ils se sont toutefois déclarés soit chez des sujets appartenant à des groupes à risques à l'égard du SIDA, soit chez des sujets sur lesquels les renseignements ne nous permettent pas de déterminer s'il font partie de ces groupes.

SOURCE: Morbidity and Mortality Weekly Report, Vol 32, n° 27, 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'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne œuvrant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix) et la publication d'un article dans le présent Rapport n'en empêche pas la publication ailleurs.

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