

Health and Welfare Canada
Department Library
Health Division
RECEIVED

ISSN 1188-4169

Canada Communicable Disease Report

Date of publication: 15 August 1993

OCT 27 1993

REÇU
Bibliothèque ministérielle
Div. de la santé
Santé et Bien-être
social Canada

Vol. 19-15

Relevé des maladies transmissibles au Canada

EBM 4
V. 19 #15

Date de publication : 15 août 1993

Contained in this issue:

Revision of the Surveillance Case Definition for AIDS in Canada	116
Paralytic Polio in an Adult Female Following OPV Vaccination of her Infant	118
<i>Neisseria meningitidis</i> with Reduced Susceptibility to Penicillin Isolated from Blood Culture - Quebec	119
Notifiable Diseases Summary	120
The Current Global Situation of the HIV/AIDS Pandemic	122

Contenu du présent numéro:

Révision de la définition de cas du SIDA à des fins de surveillance au Canada	116
Poliomyélite paralytique chez une femme adulte consécutive à la vaccination VTPO de son bébé	118
Souche de <i>Neisseria meningitidis</i> isolée d'une hémodulture et ayant une sensibilité réduite à la pénicilline - Québec	119
Sommaire des maladies à déclaration obligatoire	120
La pandémie mondiale de VIH/SIDA : situation actuelle	122

REVISION OF THE SURVEILLANCE CASE DEFINITION FOR AIDS IN CANADA

At a meeting held in February of this year, federal, provincial and territorial AIDS surveillance coordinators in Canada reviewed the current AIDS surveillance case definition. Participants agreed that there is a need to understand the spectrum of HIV disease beyond an arbitrary point defined as AIDS. Surveillance of HIV and AIDS is important to understand emerging trends, to anticipate the need for health and social services, and to predict and evaluate the impact of preventive services.

Effective 1 July, 1993, the surveillance case definition for AIDS in Canada was changed. The current surveillance case definition for AIDS⁽¹⁾ will be retained in its entirety, and three new indicator clinical conditions will be added. In the presence of HIV infection, the following clinical conditions will be included as indicators of AIDS, for the purposes of surveillance of AIDS in Canada:

1. pulmonary tuberculosis
2. recurrent bacterial pneumonia
3. invasive cervical cancer

The inclusion of these three new indicator diseases in the current surveillance case definition for AIDS will assist in resolving the concerns of underestimating AIDS in women, injection drug users and others.

Criteria for definitive and presumptive diagnostic methods for these three clinical conditions when they are used to define surveillance case definition AIDS are defined in the MMWR [1992;41 (No.RR-17):1-15], and appear in the accompanying table.

Physicians caring for patients with severe HIV-associated disease are asked to use the current surveillance form to report cases identified using the new definition, adding the information (diagnosis, diagnostic method - definitive vs presumptive - and date of diagnosis) about the three indicator conditions in the "comments" section. Detailed instructions will be published in a wide variety of sources available to physicians.

RÉVISION DE LA DÉFINITION DE CAS DU SIDA À DES FINS DE SURVEILLANCE AU CANADA

Lors d'une réunion qui a eu lieu au mois de février 1993, les coordinateurs de la surveillance du SIDA des provinces et des territoires du Canada ont revu la définition de cas du SIDA qui est utilisée à des fins de surveillance. Les participants ont convenu de la nécessité de comprendre l'éventail des maladies associées à l'infection à VIH au-delà d'un seuil arbitraire défini comme étant le SIDA. Il importe de surveiller l'infection à VIH et le SIDA si l'on veut comprendre les tendances qui sont en voie de se dessiner, prévoir les besoins en services de santé et en services sociaux ainsi que prédire et évaluer l'impact des services préventifs.

Le 1^{er} juillet 1993, la définition de cas du SIDA à des fins de surveillance au Canada a été modifiée. La définition actuelle du SIDA utilisée à des fins de surveillance⁽¹⁾, sera conservée intégralement, mais l'on y ajoutera trois nouvelles pathologies révélatrices. En présence d'une infection à VIH, les pathologies suivantes seront incluses parmi les signes révélateurs du SIDA, pour les fins de la surveillance du SIDA au Canada:

1. la tuberculose pulmonaire
2. une pneumonie bactérienne récurrente
3. un cancer invasif du col utérin

L'intégration de ces trois nouvelles pathologies révélatrices dans la définition de cas du SIDA permettra de régler certains problèmes posés par la sous-estimation du nombre de cas du SIDA chez les femmes, les toxicomanes qui prennent de la drogue par voie intraveineuse et dans d'autres groupes.

Les critères applicables aux méthodes utilisées pour le diagnostic de certitude et le diagnostic de présomption de ces trois pathologies, lorsqu'elles sont liées au SIDA, figurent dans le MMWR [1992;41(No.RR-17):1-15] et sont présentés dans le tableau annexé.

Les médecins qui traitent des patients atteints de maladies graves associées à l'infection à VIH sont priés d'utiliser la formule de surveillance actuelle pour signaler les cas reconnus à l'aide de la nouvelle définition et d'ajouter toute information supplémentaire (diagnostic, méthode de diagnostic - de certitude ou de présomption - et date du diagnostic) au sujet des trois pathologies révélatrices dans la partie "commentaires". Des instructions détaillées à cet égard paraîtront dans diverses publications destinées aux médecins.

Second Class Mail Registration No. 5670

Courrier de la deuxième classe - Enregistrement n° 5670



Health and Welfare
Canada

Santé et Bien-être social
Canada

Table 1

Criteria for the Definitive and Presumptive Diagnostic Methods for the Revision of the Surveillance Case Definition for AIDS in Canada, 1 July, 1993

Diagnosis	Definitive Diagnostic Method	Presumptive Diagnostic Method
Pulmonary Tuberculosis	Culture	When bacteriologic confirmation is not available, other reports may be considered to be verified cases of pulmonary tuberculosis if the criteria meet those in the definitions found in any of the following sources: 1) the <i>Canada Diseases Weekly Report</i> 1991;17S3:32-3; 2) the 1990 Canadian Tuberculosis Reporting System form; and 3) <i>Health Reports</i> 1992;4(2)(Suppl.No.10):xi.
Recurrent Bacterial Pneumonia	Recurrent (more than one episode in a 1-year period), acute (new x-ray evidence not present earlier) pneumonia diagnosed by both a) culture (or other organism-specific diagnostic method) obtained from a clinically reliable specimen of a pathogen that typically causes pneumonia (other than <i>Pneumocystis carinii</i> or <i>Mycobacterium tuberculosis</i>), and b) radiologic evidence of pneumonia; cases that do not have laboratory confirmation of a causative organism for one of the episodes of pneumonia will be considered to be presumptively diagnosed.	Recurrent (more than one episode in a 1-year period), acute (new symptoms, signs, or x-ray evidence not present earlier) pneumonia diagnosed on clinical or radiologic grounds by the patient's physician.
Invasive Cervical Cancer	Microscopy (histology or cytology)	Not permitted

In order to address concerns about a larger expansion of the surveillance case definition for AIDS, a National HIV Prevalence meeting, to be held this fiscal year, will include on its agenda the following two items:

1. Improved data collection from current HIV sero-diagnostic services; and
2. A review of the proposal to further expand the surveillance case definition for AIDS by adding a CD4 T-lymphocyte component.

The contact person regarding the revision of the surveillance case definition for AIDS is Dr. Maura Ricketts, Division of HIV/AIDS, Bureau of Communicable Disease Epidemiology, LCDC; telephone (613) 957-1777.

Reference

1. *Revision of the CDC surveillance case definition for acquired immunodeficiency syndrome*. CDWR 1987;13:169-76.

Tableau 1

Critères applicables aux méthodes de diagnostic de certitude et de présomption en vue de la révision de la définition de cas du SIDA à des fins de surveillance, 1^{er} juillet 1993

Diagnostic	Méthode pour le diagnostic de certitude	Méthode pour le diagnostic de présomption
Tuberculose pulmonaire	Culture	Lorsqu'il est impossible d'obtenir la confirmation biologique, d'autres cas peuvent être considérés comme des cas confirmés de tuberculose pulmonaire s'ils répondent aux critères de la définition figurant dans l'une des sources suivantes: 1) Le <i>Rapport hebdomadaire des maladies au Canada</i> 1991; 17S3:32-3; 2) La formule de 1990 du Système canadien de déclaration de la tuberculose; et 3) les <i>Health Reports</i> 1992; 4(2) (Suppl. No.10):xi.
Pneumonie bactérienne récurrente	Une pneumonie aiguë (nouvelle preuve radiographique qui n'était pas présente auparavant), récurrente (plus d'un épisode en 1 an) diagnostiquée par suite 1) d'une culture (ou une autre méthode diagnostique spécifique) réalisée à partir d'un échantillon fiable d'un agent pathogène qui cause habituellement une pneumonie (autre que <i>Pneumocystis carinii</i> ou <i>Mycobacterium tuberculosis</i>), et b) une preuve radiologique de pneumonie; on considérera qu'il s'agit d'un diagnostic de présomption dans les cas où l'on n'aura pas obtenu de confirmation par un laboratoire d'un agent causal pour l'un des épisodes de pneumonie.	Pneumonie aiguë (nouveaux signes ou symptômes ou preuves radiologiques qui étaient absentes auparavant), récurrente (plus d'un épisode en un an) diagnostiquée sur la foi de données cliniques ou radiologiques par le médecin du patient.
Cancer invasif du col utérin	Microscopie (histologie ou cytologie)	Non permis

Afin de répondre aux préoccupations concernant un nouvel élargissement de la définition de cas du SIDA, une réunion portant sur la prévalence de l'infection par le VIH à l'échelle nationale aura lieu au cours de la prochaine année financière et les deux points suivants figureront à l'ordre du jour:

1. l'amélioration de la collecte des données auprès des services de sérodiagnostic du VIH; et
2. l'étude de la proposition d'élargir davantage la définition du SIDA pour les fins de la surveillance par l'ajout d'une numération des lymphocytes T CD4.

La personne-ressource pour la révision de la définition du SIDA à des fins de surveillance est le Dr Maura Ricketts, Division du VIH/SIDA, Bureau de l'épidémiologie des maladies transmissibles, LLCM; téléphone (613) 957-1777.

Référence

1. *Révision de la définition CDC du cas de syndrome d'immunodéficience acquise, aux fins de la surveillance*. RHMC 1987;13:169-76.

A Case Report

PARALYTIC POLIO IN AN ADULT FEMALE FOLLOWING OPV VACCINATION OF HER INFANT

On 6 December, 1991, a 31-year-old Montreal resident gave birth to her first child after an uneventful pregnancy and delivery. The child received his first dose of oral poliovirus vaccine (OPV) on 13 February, 1992. Twenty-two days later, on 8 March, the mother experienced 24 hours of fever, malaise, and sore throat, which resolved spontaneously. On 14 March, she presented to the emergency room with sudden onset of flaccid paralysis in her left leg.

She had a 15-year history of asthma, well controlled without medication, and was otherwise in good health. She had no history of immunosuppression, immunodeficiency, or recent travel. She was unable to confirm previous polio vaccination at admission, but later information from her mother suggested that she had been vaccinated appropriately as an infant with inactivated poliovirus vaccine (IPV).

On admission, her temperature and vital signs were normal. Strength was significantly reduced (1-2/5) in the left iliopsoas, quadriceps and anterior tibialis muscles, and moderately reduced (3/5) in the left knee flexors and posterior tibialis muscle. The left knee jerk was absent and the left ankle jerk was markedly reduced. Although the patient complained of sensory changes, a physical exam revealed no sensory loss. There was no sphincter involvement. Forty-eight hours after admission the patient developed weakness in the right lower limb involving the iliopsoas, quadriceps, knee flexors, and hip extensors.

Complete blood count, blood chemistry, serum protein electrophoresis and urinalysis were normal. A spinal tap 2 days after admission revealed a clear fluid containing 120 leucocytes/L of which 95% were lymphocytes, 0.61 g/L of protein, and 3.4 mmol/L of glucose. A second tap 3 days later revealed no cells and a normalization of protein to 0.33 g/L. Blood, urine, and throat cultures were negative.

On 24 March, 10 days after the onset of the paralysis, an electromyogram (EMG) was performed showing the complete absence of motor units in the left quadriceps muscles, moderate to severe loss of units in the left posterior and anterior tibialis, left gastrocnemius and left vastus medialis muscles. Polyphasic units were noted in the right extensor digitorum brevis muscle, and a loss of motor units was noted in the right anterior tibialis muscle. Nerve conduction was normal. Probable anterior horn cell or nerve root involvement was suggested.

Stool cultures obtained on 28 March, 14 days after the onset of paralysis, revealed polio virus type 2. This was confirmed by the Bureau of Biologics, Drugs Directorate, Health Canada, Ottawa.

Serology was carried out on samples taken on 28 March and on 26 August. The results are shown in the following table.

Rapport de cas

POLIOMYÉLITE PARALYTIQUE CHEZ UNE FEMME ADULTE CONSÉCUTIVE À LA VACCINATION VTOPO DE SON BÉBÉ

Le 6 décembre 1991, une montréalaise âgée de 31 ans donne naissance à son premier enfant au terme d'une grossesse et d'un accouchement sans incident. Le bébé a reçu sa première dose du vaccin antipoliomyélétique trivalent oral (VPTO) le 13 février 1992. Vingt-deux jours plus tard, soit le 8 mars, la mère éprouve des malaises, de la fièvre et des maux de gorge qui se résolvent spontanément. Le 14 mars, elle se présente à la salle d'urgence souffrant d'une paralysie flasque subite de la jambe gauche.

Elle est atteinte d'asthme depuis 15 ans, mais cette affection est bien maîtrisée sans médicaments. À part ce problème, elle est en bonne santé. Elle n'a pas d'antécédents d'immunosuppression, de dépression immunitaire ou de voyages récents. Elle est incapable de dire si elle a été vaccinée contre la polio lors de son admission mais, selon les informations fournies par la suite par sa mère, elle aurait reçu les doses nécessaires de vaccin antipoliomyélétique inactivé (VPI) quand elle était bébé.

Lors de son admission, sa température et ses signes vitaux sont normaux. Sa force est considérablement réduite (1-2/5) dans le psoas iliaque gauche, le quadriceps et le jambier antérieur et modérément réduite (3/5) dans les fléchisseurs des genoux et le jambier postérieur. Le réflexe patellaire est absent du côté gauche et le réflexe achilléen est considérablement atténué. Bien que la patiente se plaigne de dysesthésie, un examen physique ne révèle aucune perte sensorielle. La fonction sphinctérienne est normale. Quarante-huit heures après son admission, la patiente éprouve une faiblesse à la jambe droite qui touche le psoas iliaque, le quadriceps, les fléchisseurs du genou et les extenseurs de la hanche.

La formule sanguine complète, la chimie sanguine, l'électrophorèse des protéines et les analyses d'urine sont toutes normales. À la ponction lombaire réalisée deux jours après l'admission, le liquide est clair et contient 120 leucocytes par litre, dont 95 % sont des lymphocytes, 0,61 g/L de protéines et 3,4 mmol/L de glucose. Lors de la seconde ponction réalisée trois jours plus tard, il n'y a plus de leucocytes et le taux de protéines s'est normalisé à 0,33 g/L. Les cultures du sang, de l'urine et de la gorge sont négatives.

Le 24 mars, soit 10 jours après la survenue de la paralysie, l'électromyogramme (EMG) démontre l'absence totale d'unités motrices dans le quadriceps gauche, une perte modérée à légère d'unités dans les jambiers antérieur et postérieur gauches, les jumeaux et le vaste interne de la jambe gauche. Il y a des unités polyphasiques dans le pédieux droit et l'on note une perte d'unités motrices dans le jambier antérieur droit. La conduction nerveuse est normale. On avance l'hypothèse d'une atteinte des cellules ganglionnaires antérieures des cornes de la moelle ou des racines nerveuses.

Les cultures de selles obtenues le 28 mars, soit 14 jours après la survenue de la paralysie, permettent d'isoler le virus de la poliomyélite de type 2. Ce résultat est par la suite confirmé par le Bureau des produits biologiques, Direction des médicaments, Santé Canada, Ottawa.

Des épreuves sérologiques ont été réalisées sur des échantillons obtenus les 28 mars et 26 août. Les résultats de ces épreuves figurent dans le tableau suivant:

Date de l'échantillon	Titre des anticorps neutralisant le virus de la poliomyélite		
	Type 1	Type 2	Type 3
28 mars 1992	< 1/4	1/45	1/6
26 août 1992	< 1/4	1/256	1/6

During the course of her hospital stay, strength in her right leg improved substantially but less so in her left. After 50 days she was discharged to a convalescent hospital and continues physiotherapy 4 days/week. A follow-up EMG in September 1992 revealed a chronic partial denervation of the left lower limb particularly involving muscles innervated by segments L3, L4 and L5. The right lower limb was not evaluated.

One year later, she continues to have major motor deficits in the proximal portion of her left lower limb involving the quadriceps and iliopsoas and absence of a left knee reflex. Weakness also continues in the extensors of both feet. She is unable to climb stairs unassisted, has difficulty walking on uneven ground, and must use a cane and a brace for her left leg.

Source: J-G Blain, MD, JW Osterman, MD, H Baghdadllan, MD, Lakeshore General Hospital, Pointe-Claire; L Lambert, MD, Community Health Department, Centre Hospitalier Valleyfield, Valleyfield, Quebec.

Comment: On 29 April, 1993, the subcommittee of the National Advisory Committee on Immunization (NACI) that considers all potential cases of paralytic poliomyelitis cases in Canada⁽¹⁾ met to consider this case. This subcommittee consisted of representatives from the Advisory Committee on Epidemiology (ACE), NACI, and the Drugs Directorate, Health Canada; and physicians knowledgeable about the case who presented the above mentioned information.

The subcommittee decided unanimously that, in accordance with the current Canadian case definitions for paralytic poliomyelitis⁽²⁾, this is a confirmed case of vaccine-associated contact paralytic poliomyelitis.

References

1. National Advisory Committee on Immunization. *Evaluation of Canadian poliovirus-related cases*. CDWR 1989;15:185-8.
2. LCDC. *Canadian communicable disease surveillance system: disease-specific case definitions and surveillance methods*. CDWR 1991;17(Suppl S3):26-7.

Source: The Subcommittee of the National Advisory Committee on Immunization and the Childhood Immunization Division, Bureau of Communicable Disease Epidemiology, LCDC.

Editorial Note: This episode emphasizes the need to first determine the immunization status of the parents before vaccinating any child with OPV and then to proceed as recommended by NACI in the *Canadian Immunization Guide* (3rd edition, 1989:92-3) regarding adults.

NEISSERIA MENINGITIDIS WITH REDUCED SUSCEPTIBILITY TO PENICILLIN ISOLATED FROM BLOOD CULTURE - QUEBEC

Non β -lactamase-producing *Neisseria meningitidis* isolates with reduced susceptibility to penicillin and β -lactamase-producing strains with a high level of resistance to this antibiotic have been reported sporadically around the world, notably in South Africa⁽¹⁾, Spain⁽²⁾ and the United Kingdom⁽³⁾.

In 1983, Dillon et al. described the first β -lactamase-producing strain of *N. meningitidis* highly resistant to penicillin to be isolated in Canada⁽⁴⁾. The strain was mixed with a penicillinase-producing *N. gonorrhoeae* isolate from a urogenital tract specimen.

This is the first report of a *N. meningitidis* strain with reduced susceptibility to penicillin (MIC 0.25 mg/L) to be isolated from a blood culture in Canada.

Continued on page 122

Pendant son séjour à l'hôpital, elle retrouve une bonne partie de sa force dans la jambe droite; pour ce qui est de la jambe gauche, toutefois, l'amélioration est moins marquée. Après une hospitalisation de 50 jours, elle est transférée à un hôpital pour convalescents où elle poursuit sa physiothérapie à raison de quatre jours par semaine. Un électromyéogramme de contrôle pratiqué en septembre 1992 montre une dénervation partielle de sa jambe gauche touchant particulièrement les muscles innervés par les segments L3, L4 et L5. La jambe droite n'est pas évaluée.

Un plus tard, elle continue de présenter des déficits dans la portion proximale de sa jambe gauche qui touche le quadriceps et le psoas iliaque et elle n'a toujours pas de réflexe patellaire. En outre, elle continue d'éprouver une faiblesse au niveau des extenseurs des deux pieds. Elle est incapable de monter les escaliers sans aide, a de la difficulté à marcher sur un terrain accidenté et doit utiliser une cane et porter une orthèse à la jambe gauche.

Source: Drs J-G Blain, W Osterman, et H Baghdadllan, Hôpital général du Lakeshore, Pointe-Claire; Dr L Lambert, Département de santé communautaire, Centre hospitalier de Valleyfield, Valleyfield (Québec).

Commentaire: Le 29 avril 1993, le sous-comité du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI), qui étudie tous les cas potentiels de poliomyélite paralytique au Canada⁽¹⁾, s'est réuni afin de se pencher sur ce cas. Ce sous-comité était composé de représentants du Comité consultatif de l'épidémiologie (CCE), du CCNI, de la Direction des médicaments de Santé Canada ainsi que de médecins qui étaient au courant du cas et qui ont présenté l'information fournie ci-dessus.

En se fondant sur la définition de cas actuelle de la poliomyélite paralytique⁽²⁾, le sous-comité a établi à l'unanimité qu'il s'agissait bel et bien d'un cas de poliomyélite paralytique de contact associée au vaccin.

Références

1. Comité consultatif national de l'immunisation. *Évaluation de cas canadiens liés à des poliovirus*. RHMC 1989;15:185-8.
2. LLCM. *Programme canadien de surveillance des maladies transmissibles: définitions de cas et méthodes de surveillance particulières à chaque maladie*. RHMC 1991;17(Suppl. S3):20-1.

Source: Le sous-comité du Comité consultatif national de l'immunisation et la Division de l'immunisation des enfants, Bureau de l'épidémiologie des maladies transmissibles, LLCM.

Note de la rédaction : Cet épisode fait ressortir la nécessité de vérifier l'état immunitaire des parents avant d'administrer le vaccin VTPO à un enfant et de suivre les recommandations énoncées par le CCNI dans le *Guide canadien d'immunisation* (3^e édition, 1989:107-8) concernant les adultes.

SOUCHE DE NEISSERIA MENINGITIDIS ISOLÉE D'UNE HÉMOCULTURE ET AYANT UNE SENSIBILITÉ RÉDUITE À LA PÉNICILLINE - QUÉBEC

Des souches de *Neisseria meningitidis*, non productrices de β -lactamase et ayant une sensibilité réduite à la pénicilline, de même que des souches productrices de β -lactamase, hautement résistantes à cet antibiotique, ont été signalées de façon sporadique dans le monde entier, notamment en Afrique du Sud⁽¹⁾, en Espagne⁽²⁾ et au Royaume-Uni⁽³⁾.

En 1983, Dillon et coll. isolaien la première souche de *N. meningitidis* productrice de β -lactamase et hautement résistante à la pénicilline au Canada⁽⁴⁾. Cette souche a été isolée en culture mixte avec une souche de *Neisseria gonorrhoeae* productrice de pénicillinase provenant d'un spécimen du tractus urogénital.

Il s'agit de la première fois au Canada qu'une souche de *N. meningitidis* isolée d'une hémoculture et ayant une sensibilité réduite à la pénicilline (CMI 0,25 mg/L) est signalée au Canada.

Suite à la page 122

HEALTH AND WELFARE CANADA - SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA

Notifiable Diseases Summary - Sommaire des maladies à déclaration obligatoire

New Cases Reported for First Quarter (1st) (1 January - 31 March 1993) - Nouveaux cas déclarés pour le premier trimestre (1^{er}) (1 janvier - 31 mars 1993)

Disease Maladie	ICD-9 CIM-9	Canada [†]			Newfoundland Terre-Neuve			Prince Edward Island Île-du-Prince-Édouard			Nova Scotia Nouvelle-Écosse			New Brunswick Nouveau-Brunswick			Quebec Québec				
		1 st 1 ^{er}	Cum. 93	Cum. 92	1 st 1 ^{er}	Cum. 93	Cum. 92	1 st 1 ^{er}	Cum. 93	Cum. 92	1 st 1 ^{er}	Cum. 93	Cum. 92	1 st 1 ^{er}	Cum. 93	Cum. 92	1 st 1 ^{er}	Cum. 93	Cum. 92		
AIDS-Sida	042-044			258			1						5			2			67		
Amoebiasis - Amibiase	006	183	183	478	—	—	1	—	—	—	—	2	2	1	3	3	—	13	13	30	
Sotulism - Botulisme	005.1			1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	
Brucellosis - Brucellose	023	2	2	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	
Campylobacteriosis - Campylobactérose	008.41*	1271	1271	2227	8	8	9	2	2	19	14	14	60	16	16	56	138	138	395		
Chancroid - Chancre mou	099.0			2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Chickenpox - Varicelle	052	5550	5550	3885	111	111	86	—	—	—	37	37	29	90	90	—	—	—	—	—	
Chlamydia, genital - Chlamydiose génitale	099.81*	4157	4157	10443	29	29	75	16	16	63	131	131	487	—	—	—	873	873	2698		
Cholera - Choléra	001	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	
Diphtheria - Diphthérie	032	1	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Giardiasis - Giardiase	007.1	723	723	1985	8	8	50	—	—	4	11	11	23	12	12	29	63	63	145		
Gonococcal Infections - Infections gonococciques ⁽¹⁾	098	942	942	2809	—	—	2	—	—	2	13	13	69	2	2	4	64	64	268		
Gonococcal Ophthalmia neonatorum - Ophthalmitre gonococcique du nouveau-né	098.4	3	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	3	—		
Haemophilus influenzae B (all invasive) - (invasive) à H. influenzae B ⁽²⁾	320.0,038.41*	29	29	71	—	—	1	—	—	—	1	1	—	—	—	—	13	13	25		
Hepatitis A - Hépatite A	070,0,070.1	196	196	829	1	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	10	10	126		
Hepatitis B - Hépatite B	070,2,070.3	267	267	715	1	1	1	1	1	—	1	1	24	3	3	14	99	99	217		
Hepatitis C - Hépatite C	80	80	239	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Hepatitis non-A, non-B - Hépatite non-A, non-B	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Hepatitis unspecified viral - Hépatite virale, sans précision	39	39	41	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	2	2	12		
Herpes Simplex (congenital/neonatal) - Herpès (congénital/néonatal)	771.21*	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Legionellosis - Legionellose	482,41	10	10	27	—	—	—	—	—	1	1	1	—	—	—	—	2	2	4		
Leprosy - Lèpre	030	2	2	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Listériose (all types) - Listériose (tous genres)	027.0,771.22*	2	2	14	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Malaria - Paludisme	084	34	34	70	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	11		
Measles - Rougeole	055	43	43	325	—	—	—	—	—	—	1	1	2	—	—	—	1	1	14		
Meningitis, pneumococcal - Meningite à pneumocoques	320.1	12	12	26	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	2	—	—	—		
Meningitis, other bacterial	14	14	29	—	—	—	—	—	—	1	1	1	1	1	1	—	—	—	—		
Autres mенингитес bactériennes ⁽³⁾	44	44	49	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2	2	2	10		
Meningitis/Encephalitis viral - Méninگite/encéphalite virale ⁽⁴⁾	59	59	146	1	1	4	—	—	3	1	1	12	3	3	8	20	20	53			
Meningococcal Infections - Infections à méningocoques	036	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	5	8		
Mumps - Oreillons	072	34	34	77	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	1	1	4		
Paratyphoid - Paratyphoïde	002.1-002.9	5	5	8	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	310	310	76		
Pertussis - Coqueluche	033	518	518	597	1	1	23	2	2	16	1	1	9	1	1	24	310	310	76		
Plague - Peste	020	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Poliomyelitis - Poliomylérite	045	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Rabies - Rage	071	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Rubella - Rubéole	056	59	59	662	—	—	—	—	—	—	2	2	2	3	3	—	2	2	11		
Congenital Rubella - Rubéole congénitale	771.0	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Salmonellosis - Salmonellose ⁽⁵⁾	003	601	601	1620	3	3	33	1	1	8	7	7	32	13	13	55	90	90	289		
Shigellosis - Shigellose	004	191	191	284	—	—	—	1	1	—	3	3	1	1	1	—	29	29	76		
Syphilis:																					
Early, Symptomatic - Symptomatique, récente	45	45	100	—	—	—	—	—	—	—	1	1	6	2	2	2	1	1	6		
Other Syphilis - Autres syphilis	090,092-097	153	153	296	—	—	—	—	—	1	1	1	3	—	2	8	8	8	37		
Tetanus - Tétanos	037	2	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—		
Trichinosis - Trichine	124	1	1	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Tuberculosis - Tuberculose	010-018	213	213	550	1	1	5	—	—	—	—	—	—	1	2	2	6	26	26	95	
Typhoid - Typhoïde	002.0	17	17	16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	6		
Verotoxinigenic E. coli - E. coli vérotoxinogénés	008.01*	77	77	122	2	2	—	—	—	—	2	2	—	—	—	—	10	10	30		
Yellow Fever - Fièvre jaune	060	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		

- (1) Includes all 098 categories except 098.4.
- (2) Includes buccal cellulitis or epiglottitis 464.3 in a child < 5 years with no other causative organisms isolated.
- (3) Includes encephalitis.
- (4) All other categories except Haemophilus 320.2, Listeriosis 027.0, Meningococcal 036, Pneumococcal 320.1 and Tuberculosis 013.0.
- (5) All categories except Measles 055, Mumps 072, Poliomyelitis 045, Rubella 056 and Yellow Fever 060.
- (6) Excludes Typhoid 002.0 and Paratyphoid 002.1 to 002.9.
- * ICD-9 codes used in the list may be incomplete. All 5 digit codes are unofficial and are for LCDC surveillance purposes only.
- † May not represent national total if data from the provinces are incomplete.

- (1) Comprend toutes les rubriques 098, sauf 098.4.
- (2) Comprend cellulite bucale ou épiglottite 464.3 chez un enfant < 5 ans chez qui aucun autre microorganisme causal n'a été isolé.
- (3) Comprend encéphalite.
- (4) Toutes les autres rubriques sauf à Haemophilus 320.2, listériose 027.0, à méningocoques 036, à pneumocoques 320.1 et tuberculose 013.0.
- (5) Toutes les rubriques, sauf rougeole 055, oreillons 072, poliomyélite 045, rubéole 056 et fièvre jaune 060.
- (6) Excludes Typhoid 002.0 and paratyphoid 002.1 to 002.9.
- * Les codes de la CIM-9 figurant dans la liste ne sont peut-être pas complets. Quant aux codes à 5 chiffres, ils ne sont pas officiels, ayant été établis uniquement aux fins de la surveillance du LCCM. Il se peut que ce chiffre ne représente pas le total national si les données provenant des provinces sont incomplètes.

Notifiable Diseases Summary (Concluded) - Sommaire des maladies à déclaration obligatoire (fin)

First Quarter (1st) (1 January - 31 March 1993) - Premier Trimestre (1^{er}) (1 janvier - 31 mars 1993)

Disease Maladie	ICD-9 CIM-9	Ontario			Manitoba			Saskatchewan			Alberta			British Columbia Colombie-Britannique			Yukon			Northwest Territories Territoires du Nord-Ouest						
		1 st 1 ^{er}	Cum. 93	Cum. 92	1 st 1 ^{er}	Cum. 93	Cum. 92	1 st 1 ^{er}	Cum. 93	Cum. 92	1 st 1 ^{er}	Cum. 93	Cum. 92													
AIDS-Sida	042-044	—	—	89	—	—	1	—	—	1	—	—	24	—	—	68	—	—	—	—	—	—	—	—		
Amoebiasis - Amibiase	006	126	126	257	2	2	7	5	5	26	11	11	39	20	20	115	—	—	—	—	—	—	1	1	2	
Botulism - Botulisme	005.1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	3	
Brucellosis - Brucellose	023	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Campylobacteriosis - Campylobactériose	008.41*	957	957	1044	—	—	—	16	16	46	40	40	185	78	78	411	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Chancroid - Chancre mou	099.0	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Chickenpox - Varicelle	052	2833	2833	—	202	202	755	2155	2155	2912	—	—	—	43	43	34	79	79	69	—	—	—	51	51	199	
Chlamydia, genital - Chlamydiose génitale	099.81*	2221	2221	3615	240	240	995	169	169	591	416	416	1679	—	—	—	11	11	41	—	—	—	—	—	—	—
Cholera - Choléra	001	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Diphtheria - Diphtérie	032	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Giardiasis - Giardiasse	007.1	455	455	972	—	—	—	37	37	125	58	58	233	75	75	386	1	1	11	3	3	7	—	—	—	
Gonococcal Infections - Infections gonococciques ⁽¹⁾	098	543	543	1335	96	96	380	54	54	166	103	103	279	49	49	235	2	2	6	16	16	63	—	—	—	
Gonococcal Ophthalmia neonatorum - Optalmie gonococcique du nouveau-né	098.4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Haemophilus influenzae B (all invasive) - (invasive) à H. influenzae B ⁽²⁾	320.0,038.41*	8	8	23	4	4	5	—	—	5	2	2	9	—	—	—	—	—	—	1	1	1	1	1	2	
Hepatitis A - Hépatite A	070.0,070.1	105	105	320	8	8	4	20	20	46	15	15	47	32	32	252	1	1	1	4	4	32	—	—	—	
Hepatitis B - Hépatite B	070.2,070.3	79	79	158	12	12	7	4	4	6	11	11	44	56	56	241	—	—	2	—	—	1	—	—	—	—
Hepatitis C - Hépatite C	—	—	—	—	—	—	—	21	21	22	—	—	—	58	58	217	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Hepatitis non-A, non-B - Hépatite non-A, non-B	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Hepatitis unspecified viral - Hépatite virale, sans précision	35	35	28	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	
Herpes Simplex (congenital/neonatal) - Herpès (congénital/néonatal)	771.21*	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Legionellosis - Legionellose	482.41	4	4	16	1	1	—	—	—	2	2	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Leprosy - Lépre	030	1	1	5	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Listeriosis (all types) - Listériose (tous genres)	027.0,771.22*	2	2	11	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Malaria - Paludisme	084	28	28	50	1	1	2	—	—	—	1	1	4	2	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Measles - Rougeole	055	36	36	285	1	1	—	1	1	2	2	2	4	1	1	6	—	—	—	—	—	12	—	—	—	
Meningitis, pneumococcal - Meningite à pneumocoques	320.1	3	3	7	1	1	2	2	2	2	2	2	5	3	3	5	—	—	—	1	1	1	—	—	—	
Meningitis, other bacterial	8	8	23	2	2	—	1	1	2	1	1	2	1	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	
Autres méningites bactériennes ^(3,4)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Meningitis/Encephalitis viral - Méningite/encéphalite virale ⁽⁵⁾	31	31	19	1	1	2	2	2	2	2	6	6	5	1	1	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Meningococcal Infections - Infections à méningocoques	036	23	23	47	1	1	1	7	7	1	2	2	10	1	1	6	—	—	—	—	—	—	—	1	—	
Mumps - Oreillons	072	20	20	42	—	—	1	1	1	1	1	1	9	2	2	13	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Paratyphoid - Paratyphoïde	002.1-002.9	1	1	3	1	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Pertussis - Coqueluche	033	109	109	105	2	2	9	3	3	28	58	58	291	31	31	16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Plague - Peste	020	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Poliomyelitis - Poliomyélite	045	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Rabies - Rage	071	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Rubella - Rubéole	056	17	17	23	24	24	8	—	—	534	9	9	64	2	2	20	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Congenital Rubella - Rubéole congénitale	771.0	—	—	—	1	1	—	15	15	72	41	41	117	40	40	205	1	1	1	2	2	12	—	—	—	
Salmonellosis - Salmonellose ⁽⁶⁾	003	387	387	772	1	1	24	51	51	31	15	15	25	8	8	37	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Shigellosis - Shigellose	004	81	81	103	2	2	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Syphilis:	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Early, Symptomatic - Symptomatique, récente	091	38	38	73	2	2	1	—	—	5	—	—	—	1	1	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Other Syphilis - Autres syphilis	090,092-097	131	131	223	—	—	1	—	—	1	13	13	28	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Tetanus - Tétanos	037	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9	
Trichinosis - Trichinelose	124	1	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Tuberculosis - Tuberculose	010-018	161	161	353	5	5	17	—	—	18	—	—	—	14	14	50	—	—	1	4	4	4	—	—	—	
Typhoid - Typhoïde	002.0	12	12	10	—	—	—	—	—	4	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Verotoxigenic E. coli - E. coli vérotoxinogéniques	008.01*	58	58	78	2	2	4	3	3	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	
Yellow Fever - Fièvre jaune	060	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	

SYMBOLS

- . Not reportable
- .. Not available
- No cases reported

SIGNES

- .. À déclaration non obligatoire
- .. Non disponible
- Aucun cas déclarés

SOURCE:

Disease Surveillance Division
Laboratory Centre for Disease Control
Health and Welfare Canada
Ottawa, Ontario K1A 0L2
Tel.: (613) 957-0334

SOURCE:

Division de la surveillance des maladies transmissibles
Laboratoire de lutte contre la maladie
Santé et Bien-être social du Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0L2
Tél.: (613) 957-0334

On 8 August, 1992, a 41-year old woman was referred to the emergency at Centre hospitalier Jeffrey Hale for pyelonephritis. She complained of myalgia, bloating, diffuse abdominal pain and burning on both flanks. She developed nausea and vomiting. Examination revealed a temperature of 39.5 °C and a sensitive right lower abdominal quadrant. Laboratory findings were normal. Six blood cultures were taken. The patient received acetaminophen and was discharged the next morning.

On 11 August, two blood cultures grew *N. meningitidis* serogroup B. The patient was readmitted complaining of persistent fatigue and myalgia. She was treated with ceftriaxone i.v. and fully recovered.

Penicillin susceptibility was determined by agar dilution and microbroth dilution methods in accord with the NCCLS procedures⁽⁵⁾. With both methods, the MIC obtained was 0.25 mg/L and the strain was considered to have a reduced susceptibility to penicillin. *N. meningitidis* strains are considered susceptible to this antibiotic if the MIC ≤ 0.06 mg/L⁽⁶⁾. The strain was β-lactamase negative as determined by the chromogenic cephalosporin method.

The surveillance of the antimicrobial susceptibility of meningo-coccal isolates from sterile sites is warranted.

Acknowledgments: The authors wish to thank Luc Massicotte for media preparation and Manon Lorange for her expertise in identification, Laboratoire de santé publique du Québec.

References

1. Botha P. *Penicillin-resistant Neisseria meningitidis in Southern Africa*. Lancet 1988;1:1452-53.
2. Fontanals D, Pineda V, Pons I et al. *Penicillin-resistant beta-lactamase producing Neisseria meningitidis in Spain*. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 1989;8:90-1.
3. Sutcliffe EM, Jones DM, El-Sheikh S et al. *Penicillin-insensitive meningococci in the UK*. Lancet 1988;1:657-58.
4. Dillon JR, Pauzé M, Yeung KH. *Spread of penicillinase-producing and transfer plasmids from the gonococcus to Neisseria meningitidis*. Lancet 1983;1:779-80.
5. National Committee for Clinical Laboratory Standards. *Methods for dilution antimicrobial susceptibility tests for bacteria that grow aerobically*. Approved standard M7-A2. 2nd ed. Villanova, PA: National Committee for Clinical Laboratory Standards, 1990.
6. Morella JA, Janda WM, Doern GV. *Neisseria and Branhamella*. In: Balows A, Hausler Jr WJ, Herrmann KL, Isenberg HD, Shadomy HJ, ed. *Manual of clinical microbiology*. 5th ed. Washington: American Society for Microbiology, 1991.

Source: *L Ringuette, MSc, LP Jetté, BSc, Microbiologists, Laboratoire de santé publique du Québec, Sainte-Anne-de-Bellevue; K Pouliot, MD, Centre hospitalier Jeffrey Hale, Québec, Québec.*

International Notes

THE CURRENT GLOBAL SITUATION OF THE HIV/AIDS PANDEMIC

As of 30 June 1993, 718 894 cumulative AIDS cases in adults and children have been reported to WHO.

WHO estimates that over 2.5 million cumulative AIDS cases have occurred to date (Figure 1). This estimate is based on the available data on the distribution, spread, and penetration of HIV throughout the world, and is consistent with the effect of under-diagnosis, under-reporting, and delays in reporting of AIDS cases. Again as a consequence of such reporting biases, whereas over 50% of reported AIDS cases are from developed countries, about 80% of

Le 8 août 1992, une patiente de 41 ans est adressée à l'urgence du Centre hospitalier Jeffery Hale pour une pyélonéphrite. Elle se plaint de myalgies, de ballonnement, de douleurs abdominales diffuses et d'une sensation de brûlure aux deux flancs. Elle souffre de nausées et de vomissements. L'examen physique révèle une température de 39,5 °C et une sensibilité à la fosse iliaque droite. Les examens de laboratoire sont normaux et l'on effectue six hémocultures. La patiente est traitée avec de l'acétaminophène et reçoit son congé de l'hôpital le lendemain matin.

Le 11 août, on trouve des colonies de *N. meningitidis* de sérogroupe B dans deux des hémocultures. La patiente est réadmise à l'hôpital, se plaignant toujours de fatigue et de myalgies. Elle reçoit de la ceftriaxone i.v. et se rétablit complètement.

La sensibilité à la pénicilline a été déterminée par les méthodes de dilution en gélose et de microdilution en bouillon, conformément aux recommandations du NCCLS⁽⁵⁾. Dans les deux cas, la CMI était de 0,25 mg/L et l'on a déterminé que la souche avait une sensibilité réduite à la pénicilline. On considère que les souches de *N. meningitidis* sont sensibles à cet antibiotique si la CMI est ≤ 0,06 mg/L⁽⁶⁾. La souche ne produisait pas de β-lactamase (méthode de la céphalosporine chromogène).

Il y a lieu de surveiller la sensibilité aux antibiotiques des souches de *N. meningitidis* isolées de sites stériles.

Remerciements : Nous remercions Luc Massicotte pour la supervision de la préparation des milieux de culture et Manon Lorange pour son expertise en identification, Laboratoire de santé publique du Québec.

Références

1. Botha P. *Penicillin-resistant Neisseria meningitidis in Southern Africa*. Lancet 1988;1:1452-53.
2. Fontanals D, Pineda V, Pons I et coll. *Penicillin-resistant beta-lactamase producing Neisseria meningitidis in Spain*. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 1989;8:90-1.
3. Sutcliffe EM, Jones DM, El-Sheikh S et coll. *Penicillin-insensitive meningococci in the UK*. Lancet 1988;1:657-58.
4. Dillon JR, Pauzé M, Yeung KH. *Spread of penicillinase-producing and transfer plasmids from the gonococcus to Neisseria meningitidis*. Lancet 1983;1:779-80.
5. National Committee for Clinical Laboratory Standards. *Methods for dilution antimicrobial susceptibility tests for bacteria that grow aerobically*. Approved standard M7-A2. 2nd ed. Villanova, PA: National Committee for Clinical Laboratory Standards, 1990.
6. Morella JA, Janda WM, Doern GV. *Neisseria and Branhamella*. Dans: Balows A, Hausler Jr WJ, Herrmann KL, Isenberg HD, Shadomy HJ, ed. *Manual of clinical microbiology*. 5th ed. Washington: American Society for Microbiology, 1991.

Source: *L Ringuette, MSc, LP Jetté, BSc, Microbiologistes, Laboratoire de santé publique du Québec, Sainte-Anne-de-Bellevue; D' K Pouliot, Centre hospitalier Jeffrey Hale, Québec (Québec).*

Notes internationales

LA PANDÉMIE MONDIALE DE VIH/SIDA : SITUATION ACTUELLE

Au 30 juin 1993, le nombre total cumulé de cas de SIDA chez l'adulte et l'enfant communiqué à l'OMS était de 718 894.

L'OMS estime qu'il y a eu jusqu'ici plus de 2,5 millions de cas de SIDA (Figure 1). Cette estimation a été établie à partir des données disponibles sur la distribution, la propagation et la pénétration du VIH dans l'ensemble du monde; elle reflète l'effet des insuffisances du diagnostic, de la sous-notification et des retards dans la déclaration des cas de SIDA. Autre conséquence de ces biais dans la notification, environ 80 % du nombre estimatif total des cas de SIDA se trouvent dans le monde en développe-

all estimated AIDS cases are from the developing world.

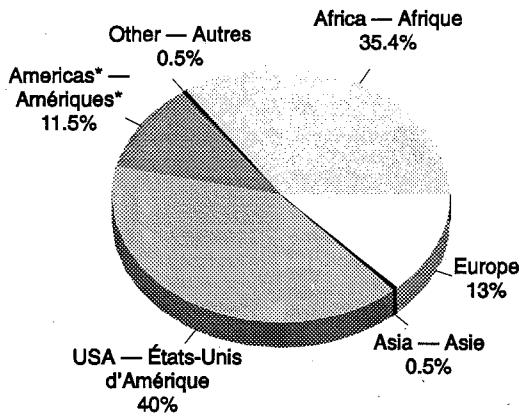
In the developing world, two-thirds of all estimated AIDS cases to date are thought to have occurred in sub-Saharan Africa; however, HIV infection trends have been rapid in South and South-East Asia, with over 1.5 million cumulative HIV infections estimated to have occurred to date. The worldwide total now exceeds 13 million adults HIV-infected since the pandemic's start, with an additional 1 million or more HIV-infected children. The distribution of adult HIV infections in other regions of the world is as follows: Australasia over 25,000; East Asia and the Pacific over 25,000; Eastern Europe and Central Asia about 50,000; Latin America and the Caribbean about 1.5 million; North Africa and the Middle East over 75,000; North America over 1 million; Western Europe about 500,000. The unstable political, social and economic environment in Eastern Europe and Central Asia suggests that the evolution of HIV/AIDS in that part of the world may potentially be rapid; current estimates are based on relatively limited data.

ment, alors que plus de 50 % des cas *notifiés* de SIDA l'ont été dans les pays développés.

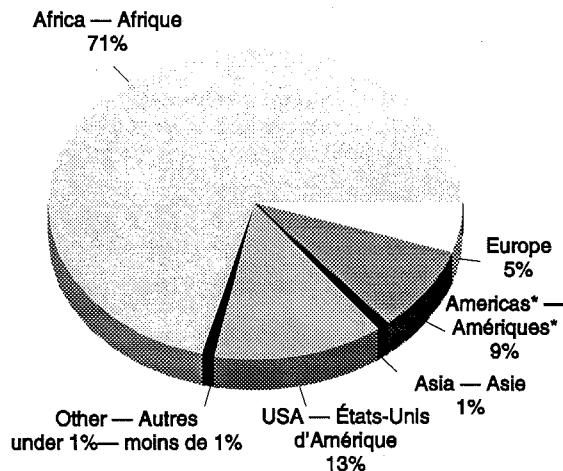
Dans le monde en développement, les deux tiers du total estimatif des cas de SIDA à ce jour se sont produits, semble-t-il, en Afrique subsaharienne; toutefois, les tendances de l'infection à VIH sont en évolution rapide en Asie du Sud et du Sud-Est puisqu'on estime à plus de 1,5 million le nombre cumulé de cas d'infection à VIH. Le nombre total d'adultes infectés par le VIH depuis le début de la pandémie dépasse maintenant 13 millions, avec en plus 1 million ou davantage d'enfants qui sont porteurs de l'infection. La répartition des cas d'infection à VIH chez l'adulte dans les autres régions du monde est la suivante : Australasie, plus de 25 000; Asie de l'Est et Pacifique, plus de 25 000; Europe orientale et Asie centrale, environ 50 000; Amérique latine et Caraïbes, environ 1,5 million; Afrique du Nord et Moyen-Orient, plus de 75 000; Amérique du Nord, plus de 1 million; Europe occidentale, environ 500 000. En raison de l'instabilité politique, sociale et économique que connaissent l'Europe orientale et l'Asie centrale, l'évolution du VIH/SIDA dans cette région du monde risque d'être rapide; les estimations actuelles reposent sur des données relativement limitées.

Figure 1
Cumulative AIDS cases in adults and children, mid-1993
Nombre cumulé de cas de SIDA chez l'adulte et l'enfant, mi-1993

Reported — Notifiés: 718,894



Estimated — Estimés: > 2,500,000



* Excluding USA — Sauf États-Unis

Source: WHO Weekly Epidemiological Record, Vol 68, No 27, 1993.

The Canada Communicable Disease Report (CCDR) presents current information on infectious and other diseases for surveillance purposes and is available through subscription. 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.

Scientific Advisor Dr. John Spika (613) 957-4243
Editor Eleanor Paulson (613) 957-1788
Assistant Editor Nicole Beaudoin (613) 957-0841
Desktop Publishing Joanne Regnier

Submissions to the CCDR should be sent to the Editor at the following address: Laboratory Centre for Disease Control, Tunney's Pasture, Ottawa, Ontario K1A 0L2.

To subscribe to this publication, please contact:
Canada Communications Group - Publishing Tel. No.: (819) 956-4802
Ottawa, Canada K1A 0S9 FAX: (819) 994-1498
Price per year: \$60.00 + G.S.T. - in Canada; \$78.00 (U.S.) - outside Canada
© Minister of National Health and Welfare 1992

Source : Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS, Vol 68, n° 27, 1993.

Pour recevoir le Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC), qui présente des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, il suffit de s'y abonner. Un grand nombre des articles qui y sont publiés ne contiennent que des données sommaires, mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès des sources mentionnées. 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 travaillant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix); la publication d'un article dans le RMTC n'en empêche pas la publication ailleurs.

Conseiller scientifique : D'J. Spika (613) 957-4243
Rédactrice en chef : Eleanor Paulson (613) 957-1788
Rédactrice adjointe : Nicole Beaudoin (613) 957-0841
Éditeur : Joanne Regnier

Pour soumettre un article, veuillez vous adresser à la Rédactrice en chef, Laboratoire de lutte contre la maladie, Préc Tunney, Ottawa (Ontario) K1A 0L2.

Pour vous abonner à cette publication, veuillez contacter :
Groupe Communication Canada - Édition N° de téléphone : (819) 956-4802
Ottawa (Canada) K1A 0S9 Télécopieur : (819) 994-1498
Prix par année : 60 \$ + TPS au Canada; 78 \$ US à l'étranger.
© Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social 1992