



WORLD HEALTH ORGANIZATION  
GENEVA

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ  
GENÈVE

# WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD

## RELEVÉ ÉPIDÉMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

Telegraphic Address: EPIDNATIONS GENEVA Telex 27821

Adresse télégraphique: EPIDNATIONS GENÈVE Telex 27821

Automatic Telex Reply Service  
Telex 28150 Geneva with ZCZC and ENGL for a reply in English

Service automatique de réponse par télex  
Telex 28150 Genève suivi de ZCZC et FRAN pour une réponse en français

20 SEPTEMBER 1985

60<sup>th</sup> YEAR - 60<sup>e</sup> ANNÉE

20 SEPTEMBRE 1985

### ACQUIRED IMMUNE DEFICIENCY SYNDROME (AIDS)

**Update: revised Public Health Service definition  
of persons who should refrain  
from donating blood and plasma**

UNITED STATES OF AMERICA. - Since March 1985, blood-and-plasma collection centres in the United States have used a 2-phase screening procedure to decrease transmission of lymphadenopathy-associated virus/human T-lymphotropic virus type III (LAV/HTLV-III) through transfusion of blood or blood products. First, potential donors are informed that if they have a risk factor for AIDS they should not donate; second, the blood or plasma of persons accepted as donors is screened for antibody to LAV/HTLV-III. The low frequency of enzyme immunoassay (EIA)-positive tests among blood donors shows that the deferral criteria have been effective. Interviews with the small number of blood donors found infected with LAV/HTLV-III, however, have shown that most have a risk factor for LAV/HTLV-III infection; homosexual contact was the most common risk factor identified. To further reduce the risk of LAV/HTLV-III infection from blood and plasma, the United States Food and Drug Administration (FDA) has reworded the donor-deferral recommendations to state that any man who has had sexual relations with another man since 1977 should not donate blood or plasma. This applies even to men who may have had only a single contact and who do not consider themselves homosexual or bisexual.

MMWR EDITORIAL NOTE: Recommendations to decrease transmission of LAV/HTLV-III through transfusion of blood or blood products were disseminated in March 1983 and were rapidly adopted by blood and plasma centres throughout the United States. These recommendations centred on informing all blood or plasma donors that people with a risk factor for AIDS should not donate and asked for voluntary compliance. In March 1985, the second phase of screening blood and plasma was instituted with licensure of test kits to detect antibody to LAV/HTLV-III. The test kits are both highly sensitive and specific, but donors with a risk factor for LAV/HTLV-III infection continue to be asked not to donate blood, since the 2-phase screening procedure provides additional safety. This revised wording of the deferral recommendations is intended to inform persons who may have been infected with LAV/HTLV-III through occasional or intermittent homosexual activity that they should not donate blood or plasma, even if they do not believe they are at risk of having been infected through their contacts.

### SYNDROME D'IMMUNODÉFICIT ACQUIS (SIDA)

**Mise à jour: Révision de la définition  
selon le Public Health Service des sujets  
qui doivent s'abstenir des dons de sang et de plasma**

ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE. - Depuis mars 1985, les centres américains de collecte du sang et du plasma appliquent une procédure de dépistage en 2 étapes en vue de faire baisser la transmission du virus associé aux lymphadénopathies/virus T-lymphotrope humain type III (LAV/HTLV-III) par transfusion de sang ou de produits sanguins contaminés. En premier lieu, les donneurs potentiels sont informés qu'ils doivent s'abstenir de donner leur sang s'ils présentent un facteur de risque pour le SIDA; ensuite, le sang ou le plasma des sujets admis comme donneurs fait l'objet d'un dépistage à la recherche des anticorps anti-LAV/HTLV-III. La faible fréquence des tests immuno-enzymatiques positifs parmi les donneurs de sang montre que les critères d'élimination sont efficaces. Des entretiens avec le petit nombre de donneurs chez lesquels on a trouvé une infection par le LAV/HTLV-III ont toutefois montré que la plupart d'entre eux présentaient un facteur de risque pour l'infection par ce virus; le facteur de risque le plus couramment identifié était le contact homosexuel. Pour réduire encore davantage le risque d'infection par le LAV/HTLV-III à partir du sang et du plasma, la Food and Drug Administration (FDA) des Etats-Unis d'Amérique a reformulé les recommandations concernant l'abstention du don de sang en indiquant que tout homme ayant eu des relations sexuelles avec un autre homme depuis 1977 doit s'abstenir des dons de sang ou de plasma. Cette recommandation s'applique même aux hommes n'ayant eu qu'un seul rapport homosexuel et qui ne se considèrent pas comme homosexuels ou bisexuels.

NOTE DE LA RÉDACTION DU MMWR: Des recommandations visant à diminuer la transmission du LAV/HTLV-III par transfusion de sang ou de produits sanguins ont été diffusées en mars 1983 et ont été rapidement adoptées par les centres de collecte du sang et du plasma dans l'ensemble des Etats-Unis d'Amérique. Ces recommandations sont axées sur l'information de tous les donneurs de sang ou de plasma, stipulant que toute personne présentant un facteur de risque pour le SIDA doit spontanément s'abstenir de donner son sang. En mars 1985 a été mise en place la deuxième étape du contrôle des dons de sang et de plasma, après la mise sur le marché de nécessaires d'épreuve permettant la détection des anticorps dirigés contre le LAV/HTLV-III. Ces nécessaires d'épreuve sont à la fois hautement sensibles et spécifiques; toutefois, les donneurs présentant un facteur de risque pour l'infection par le LAV/HTLV-III doivent continuer à s'abstenir de donner leur sang, la procédure de dépistage en 2 étapes offrant une garantie supplémentaire de sécurité. La version révisée des recommandations relatives à l'élimination des donneurs à risque est destinée à informer les sujets qui ont pu être infectés par le LAV/HTLV-III à l'occasion de relations homosexuelles occasionnelles ou intermittentes de ce qu'ils ne doivent pas donner leur sang ou leur plasma, même s'ils ne pensent pas qu'ils aient pu être infectés par leurs partenaires.

(Based on/D'après: *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1985, 34, N° 35; *US Centers for Disease Control*)

Epidemiological notes contained in this issue.

Acquired immune deficiency syndrome (AIDS), Chlamydial infections.

List of newly infected areas, p. 296.

Informations épidémiologiques contenues dans ce numéro:

Syndrome d'immunodéficit acquis (SIDA), infections à *Chlamydiae*.

Liste des zones nouvellement infectées, p. 296.

**Education and foster care of children infected with lymphadenopathy-associated virus/human T-lymphotropic virus type III**

UNITED STATES OF AMERICA. - The information and recommendations contained in this document were developed and compiled by the Centers for Disease Control (CDC) in consultation with individuals appointed by their organizations to represent the Conference of State and Territorial Epidemiologists, the Association of State and Territorial Health Officers, the National Association of County Health Officers, the Division of Maternal and Child Health (Health Resources and Services Administration), the National Association for Elementary School Principals, the National Association of State School Nurse Consultants, the National Congress of Parents and Teachers, and the Children's Aid Society. The consultants also included the mother of a child with AIDS, a legal advisor to a state education department, and several paediatricians who are experts in the field of paediatric AIDS. This document is made available to assist state and local health and education departments in developing guidelines for their particular situations and locations.

These recommendations apply to all children known to be infected with lymphadenopathy-associated virus/human T-lymphotropic virus type III (LAV/HTLV-III). This includes children with AIDS as defined for reporting purposes (Table 1); children who are diagnosed by their physicians as having an illness due to infection with LAV/HTLV-III but who do not meet the case definition; and children who are asymptomatic but have virological or serological evidence of infection with LAV/HTLV-III. These recommendations do not apply to siblings of infected children unless they are also infected.

**Background**

*The scope of the problem.* As of 20 August, 1985, 183 of the 12 599 reported cases of AIDS in the United States were among children under 18 years of age. This number is expected to double in the next year. Children with AIDS have been reported from 23 states, the District of Columbia, and Puerto Rico, with 75% residing in New York, California, Florida and New Jersey.

The 183 AIDS patients reported to CDC represent only the most severe form of LAV/HTLV-III infection, i.e., those children who develop opportunistic infections or malignancies (Table 1). As in adults with LAV/HTLV-III infection, many infected children may have milder illness or may be asymptomatic.

*Legal issues.* Among the legal issues to be considered in forming guidelines for the education and foster care of LAV/HTLV-III-infected children are the civil rights aspects of public school attendance, the protection for handicapped children under federal laws, the confidentiality of a student's school record under state and federal laws and employee right-to-know statutes for public employees in some states.

**Education et placement familial des enfants infectés par le virus associé aux lymphadénopathies/virus T-lymphotrope humain type III**

ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE. - Les indications et recommandations contenues dans ce document ont été formulées et rassemblées par les Centers for Disease Control (CDC) en consultation avec des représentants des organisations suivantes: *Conference of State and Territorial Epidemiologists, Association of State and Territorial Health Officers, National Association of County Health Officers, Division of Maternal and Child Health (Health Resources and Services Administration), National Association for Elementary School Principals, National Association of State School Nurse Consultants, National Congress of Parents and Teachers et Children's Aid Society.* Parmi les consultants, figuraient également la mère d'un enfant atteint du SIDA, un conseiller juridique auprès d'un service de l'éducation d'un Etat et plusieurs pédiatres spécialisés dans l'étude du SIDA chez les enfants. La diffusion de ce document devrait aider les départements de la santé et de l'éducation des Etats et des collectivités locales à mettre au point des directives adaptées à leurs besoins propres.

Ces recommandations s'appliquent à tous les enfants reconnus porteurs du virus associé aux lymphadénopathies/virus T-lymphotrope humain type III (LAV/HTLV-III). Cela comprend les enfants qui présentent un SIDA tel qu'il a été défini aux fins de la notification (Tableau 1); les enfants pour lesquels a été posé un diagnostic de maladie résultant d'une infection par le virus LAV/HTLV-III mais qui ne répondent pas à la définition des cas et les enfants qui sont asymptomatiques mais chez lesquels des examens virologiques ou sérologiques ont révélé la présence du virus LAV/HTLV-III. Ces recommandations ne s'appliquent pas aux frères et sœurs des enfants infectés à moins que ceux-ci ne soient également infectés.

**Généralités**

*Etendue du problème.* Au 20 août 1985, 183 des 12 599 cas de SIDA notifiés aux Etats-Unis d'Amérique concernaient des enfants de moins de 18 mois. On s'attend à ce que ce nombre double dans le courant de l'année à venir. Des cas de SIDA chez des enfants ont été signalés dans 23 Etats, le District de Columbia et Porto Rico, avec 75% des cas pour New York, la Californie, la Floride et le New Jersey.

Les 183 cas de SIDA notifiés aux CDC représentent uniquement la forme la plus grave de l'infection, c'est-à-dire celle dans laquelle apparaissent des infections opportunistes ou des tumeurs malignes (Tableau 1). Tout comme les adultes, de nombreux enfants infectés peuvent présenter des maladies bénignes ou être asymptomatiques.

*Problèmes juridiques.* Parmi les questions d'ordre juridique qui se posent lors de l'établissement de directives applicables à l'éducation et au placement familial des enfants infectés par le virus LAV/HTLV-III figurent le droit à la scolarisation, les protections dont bénéficient les enfants handicapés en vertu de la législation fédérale, le caractère confidentiel des dossiers scolaires conformément aux législations en vigueur dans les Etats et à l'échelon fédéral et le droit à l'information pour les employés du secteur public dans certains Etats.

**Table 1. Provisional case definition for acquired immune deficiency syndrome (AIDS) surveillance of children, United States of America**  
**Tableau 1. Définition provisoire établie pour la surveillance des cas de syndrome d'immuno-déficit acquis (SIDA) chez les enfants, Etats-Unis d'Amérique**

<p>For the limited purposes of epidemiological surveillance, CDC defines a case of paediatric acquired immune deficiency syndrome (AIDS) as a child who has had:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A reliably diagnosed disease at least moderately indicative of underlying cellular immune deficiency, and</li> <li>2. No known cause of underlying cellular immune deficiency or any other reduced resistance reported to be associated with that disease.</li> </ol> <p>The diseases accepted as sufficiently indicative of underlying cellular immune deficiency are the same as those used in defining AIDS in adults. In the absence of these opportunistic diseases, a histologically confirmed diagnosis of chronic lymphoid interstitial pneumonitis will be considered indicative of AIDS unless test(s) for LAV/HTLV-III are negative. Congenital infections, e.g., toxoplasmosis or herpes simplex virus infection in the first month after birth or cytomegalovirus infection in the first 6 months after birth must be excluded.</p> <p>Specific conditions that must be excluded in a child are:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Primary immune deficiency diseases - severe combined immune deficiency, DiGeorge syndrome, Wiskott-Aldrich syndrome, ataxia-telangiectasia, graft-versus-host disease, neutropenia, neutrophil function abnormality, agammaglobulinaemia, or hypogammaglobulinaemia with raised IgM.</li> <li>2. Secondary immune deficiency associated with immunosuppressive therapy, lymphoreticular malignancy, or starvation.</li> </ol>	<p>Dans le seul but de la surveillance épidémiologique, la définition donnée par les CDC du syndrome d'immuno-déficit acquis (SIDA) pédiatrique est la suivante:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diagnostic fiable d'une maladie au moins modérément révélatrice d'une carence immunitaire cellulaire sous-jacente, et</li> <li>2. Pas de cause connue de carence immunitaire cellulaire sous-jacente ou de toute autre diminution de la résistance signalée en association avec cette maladie</li> </ol> <p>Les maladies considérées comme suffisamment révélatrices d'une carence immunitaire cellulaire sous-jacente sont les mêmes que celles prises en compte pour la définition du SIDA chez l'adulte. En l'absence de ces maladies opportunistes, un diagnostic histologiquement confirmé de pneumonie chronique lymphoïde interstitielle sera considéré comme révélateur du SIDA à moins que les épreuves de détection du virus LAV/HTLV-III ne soient négatives. Des infections congénitales comme la toxoplasmose ou l'infection due au virus de l'herpès simplex dans le premier mois qui suit la naissance ou encore l'infection par le cytomegalovirus dans les 6 mois qui suivent la naissance doivent être exclues.</p> <p>Les infections précises qui doivent être exclues chez l'enfant sont:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Les maladies d'immunodéficit primaire - carence immunitaire combinée grave, syndrome de DiGeorge, syndrome de Wiskott-Aldrich, ataxie-télangiectasie, réaction du greffon contre l'hôte, neutropénie, anomalie de la fonction neutrophile, agammaglobulinémie ou hypogammaglobulinémie avec élévation du taux d'IgM;</li> <li>2. Immunodéficit secondaire associé à un traitement par des immunosuppresseurs, une lymphoréticulopathie, une malnutrition sévère.</li> </ol>
--	--

**Confidentiality issues.** The diagnosis of AIDS or associated illness evokes much fear from others in contact with the patient and may evoke suspicion of life styles that may not be acceptable to some persons. Parents of LAV/HTLV-III-infected children should be aware of the potential for social isolation should the child's condition become known to others in the care or educational setting. School, day-care, and social service personnel and others involved in educating and caring for these children should be sensitive to the need for confidentiality and the right to privacy in these cases.

#### Assessment of risks

**Risk factors for acquiring LAV/HTLV-III infection and transmission.** In adults and adolescents, LAV/HTLV-III is transmitted primarily through sexual contact (homosexual or heterosexual) and through parenteral exposure to infected blood or blood products. LAV/HTLV-III has been isolated from blood, semen, saliva, and tears but transmission has not been documented from saliva and tears. Adults at increased risk for acquiring LAV/HTLV-III include homosexual/bisexual men, intravenous drug abusers, persons transfused with contaminated blood or blood products, and sexual contacts of persons with LAV/HTLV-III infection or in groups at increased risk for infection.

The majority of infected children acquire the virus from their infected mothers in the perinatal period. *In utero* or intrapartum transmission are likely, and 1 child reported from Australia apparently acquired the virus postnatally, possibly from ingestion of breast milk. Children may also become infected through transfusion of blood or blood products that contain the virus. Seventy percent of the paediatric cases reported to CDC occurred among children whose parent had AIDS or was a member of a group at increased risk of acquiring LAV/HTLV-III infection; 20% of the cases occurred among children who had received blood or blood products; and for 10% investigations are incomplete.

**Risk of transmission in the school, day-care or foster-care setting.** None of the identified cases of LAV/HTLV-III infection in the United States are known to have been transmitted in the school, day-care, or foster-care setting or through other casual person-to-person contact. Other than the sexual partners of LAV/HTLV-III infected patients and infants born to infected mothers, none of the family members of the over 12 000 AIDS patients reported to CDC have been reported to have AIDS. Six studies of family members of patients with LAV/HTLV-III infection have failed to demonstrate LAV/HTLV-III transmission to adults who were not sexual contacts of the infected patients or to older children who were not likely to be at risk from perinatal transmission.

Based on current evidence, casual person-to-person contact as would occur among schoolchildren appears to pose no risk. However, studies of the risk of transmission through contact between younger children and neurologically handicapped children who lack control of their body secretions are very limited. Based on experience with other communicable diseases, a theoretical potential for transmission would be greatest among these children. It should be emphasized that any theoretical transmission would most likely involve exposure of open skin lesions or mucous membranes to blood and possibly other body fluids of an infected person.

**Risks to the child with LAV/HTLV-III infection.** LAV/HTLV-III infection may result in immunodeficiency. Such children may have a greater risk of encountering infectious agents in a school or day-care setting than at home. Foster homes with many children may also increase the risk. In addition, younger children and neurologically handicapped children who may display behaviour such as mouthing of toys would be expected to be at greater risk for acquiring infections. Immunodepressed children are also at greater risk of suffering severe complications from such infections as chickenpox, cytomegalovirus, tuberculosis, herpes simplex, and measles. Assessment of the risk to the immunodepressed child is best made by the child's physician who is aware of the child's immune status. The risk of acquiring some infections, such as chickenpox, may be reduced by prompt use of specific immune globulin following a known exposure.

#### Recommendations

1. Decisions regarding the type of educational and care setting for LAV/HTLV-III-infected children should be based on the behaviour, neurological development, and physical condition of the child and the expected type of interaction with others in that setting. These decisions are best made using the team approach including the child's physician, public health personnel, the child's parent or guardian, and personnel associated

**Discretion.** Le diagnostic de SIDA ou de maladies associées terrifie les personnes qui sont en contact avec le malade et peut être évocateur de modes de vie que certains réprouvent. Les parents d'enfants infectés par le LAV/HTLV-III devraient être conscients du risque d'isolement social auquel serait exposé leur enfant au cas où son état viendrait à être connu d'autres personnes dans le contexte de l'établissement de soins ou d'enseignement. Le personnel des écoles, garderies, services sociaux et autres établissements d'enseignement et de soins devrait être sensible à la nécessité de faire preuve de discrétion au sujet de ces cas.

#### Appréciation des risques

**Facteurs de risque et transmission de l'infection.** Chez les adultes et les adolescents, le virus LAV/HTLV-III se transmet essentiellement par contact sexuel (homosexuel ou hétérosexuel) et exposition parentérale à du sang ou des produits sanguins infectés. Le virus LAV/HTLV-III a été isolé dans du sang, du sperme, de la salive et des larmes mais aucun cas de transmission à partir de salive et de larmes n'a été documenté. Parmi les adultes pour lesquels le risque de contracter l'infection est accru, figurent les hommes homosexuels/bisexuels, les personnes qui absorbent des drogues par voie intraveineuse, les personnes qui subissent des transfusions de sang ou de produits sanguins contaminés et les contacts sexuels de personnes infectées ou appartenant à des groupes à risque.

La majorité des enfants infectés sont contaminés par leurs mères infectées au cours de la période périnatale. La transmission peut vraisemblablement se faire *in utero* ou au cours de l'accouchement et d'après un rapport en provenance d'Australie, il semblerait qu'un enfant ait contracté l'infection pendant la période postnatale, peut-être par ingestion de lait maternel. Des enfants peuvent également contracter l'infection à la suite de transfusions de sang ou de produits sanguins contenant le virus. Soixante-dix pour cent des cas de SIDA pédiatriques notifiés au CDC étaient des enfants dont un parent était atteint de SIDA ou appartenait à un groupe à risque; 20% des cas ont été relevés chez des enfants auxquels avaient été transfusés du sang ou des produits sanguins et pour 10%, les données disponibles étaient incomplètes.

**Risques de transmission dans les écoles, les garderies ou en placement familial.** Au vu des renseignements disponibles, aucun des cas d'infection par le virus LAV/HTLV-III recensé aux Etats-Unis d'Amérique n'a été transmis dans l'une des situations ci-dessus ou par tout autre contact superficiel d'individu à individu. Si l'on excepte les partenaires sexuels de sujets porteurs du virus LAV/HTLV-III et les enfants nés de mères infectées, aucun des contacts familiaux des plus de 12 000 cas de SIDA notifiés au CDC n'a apparemment contracté la maladie. Six études sur les contacts familiaux de porteurs du virus LAV/HTLV-III n'ont mis en évidence aucun cas de transmission de l'infection aux adultes qui n'avaient pas de rapport sexuel avec les malades ou aux enfants plus âgés qui n'étaient normalement pas exposés à une transmission périnatale.

D'après les preuves actuellement disponibles, les contacts superficiels d'individu à individu tels qu'il en existe entre écoliers sont apparemment sans danger. Cela étant, les risques de transmission par contact entre jeunes enfants et enfants neurologiquement handicapés qui ne contrôlent pas leurs sécrétions corporelles n'ont guère été étudiés. D'après ce que l'on a pu constater pour d'autres maladies transmissibles, le risque théorique d'une transmission serait plus élevé chez ces enfants. Il convient de souligner qu'une transmission théorique se ferait vraisemblablement par l'exposition de lésions cutanées ouvertes ou de membranes muqueuses à du sang et peut-être d'autres liquides organiques d'une personne infectée.

**Risques pour l'enfant infecté par le virus LAV/HTLV-III.** L'infection au virus LAV/HTLV-III peut entraîner un déficit immunitaire. Les enfants infectés risquent d'être davantage exposés à des agents infectieux dans les écoles ou les garderies qu'à leur domicile. Le risque d'infection est également plus élevé dans les centres de placement familial où sont regroupés de nombreux enfants. Par ailleurs, les jeunes enfants et les sujets neurologiquement handicapés qui ont par exemple tendance à porter des objets à la bouche seraient plus exposés. Les enfants immunodéprimés sont en outre davantage exposés aux complications graves d'infections comme la varicelle, l'infection à cytomegalovirus, la tuberculose, l'herpes simplex et la rougeole. Le médecin de famille, qui connaît l'état immunitaire de l'enfant, est le mieux placé pour évaluer les risques auxquels est exposé l'enfant immunodéprimé. Le risque de contracter des infections comme la varicelle pourra être réduit par l'administration rapide d'immunoglobulines spécifiques après une exposition.

#### Recommandations

1. Toute décision quant au cadre dans lequel devraient être placés les enfants infectés par le virus LAV/HTLV-III en matière d'enseignement et de soins devrait être fonction du comportement, du développement neurologique et de la condition physique de l'enfant, ainsi que de la nature des contacts qu'il sera susceptible d'avoir dans le contexte choisi. Le mieux serait que ces décisions soient prises par une équipe comprenant le médecin de l'enfant, des personnels de

- with the proposed care or educational setting. In each case, risks and benefits to both the infected child and to others in the setting should be weighed.
- For most infected school-aged children, the benefits of an unrestricted setting would outweigh the risks of their acquiring potentially harmful infections in the setting and the apparent nonexistent risk of transmission of LAV/HTLV-III. These children should be allowed to attend school and after-school day-care and to be placed in a foster home in an unrestricted setting.
  - For infected pre-school-aged children and for some neurologically handicapped children who lack control of their body secretions or who display behaviour such as biting, and those children who have uncoverable, oozing lesions, a more restricted environment is advisable until more is known about transmission in these settings. Children infected with LAV/HTLV-III should be cared for and educated in settings that minimize exposure of other children to blood or body fluids.
  - Care involving exposure to the infected child's body fluids and excrement, such as feeding and diaper changing, should be performed by persons who are aware of the child's LAV/HTLV-III infection and the modes of possible transmission. In any setting involving a LAV/HTLV-III-infected person, good handwashing after exposure to blood and body fluids and before caring for another child should be observed, and gloves should be worn if open lesions are present on the caretaker's hands. Any open lesions on the infected person should also be covered.
 

5. Because other infections in addition to LAV/HTLV-III can be present in blood or body fluids, all schools and day-care facilities, regardless of whether children with LAV/HTLV-III infection are attending, should adopt routine procedures for handling blood or body fluids. Soiled surfaces should be promptly cleaned with disinfectants such as household bleach (diluted 1 part bleach to 10 parts water). Disposable towels or tissues should be used whenever possible, and mops should be rinsed in the disinfectant. Those who are cleaning should avoid exposure of open skin lesions or mucous membranes to the blood or body fluids.
  - The hygienic practices of children with LAV/HTLV-III infection may improve as the child matures. Alternatively, the hygienic practices may deteriorate if the child's condition worsens. Evaluation to assess the need for a restricted environment should be performed regularly.
  - Physicians caring for children born to mothers with AIDS or at increased risk of acquiring LAV/HTLV-III infection should consider testing the children for evidence of LAV/HTLV-III infection for medical reasons. For example, vaccination of infected children with live virus vaccines, such as the measles-mumps-rubella vaccine (MMR), may be hazardous. These children also need to be followed closely for problems with growth and development and given prompt and aggressive therapy for infections and exposure to potentially lethal infections, such as varicella. In the event that an antiviral agent or other therapy for LAV/HTLV-III infection becomes available, these children should be considered for such therapy. Knowledge that a child is infected will allow parents and other caretakers to take precautions when exposed to the blood and body fluids of the child.
  - Adoption and foster-care agencies should consider adding LAV/HTLV-III screening to their routine medical evaluations of children at increased risk of infection before placement in the foster or adoptive home, since these parents must make decisions regarding the medical care of the child and must consider the possible social and psychological effects on their families.
  - Mandatory screening as a condition for school entry is not warranted based on available data.
  - Persons involved in the care and education of LAV/HTLV-III-infected children should respect the child's right to privacy, including maintaining confidential records. The number of personnel who are aware of the child's condition should be
- santé publique, les parents ou tuteurs de l'enfant et des personnels de l'établissement de soins ou d'enseignement prévu. Dans chaque cas, on pèsera le pour et le contre de la décision, tant pour l'enfant infecté que pour les personnes présentes dans l'établissement considéré.
- Pour la plupart des enfants infectés d'âge scolaire, les avantages que présente l'absence de restrictions l'emporteront sur les risques de contracter des infections potentiellement nocives et le risque apparemment nul de transmission de l'infection. Ces enfants devraient donc être autorisés à fréquenter l'école, des garderies et à être mis en placement familial sans aucune restriction particulière.
  - Pour les enfants infectés d'âge préscolaire et certains enfants neurologiquement handicapés qui ne contrôlent pas leurs sécrétions corporelles ou présentent certains comportements qui les conduisent par exemple à mordre, et pour les enfants qui présentent des lésions exsudatives qui ne peuvent être recouvertes de pansements, on prévoira un environnement plus restrictif tant que l'on n'aura pas recueilli davantage de données sur la transmission de la maladie dans ces circonstances. Les enfants infectés par le virus LAV/HTLV-III devraient être élevés dans des conditions permettant de réduire au minimum les risques d'exposition d'autres enfants au sang et à d'autres liquides corporels.
  - Les soins qui supposent une exposition aux liquides organiques et aux excréments d'un enfant infecté, par exemple pour lui donner à manger ou le langer, devraient être confiés à des personnes informées de l'état de santé de l'enfant et connaissant les modes possibles de transmission. Toute personne appelée à s'occuper d'un sujet infecté par le virus LAV/HTLV-III se lavera soigneusement les mains après avoir été exposée au sang ou à d'autres liquides organiques du sujet et avant de s'occuper d'un autre enfant; d'autre part les personnes ayant des lésions ouvertes aux mains devraient porter des gants. Toute lésion ouverte sur la personne infectée sera également recouverte d'un pansement.
  - Étant donné que, outre le virus LAV/HTLV-III, d'autres infections peuvent être transmises par le sang ou des liquides organiques, toutes les écoles et garderies accueillant ou non des enfants infectés par le virus LAV/HTLV-III devraient appliquer des mesures systématiques en cas de contact avec du sang ou des liquides organiques. Les surfaces salies devraient être immédiatement nettoyées avec un désinfectant, par exemple l'eau de javel diluée à raison de 1 partie pour 10 parties d'eau. Des serviettes ou mouchoirs en papier jetables seront utilisés chaque fois que possible et les chiffons et balais seront rincés dans un liquide désinfectant. Les personnes chargées du nettoyage éviteront le contact de lésions cutanées ouvertes ou de membranes muqueuses avec du sang ou des liquides organiques.
  - En matière d'hygiène, le comportement de l'enfant porteur du virus LAV/HTLV-III peut s'améliorer à mesure qu'il grandit. Inversement, ce comportement peut se détériorer si l'état de l'enfant s'aggrave. En conséquence, un contrôle destiné à déterminer si un environnement restrictif s'impose sera effectué à intervalles réguliers.
  - Les médecins appelés à s'occuper d'enfants nés de mères porteuses du SIDA ou à haut risque devraient envisager de soumettre ces enfants à des épreuves de détection du virus LAV/HTLV-III pour des raisons médicales. Il pourrait par exemple être dangereux de vacciner des enfants infectés à l'aide de vaccins viraux vivants comme le vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole. Ces enfants auraient également besoin d'être suivis de près au cas où se présenteraient des problèmes de croissance et de développement et de recevoir un traitement immédiat et énergique en cas d'infections et d'exposition à des infections potentiellement dangereuses comme la varicelle. Au cas où serait mis au point un agent antiviral ou tout autre traitement de l'infection due au virus LAV/HTLV-III, il faudra envisager d'en faire bénéficier ces enfants. Dans la mesure où ils sauront qu'un enfant est infecté, ses parents et les autres personnes appelées à s'occuper de lui pourront prendre les précautions voulues en cas d'exposition au sang et aux liquides organiques de l'enfant.
  - Les centres d'adoption et de placement devraient envisager d'ajouter le dépistage de l'infection par le virus LAV/HTLV-III aux examens médicaux auxquels sont systématiquement soumis les enfants exposés à un risque accru d'infection avant leur accueil dans le centre d'adoption ou de placement, car les parents adoptifs doivent pouvoir prendre les décisions qui s'imposent pour les soins médicaux à prodiguer à l'enfant et tenir compte des éventuelles répercussions sociales et psychologiques qui pourraient en résulter pour leurs familles.
  - D'après les données disponibles, rien ne justifie que le dépistage de l'infection soit rendu obligatoire avant la scolarisation.
  - Les agents de santé et les enseignants appelés à s'occuper d'enfants infectés par le virus LAV/HTLV-III devraient respecter le droit à l'intimité de l'enfant et veiller notamment à ce que les dossiers le concernant restent confidentiels. Le nombre des personnes informées

kept to a minimum needed to assure proper care of the child and to detect situations where the potential for transmission may increase (e.g., bleeding injury).

- All educational and public health departments, regardless of whether LAV/HTLV-III infected children are involved, are strongly encouraged to inform parents, children, and educators regarding LAV/HTLV-III and its transmission. Such education would greatly assist efforts to provide the best care and education for infected children while minimizing the risk of transmission to others.

#### Recommendations for preventing possible transmission of Lymphadenopathy-associated virus/human T-lymphotropic virus type III from tears

UNITED STATES OF AMERICA. - Lymphadenopathy-associated virus/human T-lymphotropic virus type III (LAV/HTLV-III), the etiological agent of AIDS, has been found in various body fluids, including blood, semen, and saliva. Recently, scientists at the National Institutes of Health isolated the virus from the tears of an AIDS patient. The patient, a 33-year-old woman with a history of *Pneumocystis carinii* pneumonia and disseminated *Mycobacterium avium-intracellulare* infection, had no ocular complaints, and her eye examination was normal. Of the tear samples obtained from 6 other patients with AIDS or related conditions, 3 showed equivocal culture results, and 3 were culture-negative.

The following precautions are judged suitable to prevent spread of LAV/HTLV-III and other microbial pathogens that might be present in tears. They do not apply to the procedures used by individuals in caring for their own lenses, since the concern is the possible virus transmission between individuals.

- Health-care professionals performing eye examinations or other procedures involving contact with tears should wash their hands immediately after a procedure and between patients. Handwashing alone should be sufficient but when practical and convenient, disposable gloves may be worn. The use of gloves is advisable when there are cuts, scratches, or dermatological lesions on the hands. Use of other protective measures, such as masks, goggles, or gowns, is *not* indicated.
- Instruments that come into direct contact with external surfaces of the eye should be wiped clean and then disinfected by: (a) a 5-10 minute exposure to a fresh solution of 3% hydrogen peroxide; or (b) a fresh solution containing 5 000 parts per million (mg/l) free available chlorine - a 1/10 dilution of common household bleach (sodium hypochlorite); or (c) 70% ethanol; or (d) 70% isopropanol. The device should be thoroughly rinsed in tap water and dried before re-use.
- Contact lenses used in trial fittings should be disinfected between each fitting by one of the following regimens:
  - Disinfection of trial hard lenses with a commercially available hydrogen peroxide contact lens disinfecting system currently approved for soft contact lenses. (Other hydrogen peroxide preparations may contain preservatives that could discolour the lenses). Alternatively, most trial hard lenses can be treated with the standard heat disinfection regimen used for soft lenses (78-80 °C [172-176 °F] for 10 minutes). Practitioners should check with hard lens suppliers to ascertain which lenses can be safely heat-treated.
  - Rigid gas-permeable (RGP) trial fitting lenses can be disinfected using the above hydrogen peroxide disinfection system. RGP lenses may warp if they are heat-disinfected.
  - Soft trial fitting lenses can be disinfected using the same hydrogen peroxide system. Some soft lenses have also been approved for heat disinfection.

Other than hydrogen peroxide, the chemical disinfectants used in standard contact lens solutions have not yet been tested for their activity against LAV/HTLV-III. Until other disinfectants are shown to be suitable for disinfecting LAV/HTLV-III, contact lenses used in the eyes of patients suspected or known to be infected with LAV/HTLV-III are most safely handled by hydrogen peroxide disinfection.

The above recommendations are based on data from studies conducted at the National Institutes of Health and CDC on dis-

de l'état de l'enfant devrait être maintenu au minimum nécessaire pour que l'enfant puisse être correctement soigné et que puissent être décelées les situations susceptibles d'accroître le risque de transmission (une blessure avec écoulement de sang par exemple).

- Tous les départements de l'éducation et de la santé publique sont vivement encouragés, que soient ou non en cause des enfants infectés par le virus LAV/HTLV-III, d'informer les parents, les enfants et les éducateurs sur le virus LAV/HTLV-III et son mode de transmission. Ces activités d'information contribueraient sensiblement au succès des efforts fournis pour soigner et instruire les enfants atteints dans les meilleures conditions possibles tout en réduisant le risque de transmission par la maladie.

#### Recommandations pour la prévention d'une éventuelle transmission du virus associé aux lymphadénopathies/virus T-lymphotrope humain type III par des larmes

ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE. - Le virus associé aux lymphadénopathies/virus T-lymphotrope humain type III (LAV/HTLV-III), agent étiologique du SIDA, a été mis en évidence dans différents liquides organiques dont le sang, le sperme et la salive. Le virus a récemment été isolé dans les larmes d'une malade par des chercheurs des *National Institutes of Health*. Cette personne, âgée de 33 ans, présentait des antécédents de pneumonie à *Pneumocystis carinii* et d'infection disséminée à *Mycobacterium avium-intracellulare*, mais ne se plaignait pas de troubles oculaires et l'examen ophtalmologique était normal. Des échantillons de larmes provenant de 6 autres sujets atteints du SIDA ou de maladies apparentées ont été mis en culture: les résultats ont été ambigus pour trois d'entre eux et négatifs pour les 3 autres.

Il est conseillé de prendre les précautions suivantes pour prévenir la propagation du virus LAV/HTLV-III et d'autres organismes microbiens pouvant être présents dans les larmes. Elle ne concernent pas les mesures prises par les porteurs de verres de contact pour nettoyer leurs propres lentilles puisqu'il s'agit ici de prévenir une éventuelle transmission d'un individu à l'autre.

- Les agents de santé qui effectuent des examens oculaires ou accomplissent d'autres actes impliquant des contacts avec les larmes devraient se laver les mains immédiatement après chacun de ces actes et entre chaque patient. Le fait de se laver les mains devrait suffire mais ils pourront porter des gants à jeter après usage chaque fois que cela sera possible. Le port de gants est de toute façon conseillé pour les personnes ayant des coupures, des écorchures ou des lésions dermatologiques sur les mains. Le recours à d'autres équipements protecteurs tels que masques, lunettes ou blouses n'est *pas* indiqué.
- Les instruments entrant en contact direct avec les surfaces externes de l'oeil doivent être essuyés et désinfectés comme suit: a) 5 à 10 minutes d'exposition à une solution fraîchement préparée de peroxyde d'hydrogène à 3%; ou b) à une solution fraîchement préparée contenant 5 000 parties par million (mg/l) de chlore libre - dilution au 1/10 d'eau de javel (hypochlorite de sodium), ou c) à de l'éthanol à 70% ou d) à de l'isopropanol à 70%. L'instrument sera soigneusement rincé à l'eau du robinet puis essuyé avant d'être réutilisé.
- Les lentilles cornéennes utilisées pour des essayages seront désinfectées entre chaque essayage selon l'une des méthodes suivantes:
  - Désinfection des lentilles dures à l'aide d'un désinfectant pour lentilles cornéennes à base de peroxyde d'hydrogène en vente dans le commerce et approuvé pour les lentilles souples (les autres préparations à base de peroxyde d'hydrogène peuvent contenir des agents conservateurs susceptibles de colorer les lentilles). Sinon, la plupart des lentilles d'essai dures peuvent être traitées par la méthode type de désinfection à la chaleur utilisée pour les lentilles souples (78 à 80 °C pendant 10 minutes). Les praticiens s'assureront auprès des fabricants de lentilles dures quels types de lentilles peuvent être traités à la chaleur sans risques.
  - Les verres moulés rigides perméables à l'air peuvent être désinfectés à l'aide du désinfectant déjà cité à base de peroxyde d'hydrogène. Un traitement à la chaleur risque de voiler ce type de verre.
  - Les verres moulés souples peuvent être désinfectés à l'aide du même désinfectant à base de peroxyde d'hydrogène. Certaines lentilles souples peuvent également être désinfectées à la chaleur.

Mis à part le peroxyde d'hydrogène, les désinfectants chimiques contenus dans les solutions normalement utilisées pour nettoyer les verres de contact n'ont pas encore fait la preuve de leur efficacité contre le virus LAV/HTLV-III. En attendant que d'autres désinfectants se soient révélés efficaces contre le virus LAV/HTLV-III, les lentilles cornéennes portées par des malades soupçonnés ou notoirement infectés par le virus LAV/HTLV-III devraient être désinfectés avec du peroxyde d'hydrogène.

Ces recommandations reposent sur les résultats d'études conduites aux *National Institutes of Health* et aux CDC sur la désinfection/inactivation

infection/inactivation of LAV/HTLV-III virus. Additional information regarding general hospital and laboratory precautions have been previously published.

MMWR EDITORIAL NOTE: All secretions and excretions of an infected person may contain lymphocytes, host cells for LAV/HTLV-III; therefore, thorough study of these fluids might be expected to sometimes yield this virus. Despite positive cultures from a variety of body fluids of infected persons, however, spread from infected persons to household contacts who have no other identifiable risks for infection has not been documented. Furthermore, there is no evidence to date that LAV/HTLV-III has been transmitted through contact with the tears of infected individuals or through medical instruments used to examine AIDS patients.

du virus LAV/HTLV-III. Des renseignements supplémentaires sur les précautions à prendre dans les hôpitaux et les laboratoires ont déjà été publiées.

NOTE DE LA RÉDACTION DU MMWR: Toutes les sécrétions et excréments d'une personne infectée peuvent contenir des lymphocytes, cellules hôtes du virus LAV/HTLV-III; il peut donc arriver qu'un examen complet de ces liquides révèle la présence du virus. Bien que des cultures d'échantillons de différents liquides organiques provenant de sujets infectés aient donné des résultats positifs, il n'existe pas de preuve de la propagation de l'infection aux contacts familiaux ne présentant pas d'autres risques de contracter l'infection. Par ailleurs, il n'a pas été prouvé à ce jour que le virus LAV/HTLV-III ait été transmis par contact avec les larmes de sujets infectés ou par des instruments médicaux utilisés pour examiner des sujets atteints du SIDA.

(Based on/D'après: *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1985, 34, No. 34; *US Centers for Diseases Control*.)

**CHLAMYDIAL INFECTIONS**

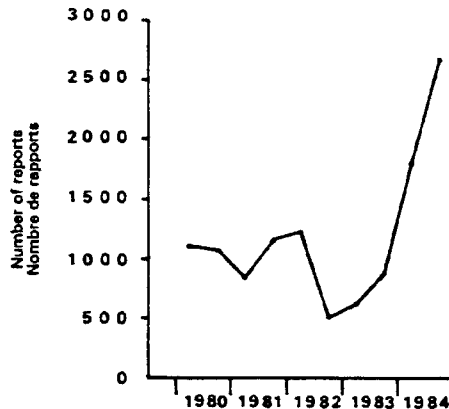
CANADA. — As of 31 January 1985, the Bureau of Microbiology, Laboratory Centre for Disease Control, had received 4 284 reports of chlamydial infections for 1984 from the 24 laboratories across Canada that contribute data to the World Health Organization's virus reporting system. This represents almost a threefold increase over 1983 when 1 495 reports were submitted (Fig. 1). Ninety-six per cent were *Chlamydia trachomatis* and 4% *Chlamydiae* not typed. There were 6 serological reports of *C. trachomatis*-LGV type; follow-up established 2 clinical cases of lymphogranuloma venereum. Laboratory reports of *C. psittaci* were not included in this analysis.

**INFECTIONS À CHLAMYDIAE**

CANADA. — Au 31 janvier 1985, le Bureau de microbiologie du Laboratoire de lutte contre la maladie avait reçu des 24 laboratoires qui, au Canada, participent au programme de notification virologique de l'OMS, 4 284 rapports sur des infections à *Chlamydiae* pour 1984, soit près de 3 fois le nombre de rapports soumis en 1983, qui était de 1 495 (Fig. 1). Quarante-vingt-seize pour cent de ces infections étaient dues à *Chlamydia trachomatis* et 4% à des *Chlamydiae* non typés. Six rapports sérologiques concernaient *C. trachomatis* du type responsable du LGV; le suivi a permis de confirmer 2 cas cliniques de lymphogranulome vénérien. Les rapports de laboratoire concernant *C. psittaci* ne figuraient pas dans cette analyse.

Fig. 1

Laboratory reports of chlamydial infections by 6-month periods, Canada, 1980-1984  
Rapports de laboratoires sur les infections à *Chlamydiae* par semestre, Canada, 1980-1984



**Geographical distribution**

The largest proportion (37%) of the reports came from Ontario, followed by Manitoba (23%), Alberta (17%), Nova Scotia (10%), and Saskatchewan (10%). Less than 3% of all reports originated in Newfoundland, Prince Edward Island, New Brunswick, Quebec, and British Columbia.

**Répartition géographique**

C'est l'Ontario qui a envoyé la plus grande proportion de rapports (37%), suivi par le Manitoba (23%), l'Alberta (17%), la Nouvelle-Écosse (10%) et enfin le Saskatchewan (10%). Moins de 3% de l'ensemble des rapports provenaient de Terre-Neuve, de l'île du Prince-Édouard, du Nouveau-Brunswick, du Québec et de la Colombie britannique.

**Age and sex**

The majority of reports involved persons 15-24 years of age. Because the WHO form contains broad age groupings, the date of birth recorded on the virus report was used to define 5-year age groups (Fig. 2). The 20-24-year age group accounted for the largest proportion (43.3%), followed by the 15-19 and 25-29-year age groups with 21.3% and 19.5% respectively. While reports involving the 20-24-year age group increased 2.5 times over 1983, the 15-19-year age group was identified 6 times more frequently in 1984. The overall male:female ratio was 1:1.7, but varied by age group. In children under 6 months, males were identified almost twice as frequently as females. Females were cited more often with increasing age. For persons 15-24 years of age the male:female ratio was 1:2, but declined progressively and by age 30 the ratio was 1:1.

**Age et sexe**

La majorité des rapports concernaient des personnes de 15 à 24 ans. Comme le formulaire de l'OMS mentionne des groupes d'âge assez larges, on s'est servi des dates de naissance indiquées dans les rapports virologiques pour définir des groupes d'âge d'une portée de 5 ans (Fig. 2). Le groupe des 20 à 24 ans représentait la plus forte proportion de cas (43,3%), suivi par le groupe des 15 à 19 ans, puis par celui des 25 à 29 ans, avec 21,3% et 19,5% des cas respectivement. Alors que les rapports sur les personnes de 20 à 24 ans avaient augmenté de 2,5 fois par rapport à 1983, les rapports sur les 15 à 19 ans étaient 6 fois plus nombreux en 1984. La proportion globale hommes/femmes était de 1:1,7 mais variait selon le groupe d'âge. Chez les enfants de moins de 6 mois, les garçons étaient presque 2 fois plus nombreux que les filles. Le nombre de filles mentionnées croissait avec l'âge. Pour ce qui est des personnes âgées de 15 à 24 ans, la proportion hommes/femmes était de 1:2, mais elle diminuait graduellement, de sorte que pour les personnes de 30 ans, elle était de 1:1.

While the 0-4-year age group accounted for 1.0% of all reports, the majority involved children under 6 months of age. These were probably related to infections acquired at delivery.

Bien que le groupe d'âge des 0 à 4 ans ait représenté 1% des rapports, la majorité de ces cas concernaient des enfants de moins de 6 mois, et étaient probablement dus à une infection contractée à la naissance.

**Fig. 2**  
**Laboratory reports of chlamydial infections by selected age groups, Canada, 1984**  
**Rapports de laboratoires sur les infections à *Chlamydiae* par groupes d'âge sélectionnés, Canada, 1984**

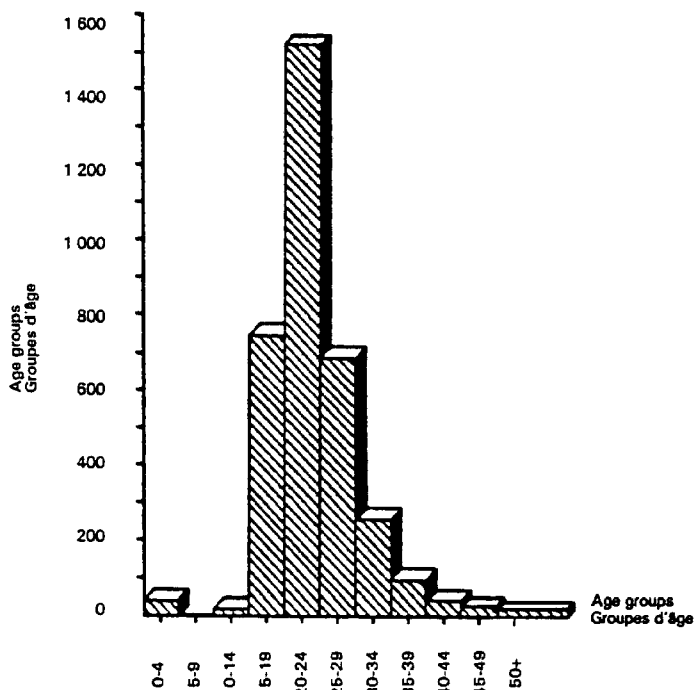


Table 1 shows the rate of isolates per 100 000 population based on laboratory identifications. As expected, the highest rate was observed in the 15-24-year age group followed by children under 6 months of age. Although these data do not reflect the incidence of chlamydial infection, they do serve to illustrate the risk associated with a *Chlamydia*-infected mother.

Le Tableau 1 présente le taux d'isollements pour 100 000 habitants, d'après les confirmations en laboratoire. Comme on pouvait s'y attendre, le taux le plus élevé a été observé chez le groupe des 15 à 24 ans, puis chez les enfants de moins de 6 mois. Bien que ces données ne traduisent pas exactement l'incidence des infections à *Chlamydiae*, elles servent à illustrer le risque d'infection associé aux mères atteintes de ce genre de maladie.

**Site of infection**

Eighty-two per cent of the reports identified the genital tract as the source of the specimen, while the eye was cited in 1.5%, and the nasopharynx in 0.4% (Table 2). Most nasopharyngeal isolates involved children under 12 months of age. The largest proportion of eye infections were identified in children less than 6 months of age.

**Localisation de l'infection**

Dans 82% des rapports, l'origine du prélèvement était les voies génitales, dans 1,5% des cas, c'était l'œil et dans 0,4% des cas, il s'agissait du nasopharynx (Tableau 2). La plupart des isollements prélevés du nasopharynx concernaient des enfants de moins de 12 mois. La plus forte proportion d'infections oculaires a été constatée chez des enfants âgés de moins de 6 mois.

**Table 1. Rates of laboratory-identified chlamydial infections by selected age groups, Canada, 1984**  
**Tableau 1. Taux d'infections à *Chlamydiae* identifiées en laboratoire par groupes d'âge sélectionnés, Canada, 1984**

Age group / Groupe d'âge	Isolates per 100 000 population / Isollements pour 100 000 habitants
< 6 months/mois	21.8
6-11 months/mois	2.1
1-4 years/ans	0.2
5-14 years/ans	1.2
15-24 years/ans	56.8
25-39 years/ans	17.0
40-59 years/ans	2.2
≥ 60 years/ans	0.7

**Table 2. Laboratory reports of chlamydial infections by selected age groups and source of specimen, Canada, 1984**  
**Tableau 2. Rapports de laboratoires sur des infections à *Chlamydiae* par groupes d'âge sélectionnés et selon l'origine du prélèvement, Canada, 1984**

Source of specimen / Source du spécimen	Age group - Groupe d'âge									Total	%
	< 6 months/mois	6-12 months/mois	1-4 years/ans	5-14 years/ans	15-24 years/ans	25-39 years/ans	40-59 years/ans	> 60 years/ans	Unknown / Inconnu		
Genital tract - Voies génitales	—	2	1	26	2 219	863	64	4	345	3 524	82.2
Eye - Oeil	24	—	1	5	15	11	1	3	4	64	1.5
Nasopharynx	13	2	1	—	—	—	—	—	—	16	0.4
Other/not specified - Autre/non spécifié	4	—	—	11	294	204	51	19	97	680	15.9
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>42</b>	<b>2 528</b>	<b>1 078</b>	<b>116</b>	<b>26</b>	<b>446</b>	<b>4 284</b>	<b>100.0</b>
<b>%</b>	<b>1.0</b>	<b>0.1</b>	<b>0.1</b>	<b>1.0</b>	<b>59.0</b>	<b>25.1</b>	<b>2.7</b>	<b>0.6</b>	<b>10.4</b>		

**Comment**

Laboratory reports of chlamydial infection do not reflect the true incidence in Canada. It is estimated that there are 2-3 cases of non-gonococcal urethritis and cervicitis for every reported case of gonorrhoea in Canada. Various studies indicate that 40-60% of non-gonococcal urethritis is caused by *C. trachomatis*. This organism was the most commonly isolated genital pathogen in a selected population of Canadian women.

The large increase in the number of reports submitted in 1984 may be due to several factors:

- availability of new monoclonal antibody diagnostic kits;
- increased recognition of the organism as a genital pathogen by the medical community;
- legislation passed by Ontario and Saskatchewan making genital chlamydial infection a notifiable disease.

It should be noted that the total number of laboratory reports of chlamydial infections for 1984 could increase slightly with later submissions, but the proportion will not be altered significantly.

(Based on/D'après: *Canada Diseases Weekly Report/Rapport hebdomadaire des maladies au Canada*, Vol. 11-15, 1985; *Health and Welfare Canada/Santé et Bien-être social Canada*.)

**Commentaire**

Les rapports de laboratoire sur les infections à *Chlamydiae* ne reflètent pas l'incidence réelle de la maladie au Canada. On estime qu'il y a 2 ou 3 cas d'urétrite non gonococcique et de cervicite pour chaque cas déclaré de gonococcie. Différentes études indiquent que de 40 à 60% des urétries non gonococciques sont causées par *C. trachomatis*. C'était là l'organisme pathogène des voies génitales le plus fréquemment isolé dans un groupe de Canadiennes.

L'augmentation considérable du nombre de rapports soumis en 1984 peut être due à plusieurs facteurs:

- existence de nouvelles troupes de diagnostic des anticorps monoclonaux;
- meilleure sensibilisation des médecins au rôle de pathogène génital des *Chlamydiae*;
- mesures législatives prises par l'Ontario et le Saskatchewan faisant de l'infection génitale à *Chlamydiae* une maladie à déclaration obligatoire.

Il est à noter que le nombre total de rapports de laboratoire sur les infections à *Chlamydiae* pour 1984 pourrait augmenter légèrement en fonction des rapports reçus plus tard, mais la proportion ne devrait pas être modifiée de façon significative.

**DISEASES SUBJECT TO THE REGULATIONS - MALADIES SOUMISES AU RÈGLEMENT**  
**Notifications received from 13 to 19 September 1985 - Notifications reçues du 13 au 19 septembre 1985**

C Cases - Cas  
 D Deaths - Décès  
 P Part  
 A Airport - Aéroport  
 ... Figures not yet received - Chiffres non encore disponibles  
 i Imported cases - Cas importés  
 r Revised figures - Chiffres révisés  
 s Suspected cases - Cas suspects

**CHOLERA† - CHOLÉRA†**

Africa - Afrique		C	D
MALI	2-8.IX	62	6
SOMALIA - SOMALIE	20.VIII-2.IX	296 <sup>r</sup>	51 <sup>r</sup>
Asia - Asie		C	D
IRAN, ISLAMIC REP. OF IRAN, RÉP. ISLAMIQUE D'	25-31.VIII	141	2

† The total number of cases and deaths reported for each country occurred in infected areas already published, or in newly infected areas, see below / Tous les cas et décès notifiés pour chaque pays se sont produits dans des zones infectées déjà signalées ou dans des zones nouvellement infectées, voir ci-dessous.

**YELLOW FEVER - FIÈVRE JAUNE**

America - Amérique		C	D
BOLIVIA - BOLIVIE	20-26.VI <sup>1</sup>		
<i>La Paz Department</i>			
Nor Yungas Province	.....	1	1
		3-5.VI <sup>1</sup>	
<i>Cochabamba Department</i>			
Chapare Province	.....	1	1
		10-18.VI <sup>1</sup>	
<i>La Paz Department</i>			
Nor Yungas Province	.....	1	1
		20-24.IV <sup>1</sup>	
<i>La Paz Department</i>			
Franz Tamayo Province	...	1	1

<sup>1</sup> Date of onset and death / Date du début et décès.

**Newly infected areas as on 19 September 1985 - Zones nouvellement infectées au 19 septembre 1985**

For criteria used in compiling this list, see No. 28, page 220. - Les critères appliqués pour la compilation de cette liste sont publiés dans le N° 28, page 220.

The complete list of infected areas was last published in WER No. 35, page 275. It should be brought up to date by consulting the additional information published subsequently in the WER regarding areas to be added or removed. The complete list is usually published once a month.

La liste complète des zones infectées a paru dans le REH N° 35, page 275. Pour sa mise à jour, il y a lieu de consulter les *Relevés* publiés depuis lors où figurent les listes de zones à ajouter et à supprimer. La liste complète est généralement publiée une fois par mois.

**CHOLERA - CHOLÉRA**

Africa - Afrique  
 MALI  
 Tombouctou Région  
 Niafunké Cercle  
 Tombouctou Cercle

Asia - Asie

IRAN, ISLAMIC REPUBLIC OF  
 IRAN, RÉP. ISLAMIQUE D'  
 Arak Province  
 Isfahan Province

**Areas removed from the infected area list between 13 and 19 September 1985**  
**Zones supprimées de la liste des zones infectées entre les 13 et 19 septembre 1985**

For criteria used in compiling this list, see No. 28, page 220. - Les critères appliqués pour la compilation de cette liste sont publiés dans le N° 28, page 220

**CHOLERA - CHOLÉRA**  
 Africa - Afrique

MALI  
 Mopti Région  
 Tenenkou Cercle

Price of the *Weekly Epidemiological Record*  
 Prix du *Relevé épidémiologique hebdomadaire*

Annual subscription - Abonnement annuel

Fr. s. 120.-