

H12-21/9-47

CANADA

NOV 29 1983



Canada Diseases Weekly Report

ISSN 0382-232X

Rapport hebdomadaire des maladies au Canada

Date of publication: November 19, 1983 Vol. 9-47
 Date de publication: 19 novembre 1983 Vol. 9-47

CONTAINED IN THIS ISSUE:

Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) - Quebec	185
Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) - Canada	186
Update: Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) - United States.....	187
Surveillance of Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) - United Kingdom.....	188
Announcement.....	188

CONTENU DU PRÉSENT NUMÉRO:

Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) - Québec	185
Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) - Canada	186
Mise à jour: Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) - États-Unis	187
Surveillance du Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) - Royaume-Uni	188
Annonce	188

A Case Report
**ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME
(AIDS) - QUEBEC**

On 5 May 1983, a 27-year-old black male presented at Hôtel-Dieu in Montreal with a dry cough, sore throat and sensation of fever that had persisted for 3 months. During this time he had also experienced a 4-kg weight loss. A month prior to admission he had developed dyspnea following exertion. His medical history was unremarkable. Born in Haiti, he had been a resident of Canada for 7 years. He had been dating a healthy, young, white Quebec woman for 2 years. He denied any homosexual contact or illicit drug use.

Physical examination revealed a marked oropharyngeal candidiasis and fine parenchymal pulmonary rales at the base of both lungs. Hyperpigmented skin lesions appeared over his entire body and he was slightly febrile (38° - $38,5^{\circ}$ C). Laboratory analyses on admission indicated absolute lymphopenia ($<1.0 \times 10^9/L$) and a chest X-ray revealed bilateral interstitial pulmonary lesions, particularly at the bases. Investigation following admission indicated total hypoergy to tuberculin, histoplasmin and candidin. Serum protein electrophoresis revealed polyclonal hypergammaglobulinemia (26.2%). There was very little lymphocytic reaction following stimulation by various antigens. The T-cell helper/suppressor ratio (OKT4/OKT8) was 0.6.

A transbronchial lung biopsy did not reveal any pathogens. Silver staining of a specimen obtained on open lung biopsy the following day demonstrated *Pneumocystis carinii*. A skin biopsy was negative for *Mycobacterium leprae* and no skin lesions were compatible with Kaposi's sarcoma. The diagnosis was AIDS.

A few hours after the open lung biopsy, the patient developed a clinical picture of septic shock, characterized by hypotension, tachycardia, tachypnea, severe hypoxia, marked chills, and hyperthermia of up to $40,6^{\circ}$ C. Emergency therapy using a combination of ticarcillin, tobramycin and trimethoprim-sulfamethoxazole (TMP-SMX) was given intravenously. There was still no patient

Un exposé de cas
**SYNDROME D'IMMUNODÉFICIENCE ACQUISE
(SIDA) - QUÉBEC**

Le 5 mai 1983, un jeune noir de 27 ans se présente à l'Hôtel-Dieu de Montréal en raison d'une toux sèche, d'un mal de gorge et d'une sensation de fièvre qui persistent depuis 3 mois, période au cours de laquelle il a perdu 4 kilos. Un mois avant son admission, il est devenu dyspnéique à l'effort. Ses antécédents médicaux sont sans particularité. Il est originaire d'Haïti et réside au Canada depuis 7 ans. Il fréquente, depuis 2 ans, une jeune Québécoise blanche en bonne santé. Il nie tout contact homosexuel ou usage illicite de drogues.

L'examen physique révèle une candidose oropharyngée importante ainsi que des râles pulmonaires parenchymateux fins aux 2 bases pulmonaires. Il présente des lésions cutanées hyperpigmentées disséminées sur tout le corps. Il est légèrement fébrile (38 - $38,5^{\circ}$ C). Les analyses de laboratoire pratiquées à l'admission montrent une lymphopénie absolue ($<1,0 \times 10^9/L$) et une radiographie pulmonaire révèle la présence de lésions pulmonaires interstitielles bilatérales, surtout aux bases. L'investigation effectuée à la suite de son admission montre une hypoergie complète à l'égard de la tuberculine, de l'histoplasmine et de la candidine. L'électrophorèse des protéines sériques révèle une hypergammaglobulinémie polyclonale (26,2%). Il présente une très faible réaction lymphocytaire à la stimulation par différents antigènes. Le rapport lymphocytes facilitateurs/lymphocytes suppresseurs (OKT4/OKT8) est de 0,6.

On pratique une biopsie transbronchique mais celle-ci ne réussit pas à montrer d'agent pathogène. La coloration à l'argent d'un spécimen obtenu par biopsie à poumon ouvert met en évidence *Pneumocystis carinii*. Une biopsie cutanée est négative à l'égard de *Mycobacterium leprae* et ne montre pas de lésions compatibles avec le sarcome de Kaposi. On pose le diagnostic du SIDA.

Quelques heures après la biopsie à poumon ouvert, le malade présente un tableau clinique de choc septique caractérisé par une hypotension, une tachycardie, une tachypnée, une hypoxie grave, des frissons importants et une hyperthermie s'élargissant jusqu'à $40,6^{\circ}$ C. Une thérapie d'urgence associant la ticarcilline, la tobramycine et le triméthoprim-sulfaméthoxazole (TMP-SMX) est entreprise



response after 24 hours so the therapy was changed to intramuscular pentamidine. He improved rapidly and was released on 22 June on TMP-SMX-DS 1 tablet b.i.d. orally.

In follow-up as an outpatient, his condition has remained satisfactory. He has regained some weight and returned to work. He continues to have oral candidiasis, and pulmonary auscultation reveals discrete pulmonary rales. Immunological tests relevant to AIDS done on his partner have shown normal results.

Comments: This case emphasizes 2 aspects of AIDS:

1. As has already been indicated in an earlier issue⁽¹⁾, a patient with pneumocystosis that does not respond to TMP-SMX should be treated with pentamidine I.M.
2. Partners of AIDS cases are at risk of developing the disease and should be investigated. Follow-up of such contacts should continue for a minimum of 2-3 years.

Acknowledgments: The authors wish to thank Dr. Jean-Claude Dessau, Centre Hospitalier Hôtel-Dieu, Montreal, for having suspected this case and Dr. Raymond Beaulieu for carrying out the in vitro immunological tests.

Reference:

1. Laboratory Centre for Disease Control. CDWR 1983; 9:121-3.

SOURCE: M Poisson, MD, C Vega, MD, D Phaneuf, MD, R Morisset, MD, Departments of Microbiology and Infectious Diseases, Hôtel-Dieu and the University of Montreal, Montreal, Quebec.

Update

**ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME
(AIDS) - CANADA**

As of 31 October 1983, the Laboratory Centre for Disease Control has received reports of 50 cases of AIDS. They have ranged in age from 20 to 51 years, with 78% occurring in the 20-39-year age group. Forty-three (43) (86%) were males and 7 (14%) were females. Forty-eight percent (48%) of all cases were homosexuals; however, the number of heterosexual cases, mainly Haitians, is increasing (44% of the cases), and includes 3 hemophiliacs.

Twenty-six (26) of the cases were Canadian born, 18 were Haitian, and the remaining 6 were born in other countries or this information was unknown. Twenty-four (24) (48%) of these cases resided in Quebec, 16 (32%) in Ontario, 6 (12%) in British Columbia, 2 (4%) in Nova Scotia, 1 (2%) in Alberta and 1 (2%) in Manitoba. The onset of the syndrome in 3 cases occurred in 1979; in 4, in 1980; in 5, in 1981; in 19, in 1982; and in 16, in 1983 (up to 31 October); the date of onset is unknown in the remaining 3.

The symptoms, including prodromal complaints, were as follows: excessive weight loss (20%), generalized lymphadenopathy (16%), fever (15%), dyspnea (10%), oral thrush (10%), and skin lesions (5%). Kaposi's sarcoma (KS) was diagnosed in 9 (18%) patients, *Pneumocystis carinii* pneumonia (PCP) in 27 (54%) and other opportunistic infections (OI) in the remainder. KS and PCP were the only diagnoses in 14, while multiple infections with *Candida albicans*, cytomegalovirus, herpes simplex virus, *Toxoplasma gondii* and *Cryptococcus neoformans* were found in 22 KS or PCP patients. The OI group included combinations of these same organisms with one *Histoplasma capsulatum* infection. *Mycobacterium tuberculosis* was isolated in 6 Haitian and 2 Canadian born patients. One isolate each of *M. avium-intracellulare*, *M. terrae* and *M. scrofulaceum* was reported.

par voie intraveineuse. Vingt-quatre (24) heures plus tard, le malade ne répond toujours pas à ce régime thérapeutique. On passe donc à la pentamidine par voie intramusculaire. Son état général s'améliore rapidement. Il prend son congé le 22 juin en suivant la thérapie orale suivante: TMP-SMX-DS, un comprimé, b.i.d.

Le malade est revu sur une base externe par la suite et sa condition demeure acceptable. Il reprend du poids et recommence à travailler. Il continue de présenter une candidose buccale et l'auscultation pulmonaire montre des râles pulmonaires discrets. L'ensemble des tests immunologiques applicables au SIDA effectués chez sa partenaire donne des résultats normaux.

Commentaires: Ce cas souligne 2 aspects concernant le SIDA:

1. Comme il a déjà été soullevé dans un numéro précédent⁽¹⁾, un malade atteint de pneumocystose qui ne répond pas au TMP-SMX devrait recevoir un traitement à la pentamidine intramusculaire.
2. Les partenaires des cas de SIDA courrent le risque de contracter la maladie et méritent d'être investigués. Le suivi de ces contacts devrait s'étendre sur au moins 2 à 3 ans.

Remerciements: Les auteurs tiennent à remercier le Dr Jean-Claude Dessau du Centre hospitalier Hôtel-Dieu de Montréal pour avoir soupçonné le cas ainsi que le Dr Raymond Beaulieu pour avoir réalisé les tests immunologiques in vitro.

Référence:

1. Laboratoire de lutte contre la maladie. RHMC 1983; 9:121-3.

SOURCE: Drs M Poisson, C Vega, D Phaneuf et R Morisset, Services de microbiologie et des maladies infectieuses, Hôtel-Dieu et Université de Montréal, Montréal (Québec).

Mise à jour

**SYNDROME D'IMMUNODÉFICIENCE ACQUISE
(SIDA) - CANADA**

Au 31 octobre 1983, le Laboratoire de lutte contre la maladie avait reçu 50 rapports sur des cas de SIDA concernant des sujets âgés de 20 à 51 ans dont 78% appartenaient au groupe des 20 à 39 ans. On comptait parmi eux 43 (86%) hommes et 7 (14%) femmes. Dans 48% des cas, il s'agissait d'homosexuels; on observe cependant une augmentation des hétérosexuels atteints (44% des cas), groupe qui se composait surtout d'Haïtiens et comprenait 3 hémophiles.

Dans 26 cas, les sujets sont nés au Canada, et dans 18, en Haïti; quant au pays d'origine des 6 autres sujets atteints, il est soit différent, soit inconnu. Vingt-quatre (24) (48%) habitent au Québec, 16 (32%) en Ontario, 6 (12%) en Colombie-Britannique, 2 (4%) en Nouvelle-Écosse, 1 (2%) en Alberta et 1 (2%) au Manitoba. Dans 3 cas, le syndrome s'est manifesté en 1979; dans 4, en 1980; dans 5, en 1981; dans 19, en 1982 et, dans 16, en 1983 (jusqu'au 31 octobre); en ce qui concerne les 3 autres cas, on ignore la date d'apparition de la maladie.

Sans oublier les plaintes prodromiques, les symptômes étaient les suivants: perte de poids excessive (20%), lymphadénopathie diffuse (16%), fièvre (15%), dyspnée (10%), muguet buccal (10%) et lésions cutanées (5%). On a diagnostiqué le sarcome de Kaposi (SK) chez 9 (18%) des malades, la pneumonie à *Pneumocystis carinii* (PPC) chez 27 (54%), et d'autres infections opportunistes (IO) chez le reste. Chez 14 malades, on n'a posé qu'un diagnostic de SK et de PPC, tandis que 22 des sujets atteints de SK ou de PPC présentaient également des infections multiples attribuables à *Candida albicans*, au cytomégavirus, au virus de l'herpès simplex, à *Toxoplasma gondii* et à *Cryptococcus neoformans*. Le groupe IO comprenait des combinaisons de ces mêmes microorganismes, ainsi qu'une infection à *Histoplasma capsulatum*. On a isolé *Mycobacterium tuberculosis* chez 6 Haïtiens et chez 2 sujets d'origine canadienne. On a signalé un isolat de chacune des mycobactéries suivantes: *M. avium-intracellulare*, *M. terrae* et *M. scrofulaceum*.

The highest mortality rate (61%) occurred among patients of Haitian origin, with toxoplasmosis being the fatal infection in 6 of the 11 deaths. The mortality rate in the homosexual group was 42% with PCP accounting for 60%.

Infant cases have not been included in these statistics because of the uncertainty in distinguishing their illnesses from previously described congenital immunodeficiency syndromes. Four (4) such reports have reached LCDC, 3 involving children of Haitian origin and 1 being possibly associated with exchange transfusions shortly after birth.

SOURCE: S Handzel, MD, Bureau of Epidemiology, LCDC, Ottawa, Ontario.

International Notes

UPDATE: ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME (AIDS) - UNITED STATES

As of 2 September 1983, physicians and health departments in the United States and Puerto Rico had reported 2259 persons with acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) who met the surveillance case definition.* Of these, 917 (41%) are known to have died. Fifty-eight (58) (3%) cases were diagnosed before 1981; 231 (10%) in 1981; 883 (39%) in 1982; and 1087 (48%) to date in 1983. *Pneumocystis carinii* pneumonia (PCP) is the most common life-threatening opportunistic infection in AIDS patients, accounting for 52% of primary diagnoses; 26% of patients have Kaposi's sarcoma (KS) without PCP, and 7% have both PCP and KS. Many of these patients may also have other opportunistic infections, and 15% of AIDS patients have such infections without KS or PCP. The proportion of patients with each of these primary diagnoses has remained relatively constant during the last 12 months, although the proportion with KS has decreased slightly, and the proportion with opportunistic infections other than PCP has increased from approximately 10% of all cases a year ago. Cases have occurred in all primary racial/ethnic groups in the United States: 57% of those reported have been white, 26% black, 14% Hispanic, and 3% other or unknown. One hundred forty-seven (147) (7%) cases have been reported in women.

Eighty-nine percent (89%) of patients with AIDS can be placed in groups† that suggest a possible means of disease acquisition: 71% are men with homosexual or bisexual orientations; 17% (including 51% of the women) have used intravenous (IV) drugs; and 1% are hemophiliacs. Of the other 11% of cases, means of disease acquisition is less clear, but in none of these cases does casual contact appear to be involved. This group of 11% includes cases for whom information about risk factors is either absent or incomplete (3% of total), and others whose risk and exposure factors are under investigation. The latter includes patients who were born in Haiti but are now living in the United States (5% of total). Also under investigation are heterosexual partners of persons with AIDS or persons at increased risk of AIDS (1% of total), and those exposed to blood transfusions (1% of total). Finally, some thoroughly investigated cases belong to none of the above groups (1% of total).

Le taux de mortalité le plus élevé (61%) a été observé chez les malades d'origine haïtienne, la toxoplasmose étant l'infection responsable de 6 des 11 décès. Chez les homosexuels, ce taux était de 42% et la PPC, responsable de 60% des décès.

Les présentes statistiques ne tiennent pas compte des cas observés chez les nourrissons, car il est difficile de faire la distinction entre leur maladie et des syndromes d'immunodéficience congénitale antérieurement décrits. Le LLCM a pris connaissance de 4 de ces rapports dont 3 concernaient des enfants d'origine haïtienne. On pense que le dernier était peut-être associé à des exsanguino-transfusions exécutées peu après la naissance.

SOURCE: Dr S Handzel, Bureau d'épidémiologie, LLCM, Ottawa, Ontario.

Notes internationales

MISE À JOUR: SYNDROME D'IMMUNODEFICIENCE ACQUISE (SIDA) - ÉTATS-UNIS

Au 2 septembre 1983, les médecins et les services de santé des États-Unis et de Porto Rico avaient signalé 2259 personnes atteintes du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) qui répondent à la définition du cas de surveillance*. Sur ce nombre, 917 (41%) sont décédées. Cinquante-huit (58) (3%) des cas ont été diagnostiqués avant 1981; 231 (10%) en 1981; 883 (39%) en 1982 et 1087 (48%) jusqu'à ce jour en 1983. C'est la pneumonie à *Pneumocystis carinii* (PPC) qui est l'infection opportuniste menaçant le plus souvent la vie des sujets atteints du syndrome. Cette affection représente, en effet, 52% des diagnostics primaires; le sarcome de Kaposi (SK) sans PPC affecte 26% des malades et l'une et l'autre de ces maladies, 7%. Un grand nombre de ces patients peuvent également souffrir d'autres infections opportunistes et 15% des cas de SIDA sont atteints de ces infections sans présenter de SK ni de PPC. La proportion des patients pour lesquels on a porté chacun de ces diagnostics primaires est demeurée relativement constante au cours des 12 derniers mois, même si la proportion de cas de SK a diminué légèrement et la proportion d'infections opportunistes différentes de la PPC s'est accrue par rapport au 10% de tous les cas qu'elle représentait il y a un an. Des cas sont survenus chez tous les principaux groupes raciaux et ethniques des États-Unis: 57% des cas signalés étaient blancs, 26% noirs, 14% hispaniques et 3% d'une autre origine ou d'origine inconnue. Cent quarante-sept (147) cas (7%) étaient des femmes.

Quatre-vingt-neuf pour cent (89%) des malades atteints du SIDA peuvent être répartis en des groupes qui évoquent un moyen de transmission possible de la maladie: 71% sont des hommes homosexuels ou bisexuels, 17% (dont 51% des femmes) ont fait usage de drogues intraveineuses et 1% sont hémophiles. Pour l'autre 11% des cas, le mode de transmission de la maladie est moins clair mais il n'en demeure pas moins que, pour aucun d'entre eux, les contacts occasionnels ne semblent être en cause. Ce groupe de 11% comprend les cas sur lesquels on n'a que peu ou pas d'information sur les facteurs de risque (3% du total) et les autres dont les facteurs de risque et d'exposition font encore l'objet de recherches. Ce dernier groupe renferme les patients qui sont originaires d'Haïti mais qui vivent maintenant aux États-Unis (5% du total). Font aussi l'objet d'investigations, les partenaires hétérosexuels des personnes atteintes du SIDA ou les personnes qui présentent un risque accru de contracter la maladie (1% du total) et les transfusés (1% du total). Finalement, certains cas ayant fait l'objet de nombreuses investigations n'appartiennent à aucun des groupes susmentionnés (1% du total).

* For the limited purposes of epidemiologic surveillance, CDC defines a case of AIDS as a reliably diagnosed disease that is at least moderately indicative of an underlying cellular immunodeficiency in a person who has had no known underlying cause of cellular immunodeficiency and no other cause of reduced resistance reported to be associated with that disease.

† The groups listed are hierarchically ordered; cases with characteristics of more than one group are tabulated only in the group listed first.

* Pour les besoins limités de la surveillance épidémiologique, les CDC définissent un cas de SIDA comme une maladie diagnostiquée de façon fiable qui indique au moins de façon raisonnable une immunodéficience cellulaire sous-jacente chez une personne qui n'a pas de cause connue sous-jacente d'immunodéficience cellulaire et aucune autre cause de résistance amoindrie signalée comme étant liée à la maladie.

† Les groupes énumérés sont classés hiérarchiquement; les cas qui présentent des caractéristiques de plus d'un groupe ne sont classés que dans le groupe mentionné en premier.

Almost 47% of AIDS patients are 30-39 years old at diagnosis; an additional 22% are 20-29 and 40-49 years old, respectively. The age of drug-abuse patients clusters more tightly, with 81% being 20-39 years old. Compared with the average for all AIDS patients, Haitian entrants with AIDS tend to be younger (47% are 20-29 years old); the patients who received blood transfusions before developing AIDS tend to be older (median age more than 50 years old); and those with hemophilia tend to have a broader age range without clustering.

Most cases continue to be reported among residents of large cities. The New York City standard metropolitan statistical area (SMSA) has reported 42% of all cases meeting the surveillance definition; the San Francisco SMSA, 11% of cases; the Los Angeles SMSA, 7% of cases; and the Miami SMSA, 5% of cases. Cases have been reported from 41 states, the District of Columbia, and Puerto Rico.

SOURCE: *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Vol 32, No 35, 1983.

SURVEILLANCE OF ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME (AIDS) - UNITED KINGDOM

As of 28 October 1983, 24 reports of patients (23 males and 1 female) meeting the diagnostic criteria for AIDS used by the Communicable Disease Surveillance Centre have been received. Nineteen (19) of the men were homosexuals; 2 heterosexual men with hemophilia had received imported factor VIII concentrate and 2 did not have the usual exposure factors. The woman had multiple sexual partners. Nine (9) men have died: 3/10 with Kaposi's sarcoma (KS), 5/7 with *Pneumocystis carinii* pneumonia (PCP), and 1/6 with other opportunistic infections. The woman died with both KS and PCP.

SOURCE: *Communicable Disease Report (CDR)*, No 43, 1983, issued by the PHLS Communicable Disease Surveillance Centre, London, England.

Announcement

AIDS BIBLIOGRAPHY

The literature on acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) has only a 2-year history. Whether it shares this recent origin with the disease itself is debatable, but AIDS cases in the United States and publications about the syndrome are both expanding. By August, 1983, the non-profit, patient-support organization AIDS Project/Los Angeles had 500 articles on file. The first volume of a bibliography entitled "Acquired immune deficiency syndrome: Reference listing vol 1, 1979-82" is now available, free of charge, by writing to AIDS Project/Los Angeles, 937 N Cole Avenue, Suite 3, Los Angeles, California 90038, USA. A supplement for the first half of 1983 is in hand.

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

Environ 47% des sujets atteints du SIDA ont entre 30 et 39 ans au moment de leur diagnostic; un 22% supplémentaire ont entre 20 et 29 ans et 40 et 49 ans. Les patients toxicomanes se répartissent sur un plus petit groupe d'âge, 81% d'entre eux ayant de 20 à 39 ans. Par rapport à la moyenne de tous les cas de SIDA, les arrivants haïtiens atteints du SIDA tendent à être plus jeunes (47% ont entre 20 et 29 ans); le sujet qui reçoit des transfusions sanguines avant de contracter la maladie tend à être plus âgé (médiane, plus de 50 ans) et les hémophiles se répartissent sur un plus large éventail d'âge sans regroupement.

La plupart des cas continuent d'être signalés chez des résidents de grandes villes. La région statistique métropolitaine normalisée de la ville de New York a enregistré 42% des cas répondant à la définition du cas de surveillance; celle de San Francisco, 11%, celle de Los Angeles, 7% et celle de Miami, 5%. Des cas ont été signalés de 41 états, du district de Columbia et de Porto Rico.

SOURCE: *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Vol 32, n° 35, 1983.

SURVEILLANCE DU SYNDROME D'IMMUNODÉFICIENCE ACQUISE (SIDA) - ROYAUME-UNI

Au 28 octobre 1983, on avait reçu 24 rapports sur des malades (23 hommes et 1 femme) répondant aux critères appliqués par le Communicable Disease Surveillance Centre pour diagnostiquer le SIDA. Parmi les hommes, 19 étaient homosexuels; 2 hémophiles héterosexuels avaient reçu un concentré importé de facteur VIII et 2 ne présentaient pas les facteurs d'exposition habituels. La femme avait plusieurs partenaires sexuels. Neuf (9) des hommes sont morts: 3/10 du sarcome de Kaposi (SK), 5/7 d'une pneumonie à *Pneumocystis carinii* (PPC), et 1/6 d'autres infections opportunistes. On a enregistré le décès de la femme qui souffrait à la fois du SK et de PPC.

SOURCE: *Communicable Disease Report (CDR)*, n° 43, 1983; publication du PHLS Communicable Disease Surveillance Centre, Londres, Angleterre.

Announce

BIBLIOGRAPHIE SUR LE SIDA

La presse ne fait état du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) que depuis deux ans. On ne sait pas si la maladie n'existe que depuis ce temps mais le nombre de cas de cette affection aux États-Unis et les articles écrits à ce sujet augmentent rapidement. En août 1983, le AIDS Project/Los Angeles, organisme à but non lucratif d'aide aux malades, possédait en dossier 500 articles. On peut maintenant obtenir gratuitement le premier volume d'une bibliographie intitulée "Acquired immune deficiency syndrome: Reference listing vol 1, 1979-82" en écrivant à AIDS Project/Los Angeles, 937 N Cole Avenue, Suite 3, Los Angeles, Californie 90038, États-Unis. Cet organisme possède également un supplément pour la première moitié de 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 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