



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 Téléc 27821

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

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

12 August 1988

63rd YEAR - 63^e ANNÉE

12 août 1988

EXPANDED PROGRAMME ON IMMUNIZATION Poliomyelitis surveillance and vaccine efficacy

INDIA. - Continuous surveillance for new cases of poliomyelitis in Bombay has been carried out since 1949. In 1984, a summary of the results up to 1982 was published.¹ The present article describes the surveillance that has been carried out from 1982 to 1987 and examines vaccine efficacy based on immunization coverage surveys that allow immunization status of cases to be compared with immunization status of children in the same age group, geographical area and year. This more rigorous method of estimating vaccine efficacy showed a level of efficacy exceeding 90% in children receiving their third dose of oral polio vaccine.

Poliomyelitis case ascertainment is carried out by a health care worker from the Enterovirus Research Centre of the Indian Medical Research Council who visits weekly the 4 principal hospitals that admit patients with poliomyelitis. Additional cases are identified through the records of the major rehabilitation centre in Bombay. Case definition is based on physician diagnosis of paralytic poliomyelitis. Immunization coverage in Bombay is estimated by total doses administered and by standard EPI 30-cluster surveys. Continued surveillance for poliovirus in Bombay by the Enterovirus Research Centre provides additional information on the circulation of polioviruses in the city.

PROGRAMME ÉLARGI DE VACCINATION Surveillance de la poliomyélite et efficacité du vaccin

INDE. - La surveillance continue des nouveaux cas de poliomyélite à Bombay est assurée depuis 1949. En 1984, un résumé a été publié sur les résultats enregistrés jusqu'en 1982.¹ Le présent article porte sur la surveillance de 1982 à 1987 et examine l'efficacité du vaccin sur la base des enquêtes de couverture vaccinale qui permettent de comparer l'état vaccinal des malades à l'état vaccinal des enfants du même groupe d'âge, de la même zone géographique et pour la même année. En appliquant cette méthode plus rigoureuse d'estimation, on a obtenu un niveau d'efficacité de plus de 90% chez les enfants qui reçoivent la troisième dose de vaccin antipoliomyélitique buccal.

L'identification des cas de poliomyélite est assurée par un agent de soins de santé du Centre de recherche sur les entérovirus du Conseil indien de la recherche médicale qui se rend chaque semaine dans les 4 principaux hôpitaux où sont admis les cas de poliomyélite. D'autres cas sont identifiés par les dossiers du principal centre de réadaptation de Bombay. La définition du cas est fondée sur le diagnostic de la poliomyélite paralytique par un médecin. La couverture vaccinale à Bombay est estimée par le nombre total de doses administrées et par des enquêtes types du PEV portant sur 30 grappes. La surveillance continue des virus poliomyélitiques à Bombay par le Centre de recherche sur les entérovirus fournit d'autres précisions sur la circulation des virus poliomyélitiques dans la ville.

Table 1. Reported cases and case rate of paralytic poliomyelitis in Bombay residents, Bombay, India, 1982-1987

Tableau 1. Nombre de cas notifiés et incidence déclarée de la poliomyélite paralytique chez des résidents, Bombay, Inde, 1982-1987

Year Année	Estimated population Bombay (million) Nombre estimé d'habitants à Bombay (en millions)	Number of cases Nombre de cas	Reported annual case rate per 100 000 population Nombre de cas notifiés pour 100 000 habitants
1982	8 578	1 116	13.0
1983	8 862	986	11.1
1984	9 259	1 002	10.8
1985	9 565 ^a	1 215	12.7
1986	9 880 ^a	1 268	12.8
1987	10 206 ^a	1 003 ^b	9.8 ^b

^a Population data for 1985-1987 are extrapolated from previous years - La population pour 1985-1987 est obtenue par une extrapolation fondée sur les années précédentes

^b 1987 data are provisional and do not include data from additional sources. - Les données pour 1987 sont provisoires et ne comprennent pas les données provenant de sources complémentaires

¹ See No 14, 1984, pp. 101-104

¹ Voir N° 14, 1984, pp. 101-104

Epidemiological notes contained in this issue

Cholera, Expanded Programme on Immunization, influenza, nutrition, sexually transmitted diseases.
List of newly infected areas, p. 256.

Informations épidémiologiques contenues dans ce numéro

Choléra, grippe, maladies sexuellement transmissibles, nutrition, programme élargi de vaccination.
Liste des zones nouvellement infectées, p. 256.

The overall incidence of cases of poliomyelitis did not decline during the 5-year period under review (Table 1); in fact, it has remained quite constant since the institution of surveillance in 1949. The age distribution of infected cases has remained constant over the 5-year period with an average of 43% of cases occurring under 1 year of age, 39% between 1 and 2 years of age, 12% between 2 and 3 years of age and 6% over the age of 3. The necessity of achieving complete immunization against poliomyelitis by 6 months to 1 year of age is reinforced by this age distribution.

The immunization status of children with paralytic poliomyelitis over the period 1982-1987 is shown in Table 2. Although the proportion of cases fully immunized seems high at first glance, this is heavily influenced by the overall vaccine coverage.

L'incidence totale des cas de poliomyélite n'a pas diminué pendant la période quinquennale à l'étude (Tableau 1); en fait, le nombre de cas est resté assez constant depuis le début de la surveillance en 1949. La répartition par âge des cas infectés est restée constante pendant la période quinquennale avec en moyenne 43% des cas observés avant l'âge d'un an, 39% entre 1 et 2 ans, 12% entre 2 et 3 ans et 6% après 3 ans. Du fait de cette répartition par âge, il est donc d'autant plus important d'assurer une vaccination antipoliomyélitique complète avant l'âge de 6 mois à 1 an.

L'état vaccinal des enfants frappés de poliomyélite paralytique au cours de la période 1982-1987 fait l'objet du Tableau 2. Si elle semble forte à première vue, la proportion des malades complètement vaccinés est considérablement influencée par la couverture vaccinale globale.

Table 2. Immunization status of children with paralytic poliomyelitis, Greater Bombay, India, 1982-1987
Tableau 2. Etat vaccinal des enfants souffrant de poliomyélite paralytique, Grand Bombay, Inde, 1982-1987

Year Année	Number of cases Nombre de cas	Immunization status (% of cases) Etat vaccinal (% de cas)			
		Unimmunized Non vaccinés	Partially immunized Partiellement vaccinés	Fully immunized Complètement vaccinés	Unknown Inconnu
1982	1 116	66	14	15	6
1983	986	68	16	15	—
1984	1 002	62	20	13	5
1985	1 215	65	19	16	1
1986	1 268	58	19	18	5
1987	1 003	60	23	17	—

Vaccine coverage in Bombay has been estimated in 2 ways. The first was to look at the doses of vaccine administered through the public health system to children under 12 months of age (Table 3). Based on these data, vaccine efficacy was between 77% and 84% over this 5-year period.

In 1982 and 1983, 4-cluster surveys were done in Bombay wards which established a higher degree of vaccine coverage than had been estimated by doses given. This probably reflects doses given through the private sector. These surveys allowed an estimation of vaccine efficacy for a ward population in which coverage was known for a particular year (Table 4). Vaccine efficacy under these conditions was 93-94%.

La couverture vaccinale à Bombay a été estimée de 2 manières différentes. La première se fonde sur les doses de vaccin administrées par le système de santé publique aux enfants de moins de 12 mois (Tableau 3). Sur la base de ces données, l'efficacité du vaccin se situait entre 77 et 84% au cours de la période quinquennale.

En 1982 et 1983, des enquêtes portant sur 4 grappes et effectuées dans des districts de Bombay ont donné une couverture vaccinale supérieure à l'estimation fondée sur les doses administrées. C'est là probablement le reflet des doses administrées par le secteur privé. Ces enquêtes ont permis d'estimer l'efficacité du vaccin pour une population donnée dont on connaissait la couverture pour une année déterminée (Tableau 4). Dans ces conditions, l'efficacité du vaccin atteignait 93 à 94%.

Table 3. Estimation of polio vaccine coverage based on doses administered to children under 12 months of age, Greater Bombay, India, 1982-1986

Tableau 3. Estimation de la couverture vaccinale antipoliomyélitique sur la base des doses administrées aux enfants de moins de 12 mois, Grand Bombay, Inde, 1982-1986

Year Année	Number of children under 1 year of age Nombre d'enfants de moins d'un an	Immunization coverage (% of children) Couverture vaccinale (% d'enfants)				Vaccine efficacy ^a Efficacité du vaccin ^a
		No OPV Non vaccinés	OPV1 VPO1	OPV2 VPO2	OPV3 VPO3	
1982	187 699	40	60	45	40	77
1983	192 385	31	69	53	44	84
1984	196 522	36	64	46	37	79
1985	200 845	38	62	54	42	78
1986	205 264	27	73	59	45	81

^a Vaccine efficacy = $\frac{\text{Attack rate (unimmunized)} - \text{Attack rate (fully immunized)}}{\text{Attack rate (unimmunized)}}$

^a Efficacité du vaccin = $\frac{\text{Taux d'atteinte (non vaccinés)} - \text{Taux d'atteinte (complètement vaccinés)}}{\text{Taux d'atteinte (non vaccinés)}}$

The estimate of oral poliovirus vaccine efficacy becomes higher as the population data, particularly vaccine coverage, become better defined and more uniform. Most importantly, these data demonstrate that vaccine failure is not the major cause of continued poliomyelitis in Bombay and that the orally administered vaccine in this setting is effective. High vaccine efficacy also implies that an accurate case definition of poliomyelitis is being utilized in Bombay and that for the most part paralytic disease is caused by polioviruses.

L'estimation de l'efficacité du vaccin buccal contre les virus poliomyélitiques s'élève à mesure que les données sur la population, en particulier la couverture vaccinale, sont mieux définies et plus uniformes. Mais surtout ces données démontrent que l'échec vaccinal n'est pas la principale cause de la persistance de la poliomyélite à Bombay et que, dans ce milieu, le vaccin administré par voie buccale est efficace. La forte efficacité du vaccin implique également que la définition de la poliomyélite à Bombay est exacte et que la plupart des maladies paralytiques sont dues aux virus poliomyélitiques.

Table 4. Estimates of polio vaccine efficacy based on coverage surveys and cases of poliomyelitis occurring in the same ward of Bombay, 1982 and 1983

Tableau 4. Estimations de l'efficacité du vaccin antipoliomyélique d'après des enquêtes de couverture et des cas de poliomyélite survenant dans le même district de Bombay, 1982 et 1983

Year Année	Ward District	Vaccine coverage (%) Couverture vaccinale (%)		Number of cases Nombre de cas	Immunization status (% of cases) Etat vaccinal (% des cas)		Vaccine efficacy ^a Efficacité du vaccin ^a
		None Non vaccinés	OPV3 VPO3		None Non vaccinés	OPV3 VPO3	
1982	K	24	63	124	76	14	93
1983	F/S	15	72	91	59	18	94
	B	18	65	Insufficient number of cases — Nombre insuffisant de cas			
	E	14	75	31	71	26	93

^a Calculated as in Table 3. — Calculée comme pour le Tableau 3.

Control of poliomyelitis has not been achieved in Bombay in spite of a sustained effort at immunization with polio vaccine. Further refinement of epidemiological techniques may help to define socioeconomic and hygienic conditions under which continued transmission of wild-type virus is occurring and demonstrate areas where vaccine coverage must be intensified. However, the greatest advances will be made by uniformly increasing coverage and fully vaccinating children between 6 months and 1 year of age.

La poliomyélite n'a pas été maîtrisée à Bombay malgré un effort soutenu de vaccination. Peut-être qu'en affinant davantage les techniques épidémiologiques, on parviendra à mieux définir les conditions socio-économiques et les conditions d'hygiène dans lesquelles s'effectue la transmission durable du virus sauvage et à délimiter les zones dans lesquelles la couverture vaccinale doit être intensifiée. Les progrès les plus importants seront néanmoins obtenus en augmentant la couverture vaccinale de manière uniforme et en assurant la vaccination complète des enfants entre l'âge de 6 mois et un an.

(Based on/D'après: An article to be submitted for publication in the *WHO Bulletin*/Un article à soumettre pour publication dans le *Bulletin de l'OMS*.)

SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES

Summary of 1986 Annual Report¹

CANADA. — National surveillance of sexually transmitted disease (STDs) in Canada encompasses both notifiable and certain non-notifiable STDs, but not such conditions as genital warts, non-gonococcal urethritis and cervicitis, and trichomoniasis. Consequently, the true incidence of STDs in the country is unknown. However, current data from the 1986 annual report demonstrate a persistent downward trend in the annual incidence of reported STDs among Canadians since 1981 (Fig. 1). In 1986 there were 37 489 reports of sexually transmitted infection, giving a rate of 146.9 per 100 000 population. This represents a 14% decrease over 1985, and an overall 39.5% decrease since 1981.

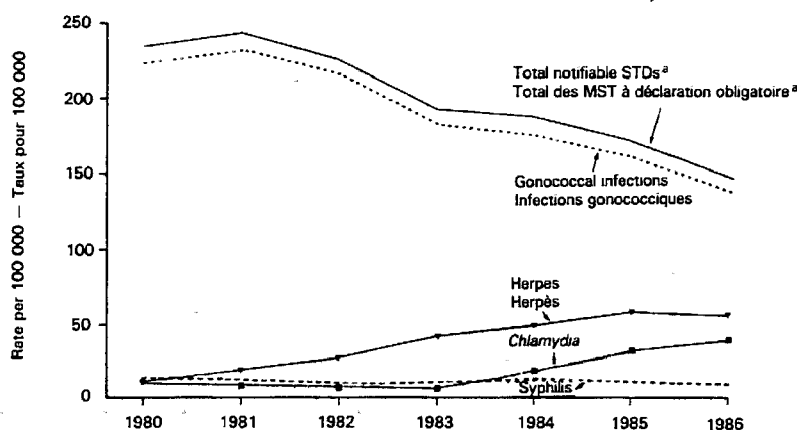
MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Résumé du Rapport annuel de 1986¹

CANADA. — La surveillance nationale des maladies sexuellement transmissibles (MST) au Canada comprend des données sur les maladies à déclaration obligatoire et certaines autres qui n'ont pas à être déclarées, mais ne tient pas compte d'infections telles que les condylomes, l'urétrite et la cervicite non gonococciques et la trichomonase. On ignore donc l'incidence réelle des MST dans le pays. Il ressort néanmoins du rapport annuel pour 1986 que l'incidence annuelle des cas recensés de MST chez les Canadiens accuse une tendance à la baisse depuis 1981 (Fig. 1). En 1986, 37 489 cas d'infections sexuellement transmissibles ont été signalés, soit un taux de 146,9 pour 100 000 habitants. Ces chiffres révèlent une diminution de 14% comparativement à 1985, et de 39,5% depuis 1981.

Fig. 1

Trends in sexually transmitted diseases in Canada, 1980-1986
Tendances des maladies sexuellement transmissibles au Canada, 1980-1986



^a Does not include laboratory reports of herpesvirus infections and Chlamydia. — Ne comprend pas les rapports de laboratoire sur les infections à herpesvirus et à Chlamydia

Gonococcal infections

Gonococcal infections accounted for 94% of all notified STDs in 1986 with a total of 35 290 reports, 5 451 less than 1985. The incidence decreased by 14.1%, from 160.6 per 100 000 to 137.9 per 100 000. Slight rate increases were seen for females aged 1-4 and 10-14 years, and for both males and females over 60. The

¹ See No 20, 1987, pp 145-146.

Infections gonococciques

En 1986, les infections gonococciques ont représenté 94% de tous les cas de MST déclarés, avec 35 290 cas signalés, soit 5 451 de moins qu'en 1985. L'incidence est tombée de 14,1%, passant de 160,6 à 137,9 pour 100 000. Les taux ont légèrement augmenté chez les sujets féminins de 1 à 4 ans et de 10 à 14 ans, ainsi que chez les hommes et les femmes de

¹ Voir No 20, 1987, pp 145-146

highest overall rate for both sexes occurred in the 20-24-year age group, followed by those 15-19. The highest rate in males was observed in those 20-24 years of age, while the age group 15-19 was highest for females. A greater relative rate decrease was observed for males (17.2%) than for females (10.4%), possibly in response to changing sexual practices in high-risk groups. Persons aged 15-29 accounted for 78.3% of all reported cases. The overall male-to-female ratio was 1.2:1; however, twice as many reports were received for females aged 15-19 than for males in the same age group. The highest rates (2 821.2 per 100 000) and the lowest (52.3 per 100 000) were reported for the Northwest Territories and Prince Edward Island, respectively. Data on penicillinase-producing *Neisseria gonorrhoeae* were not available at the time of publishing.

Total syphilis

The incidence of total syphilis decreased by 15.6%, from 2 607 cases in 1985 to 2 199 in 1986 (10.3 per 100 000 to 8.6 per 100 000 population).

Infectious syphilis

The total number of cases of infectious syphilis (primary and secondary) reported in 1986 was 590, representing a 34.7% drop from the 1985 figure. The overall rate decreased slightly to 2.3 per 100 000. There were major reductions in the number of male cases and the overall rate for males dropped by 42.6% from 6.1 per 100 000 in 1985 to 3.5 per 100 000 in 1986. The rates for both sexes aged 15-19 also declined substantially (68.6% and 48.4%, respectively), which may be the result of increased public health education and prevention programmes focussing on STDs. Conversely, the overall rate for women remained unchanged and females 20-29 years of age experienced a 22.8% increase. The highest rates were noted in the 25-29-year age group for both males (8.4 per 100 000) and females (3.4 per 100 000). Seventy-six per cent of all cases were identified in those 25 and over, and males were identified 3 times as often as females. The overall male-to-female ratio was 3.1:1. The Northwest Territories reported the highest rate (7.9 per 100 000), followed by the Yukon (4.4 per 100 000) and Alberta (3.6 per 100 000). Newfoundland, Nova Scotia and Saskatchewan experienced the greatest decline, while the rates of the remaining provinces either decreased slightly or remained the same.

Latent and other syphilis

(Includes ICD-9 codes 090, 092-097)

During 1986, 1 609 cases of latent and other syphilis were reported in Canada, representing a 5.5% decrease in incidence over 1985. The overall rate for males decreased by 8.4%; rates for females again remained relatively unchanged. The highest rate was observed in the 30-39-year age group (11.8 per 100 000), increasing 11% over 1985. Individuals aged 30 and over comprised 77.3% of the cases, and the male-to-female ratio was 1.5:1. Quebec and Ontario reported the highest rates (8.6 per 100 000 and 8.3 per 100 000, respectively), while Manitoba had the largest rate increase (20.6%).

Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)

In 1986, 429 cases of AIDS (428 adult and 1 paediatric) were reported. The percentage of cases by risk factor was as follows: homosexual/bisexual male (86%), recipient of blood or blood products (4.9%), person from endemic area (2.6%), heterosexual partner of a high-risk individual (2.1%), intravenous drug user (0.5%), and other/unknown (3.7%). Eighty-eight per cent of all cases were reported by Ontario, Quebec, and British Columbia. British Columbia also experienced the highest incidence (34.8 per million population). The largest rate increase of 85.4% was observed in Manitoba (1.9 per million to 13.0 per million). The male-to-female ratio in 1986 was 26:1. Males aged 30-39 comprised the largest proportion of cases (44.6%), followed by those 40-49 and 20-29. The case-fatality rate for AIDS continues to converge on 100% 4 years after diagnosis. This figure has remained constant since the start of AIDS surveillance in 1982.

plus de 60 ans. Le taux global le plus élevé pour les deux sexes a été observé chez les 20 à 24 ans, les 15 à 19 ans venant au deuxième rang. Chez les hommes, ce sont les 20 à 24 ans qui ont présenté le taux le plus élevé; et chez les femmes, les 15 à 19 ans. La baisse relative du taux a été plus marquée chez les hommes (17,2%) que chez les femmes (10,4%), ce qui s'explique peut-être par la modification des pratiques sexuelles chez les groupes à haut risque. Au total, 78,3% de l'ensemble des cas ont été recensés chez des sujets de 15 à 29 ans. Globalement le taux de masculinité était de 1,2:1; cependant, chez les 15 à 19 ans, les femmes ont fait l'objet de 2 fois plus de déclarations que les hommes. Le taux le plus élevé a été enregistré dans les Territoires du Nord-Ouest (2 821,2 pour 100 000), et le plus faible à l'île du Prince-Edouard (52,3 pour 100 000). Les données sur les *Neisseria gonorrhoeae* productrices de pénicillinase n'étaient pas disponibles au moment de la publication.

Syphilis — ensemble des cas

L'incidence globale des cas de syphilis a diminué de 15,6%, passant de 2 607 cas en 1985 à 2 199 cas en 1986 (soit de 10,3 à 8,6 pour 100 000 habitants).

Syphilis infectieuse

En 1986, on a déclaré au total 590 cas de syphilis infectieuse (primaire et secondaire), soit 34,7% de moins qu'en 1985. Le taux global était de 2,3 pour 100 000, en légère baisse. Chez les hommes, le nombre de cas a sensiblement diminué et le taux global est tombé de 42,6%, passant de 6,1 pour 100 000 en 1985 à 3,5 pour 100 000 en 1986. Les taux enregistrés pour les deux sexes chez les 15 à 19 ans ont aussi affiché des baisses marquées (68,6% et 48,4% respectivement), ce qui s'explique peut-être par le nombre plus élevé de programmes d'éducation sanitaire et de prévention axés sur les MST. Chez les femmes, le taux global s'est par contre maintenu, le groupe des 20 à 29 ans accusant toutefois une hausse de 22,8%. C'est le groupe des 25 à 29 ans qui a présenté les taux les plus élevés chez les hommes (8,4 pour 100 000) comme chez les femmes (3,4 pour 100 000). Au total, 76% des cas concernaient des sujets de 25 ans et plus, et les hommes étaient représentés 3 fois plus souvent que les femmes. Globalement le taux de masculinité était de 3,1:1. Les Territoires du Nord-Ouest ont enregistré le taux le plus élevé (7,9 pour 100 000), suivis du Yukon (4,4 pour 100 000) et de l'Alberta (3,6 pour 100 000). Terre-Neuve, la Nouvelle-Ecosse et le Saskatchewan ont accusé la baisse la plus marquée, tandis que les taux des autres provinces ont légèrement diminué ou se sont maintenus.

Syphilis latente et autres formes

(Comprend les codes 090 et 092-097 de la CIM-9)

En 1986, le Canada a recensé 1 609 cas de syphilis latente et autres, ce qui représente une baisse d'incidence de 5,5% par rapport à 1985. Chez les hommes, le taux global est tombé de 8,4%, tandis qu'il est encore une fois demeuré à peu près stable chez les femmes. Le taux le plus élevé a été observé chez le groupe des 30 à 39 ans (11,8 pour 100 000), augmentant de 11% par rapport à 1985. Les sujets de 30 ans et plus représentaient 77,3% des cas, et le taux de masculinité était de 1,5:1. Ce sont le Québec et l'Ontario qui ont enregistré les taux les plus élevés (8,6 pour 100 000 et 8,3 pour 100 000, respectivement), le Manitoba ayant connu la hausse la plus marquée (20,6%).

Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA)

En 1986, on a recensé 428 cas adultes un 1 cas pédiatrique de SIDA. Le pourcentage des cas selon le facteur de risque était le suivant: hommes homosexuels/bisexuels (86%), receveurs de sang ou de dérivés sanguins (4,9%), sujets originaires d'une région d'endémie (2,6%), partenaires hétérosexuels de sujets à haut risque (2,1%), toxicomanes qui se piquent (0,5%), et autres/inconnus (3,7%). Au total, 88% des cas ont été recensés dans l'Ontario, au Québec et en Colombie britannique. Cette dernière province a aussi enregistré l'incidence la plus élevée (34,8 par million d'habitants); venaient ensuite le Québec (18,1 par million) et l'Ontario (17,1 par million). Le Manitoba a connu une hausse d'incidence de 85,4%, soit la plus importante (de 1,9 à 13,0 par million d'habitants). Le taux de masculinité en 1986 était de 26:1. La plus forte proportion de cas (44,6%) a été enregistrée chez les hommes de 30 à 39 ans, suivis des 40 à 49 ans et les 20 à 29 ans. Quatre ans après le diagnostic, le taux de létalité est toujours de près de 100%. Ce chiffre se maintient depuis le début de la surveillance du SIDA en 1982.

Herpesvirus infections

Laboratory reports from the 27 Canadian laboratories participating in the WHO virus reporting programme indicated that the number of confirmations of herpesvirus infection decreased only slightly (4%) during 1986. A total of 14 000 reports were received with the largest percentage coming from Ontario (38.8%), followed by British Columbia (25%) and Alberta (15.9%). Fifty-eight per cent of the reports identified the genital tract as the source of the specimen with a further 16.5% specifying the skin.

Chlamydial infections

Laboratory reports of chlamydial infection in Canada have increased 5-fold since 1980. A total of 9 735 reports were submitted in 1986, an increase of 23% over 1985. Cases in youths aged 15-19 increased by 26%; females aged 15-24 accounted for 44% of all reports. The male-to-female ratio for all age groups was 1:2.4; for those aged 15-19 it was 1:10.

Pelvic inflammatory disease (PID)

Hospital discharge statistics from 1983-1984 provide the most recent data available on PID in Canada. The total rate of hospital separations for PID in women aged 15-44 was 289.6 per 100 000, with a total of 18 452 women hospitalized. A slight decrease of 3.2% was observed during 1983-1984. The specific rate for females aged 15-19 fell by 6.3%, while the 25-29 age group increased by 2%.

Ectopic pregnancy (EP)

The incidence of EP increased 7.1% in 1983-1984 (last year for which data are available). A total of 5 287 hospital separations for EP were recorded in this 12-month period, indicating 1 EP for every 83 pregnancies or 12 per 1 000 (including live- and stillbirths, legal abortions, and EPs).

STDs in sexually abused minors

Based on the recommendation of the Report of the Committee on the Sexual Offenses Against Children and Youths, the Expert Interdisciplinary Advisory Committee on STDs in Children and Youths has initiated a nationwide surveillance programme of STDs in sexually abused minors. It is generally accepted that STDs found in prepubertal children are acquired through child sexual abuse until proven otherwise. The objective of the surveillance system is to determine the frequency of notifiable and non-notifiable STDs in those children referred to sexual abuse treatment centres. Nineteen treatment centres across the country have agreed to participate and the results will be published separately.

Discussion

Overall reductions in the incidence of STDs in Canada may indicate a rising public awareness of the individual infections and the safer sex practices that prevent them. However, certain increases, such as those involving chlamydial infection, demand further attention. High rates and rate increases in young females with chlamydial infection, infectious syphilis and gonorrhoea are cause for concern because of the long-term complications resulting from undetected and untreated infections. Increasing rates of gonococcal infections in young girls may indicate trends in the occurrence or recognition of sexual abuse in children. The high percentage of reports in the 15-29-year age group identifies a major target group for intervention programmes in schools, the workplace, and the community. The continuing efforts of health care professionals and others in the identification, treatment, and education of STDs will assist in reducing this major public health threat.

Infections à herpesvirus

Il ressort des rapports présentés par les 27 laboratoires canadiens participant au programme de déclaration des maladies à virus de l'OMS que le nombre des confirmations d'infections à herpesvirus n'a diminué que légèrement (4%) en 1986. Au total, 14 000 rapports ont été présentés, la plupart émanant de l'Ontario (38,8%), suivi de la Colombie britannique (25%) et de l'Alberta (15,9%). Dans ces rapports, 58% identifiaient le tractus génital comme étant la source du prélèvement, et 16,5%, la peau.

Infections à *Chlamydia*

Au Canada, le nombre des rapports de laboratoire sur les infections à *Chlamydia* a quintuplé depuis 1980. Au total, 9 735 déclarations ont été soumises en 1986, soit 23% de plus qu'en 1985. Chez les jeunes de 15 à 19 ans, les cas ont augmenté de 26%; 44% de la totalité des déclarations concernaient des femmes de 15 à 24 ans. Pour tous les groupes d'âge, le taux de masculinité était de 1:2,4 et pour les 15 à 19 ans, de 1:10.

Inflammation pelvienne

Les données les plus récentes sur les cas d'inflammation pelvienne recensés au Canada sont tirées des statistiques de 1983-1984 sur les diagnostics-congés. Le taux total des diagnostics-congés d'inflammation pelvienne chez les femmes de 15 à 44 ans était de 289,6 pour 100 000, 18 452 femmes ayant été hospitalisées au total. Une légère baisse de 3,2% a été observée en 1983-1984. Le taux est tombé de 6,3% chez les femmes de 15 à 19 ans, tandis qu'il a augmenté de 2% chez les 25 à 29 ans.

Grossesse extra-utérine

L'incidence des grossesses extra-utérines a augmenté de 7,1% en 1983-1984 (soit la dernière année pour laquelle des données sont disponibles). Au total, 5 287 diagnostics-congés de grossesse extra-utérine ont été signalés au cours de ces 12 mois, ce qui signifie qu'il y a eu 1 grossesse extra-utérine sur 83 grossesses, soit 12 pour 1 000 (y compris les naissances vivantes et les mortinaissances, les avortements thérapeutiques et les grossesses extra-utérines).

MST chez les mineurs victimes d'agressions sexuelles

Conformément à la recommandation du Rapport du Comité sur les infractions sexuelles à l'égard des enfants et des jeunes, le Comité consultatif interdisciplinaire d'experts en matière de MST chez les enfants et les jeunes a lancé un programme de surveillance d'envergure nationale axé sur les cas de MST parmi les mineurs victimes d'agression sexuelle. Il est généralement admis qu'une MST chez un enfant d'âge prépubertaire doit, jusqu'à preuve du contraire, être considérée comme étant le résultat d'une agression sexuelle. L'objectif de la surveillance est de déterminer la fréquence des MST à déclaration obligatoire et des autres MST chez les enfants adressés à des centres spécialisés dans le traitement des cas d'agression sexuelle. Dix-neuf centres thérapeutiques répartis dans tout le pays ont accepté de participer, et les résultats de l'étude seront publiés séparément.

Discussion

Les baisses globales observées dans l'incidence des MST au Canada traduisent peut-être une sensibilisation croissante du public aux infections particulières et aux pratiques sexuelles moins dangereuses permettant de les prévenir. Certaines hausses, comme celle des infections à *Chlamydia*, réclament toutefois plus d'attention. Il faut, en effet, s'inquiéter de l'importance et de l'augmentation des taux d'infection à *Chlamydia*, de syphilis infectieuse et de gonococcies chez les jeunes femmes, étant donné les complications à long terme résultant d'infections non décelées et non traitées. Les taux croissants d'infections gonococciques chez les fillettes peuvent être dus aux tendances relatives à la survenue ou à la reconnaissance de l'agression sexuelle chez les enfants. Le pourcentage élevé de déclarations concernant les 15 à 29 ans identifie ce groupe comme étant l'un des principaux groupes cibles de programmes d'intervention en milieu scolaire, au travail et dans la collectivité. Les efforts suivis déployés par les professionnels de la santé et autres intéressés pour déceler et traiter les MST, ainsi que pour sensibiliser le public à leur sujet, aideront à faire reculer ces maladies qui représentent une grave menace pour la santé publique.

NUTRITION

Rapid nutrition evaluation
in drought-affected areas

SOMALIA. — Somalia experienced a severe drought in 1986. When the early spring rains failed again in 1987, the United States Agency for International Development (USAID) requested a rapid evaluation of the population to assess the effects of the drought. Children under 110 cm tall (corresponding, in a normal population, to approximately 60 months of age) were surveyed in 3 drought-affected regions of the country (Bakool, Bay, and Gedo) that had not been recently surveyed, and in 1 region (Hiraan) that had been partially surveyed by government or private voluntary organizations. Ten villages in each region were randomly selected for data collection. Survey teams consisted of representatives of the USAID, WHO, UNICEF, the Ministry of Interior and the Ministry of Health of Somalia, and the Centers for Disease Control (CDC).

By the time survey teams left the capital city in late May 1987, heavy rainfall and widespread flooding had begun in virtually all regions surveyed. Because attempts to reach randomly selected sites were hampered by severe weather and poor road conditions, only selected villages and alternates that were accessible, as well as several sites of convenience, were surveyed. The teams randomly selected 30 children from each village for measurement of height, weight, and arm circumference and for clinical evaluation for oedema, scurvy, anaemia, and vitamin A deficiency. A standardized questionnaire was administered to the mothers of these children to assess recent diarrhoeal illness, breastfeeding status, symptoms of night blindness, history of recent food assistance, and family structure.

Evidence of recent undernutrition (less than 80% of the median weight-for-height) was found in 11.5% of the children in Bakool; 12.7% of the children in Hiraan; 15.0% in Gedo; and 23.5% in Bay. Levels of severe undernutrition (less than 70% of median weight-for-height) ranged from 0.7% in Hiraan to 6.6% in the Bay region. However, an additional 20.6%–26.4% of children in the surveyed regions were between 80% and 84% of median weight-for-height. Levels of undernutrition detected by arm circumference measurements (less than 12.5 cm) were similar to those detected by weight-for-height indices (less than 80% of the median). Children whose parents were agro-pastoralists¹ were more severely affected than children of strict nomads or strict agriculturalists.

Clinical signs of vitamin C deficiency, as evidenced by swollen, bleeding gums and swollen joints, were detected in 3.6% of the children in the Bay region. Night blindness, a symptom of vitamin A deficiency, was reported in 3.1% of the children sampled. Night blindness was most prevalent in Bakool, where 7.0% of the children were reported to be affected and where 3 children with Bitot's spots² were observed in 1 village. Thirty-eight per cent of the children surveyed had had at least 1 diarrhoeal episode in the previous 2 weeks. Food assistance from government or voluntary agencies had been received in the previous 2 weeks by 33.1% of the families surveyed in Hiraan, 13.3% of the families surveyed in Bay, and none of those surveyed in Bakool and Gedo.

Recommendations emphasized (1) distributing general basic rations in the most severely affected districts to provide a minimum of 1 800 kcal per person per day as well as a digestible source of protein; (2) preventing and treating existing vitamin A and C deficiencies; (3) continuing surveillance in the drought-affected regions to monitor changes in nutritional status and effectiveness of food assistance programmes; (4) developing the capacities

¹ Persons who are both agriculturalists and nomads

² Superficial, triangular spots on the conjunctiva that are associated with vitamin A deficiency

NUTRITION

Evaluation rapide de la situation nutritionnelle
dans les zones touchées par la sécheresse

SOMALIE. — La Somalie a connu une grave sécheresse en 1986. Quand les premières pluies de printemps ont de nouveau fait défaut en 1987, l'Agency for International Development des Etats-Unis (USAID) a demandé une évaluation rapide de la population pour déterminer les effets de la sécheresse. Une enquête a porté sur les enfants dont la taille était inférieure à 110 cm (ce qui correspond dans une population normale à l'âge d'environ 60 mois) dans 3 régions du pays frappées par la sécheresse (Bakool, Bay et Gedo) qui n'avaient pas été étudiées récemment et dans une région (Hiraan) où des organismes publics ou des organisations bénévoles privées avaient procédé à une enquête partielle. Dix villages dans chaque région ont fait l'objet d'une sélection aléatoire pour la collecte des données. Les équipes chargées de l'enquête étaient composées de représentants de l'USAID, de l'OMS, du FISE, du Ministère de l'Intérieur et du Ministère de la Santé de la Somalie et des Centers for Disease Control (CDC).

Lorsque ces équipes ont quitté la capitale à la fin de mai 1987, de fortes pluies et des crues généralisées avaient débuté dans presque toutes les régions soumises à enquête. Comme les efforts tentés pour atteindre les lieux faisant l'objet d'une sélection aléatoire étaient entravés par les intempéries et le mauvais état des routes, l'enquête n'a porté que sur les quelques villages choisis et sites de remplacement qui étaient accessibles, ainsi que sur plusieurs sites retenus par commodité. Les équipes ont choisi de façon aléatoire 30 enfants dans chaque village pour mesurer la taille, le poids et la circonférence du bras et procéder à une évaluation clinique en vue de dépister les oedèmes, le scorbut, l'anémie et l'avitaminose A. Les mères de ces enfants ont été interrogées à l'aide d'un questionnaire normalisé afin de déterminer les récents épisodes de diarrhée, la situation au point de vue de l'allaitement au sein, les symptômes d'héméralopie, les antécédents récents en matière d'aide alimentaire et la structure familiale.

Les signes d'une dénutrition récente (moins de 80% de la médiane pour le poids en fonction de la taille) ont été constatés chez 11,5% des enfants à Bakool, 12,7% des enfants à Hiraan, 15,0% à Gedo et 23,5% à Bay. La proportion de sujets atteints de dénutrition prononcée (moins de 70% de la médiane pour le poids en fonction de la taille) variait entre 0,7% à Hiraan et 6,6% dans la région de Bay. Toutefois, un chiffre se situant entre 80% et 84% de la médiane pour le poids en fonction de la taille a été relevé chez 20,6–26,4% des enfants dans les régions soumises à enquête. Les niveaux de dénutrition décelés par mensuration de la circonférence du bras (moins de 12,5 cm) étaient analogues à ceux décelés d'après les indices relatifs au poids en fonction de la taille (moins de 80% de la médiane). Les enfants dont les parents avaient une activité agro-pastorale¹ étaient plus gravement atteints que ceux des nomades vrais ou des gens se livrant uniquement à l'agriculture.

Les signes cliniques d'une carence en vitamine C, à savoir tuméfaction et saignement des gencives et enflure des articulations, ont été décelés chez 3,6% des enfants de la région de Bay. L'héméralopie, symptôme d'une avitaminose A, a été signalée chez 3,1% des enfants inclus dans l'échantillon. La prévalence de l'héméralopie était la plus forte à Bakool où 7,0% des enfants étaient affectés et où 3 enfants étaient atteints de taches de Bitot² dans un village. Trente-huit pour cent des enfants inclus dans l'enquête avaient eu au moins 1 épisode diarrhéique au cours des 2 semaines précédentes. Pendant ces 2 semaines précédentes, 33,1% des familles soumises à enquête à Hiraan, 13,3% à Bay, mais aucune de celles de Bakool et Gedo, avaient reçu une aide alimentaire d'organismes publics ou bénévoles.

Les recommandations soulignaient les points suivants: 1) distribution de rations générales de base dans les districts le plus gravement atteints de manière à fournir un minimum de 1 800 kcal par personne et par jour ainsi qu'une source digestible de protéines; 2) prévention et traitement des carences existantes en vitamines A et C; 3) poursuite de la surveillance dans les régions frappées par la sécheresse afin de contrôler l'évolution de l'état nutritionnel et l'efficacité des programmes d'aide

¹ Il s'agit de personnes qui pratiquent à la fois l'agriculture et le nomadisme

² Taches triangulaires superficielles sur la conjonctive associées à une avitaminose A.

within the country to implement and maintain a nutrition monitoring system, especially during this emergency, through cooperation and coordination between the government and private organizations.

MMWR EDITORIAL NOTE: Estimates of the prevalence of malnutrition from this survey in Somalia are higher than those reported during non-drought periods in this country and comparable to other sub-Saharan countries under drought conditions. In addition, the 20%-26% of the children who were between 80% and 84% of median weight-for-height are at risk of malnutrition due to further weight loss since several months elapsed between the survey and any potential harvest season.

This assessment of health and nutritional status may not accurately estimate the prevalence and severity of undernutrition among all children in the drought-affected areas because the surveyors were unable to sample the populations in the areas inaccessible because of floodwaters or impassable roads. Officials in the government and from voluntary organizations had reported many of the more remote, inaccessible sites to be more severely affected by the drought.

Recommendations resulting from the survey emphasized early provision of food, including adequate calories and protein to prevent further nutritional deterioration. Vitamin deficiencies are also of concern. Vitamin A deficiency is the major cause of permanent blindness in pre-school-aged children in the developing world and is easily prevented by vitamin A supplementation. In 1 region, signs and symptoms of vitamin A deficiency were reported at levels that, according to WHO guidelines, warrant widespread prophylaxis and treatment of the population with 200 000 IU vitamin A capsules.¹ The detection of scurvy in a largely agricultural region indicates the possibility of substantial shortages of foods rich in vitamin C. The risk of micronutrient deficiencies will increase if local food sources dwindle and the population becomes increasingly dependent upon food aid consisting largely of grains low in vitamins A and C.

¹ When such prophylaxis is given, priority should be given to children under 5 years of age and to other risk groups, as indicated by local findings.

alimentaire; 4) développement de la capacité du pays de mettre en route et d'entretenir un système de surveillance nutritionnelle, en particulier pendant cet état d'urgence, grâce à la coopération des organismes publics et privés et à la coordination de leurs activités.

NOTE DE LA RÉDACTION DU MMWR: Les estimations de la prévalence de la malnutrition issues de cette enquête en Somalie sont plus élevées que celles signalées pendant des périodes sans sécheresse dans ce pays et elles sont comparables à celles d'autres pays au sud du Sahara souffrant de la sécheresse. En outre, les 20 à 26% d'enfants chez qui le poids en fonction de la taille correspondait à 80-84% de la médiane courent un risque de malnutrition par suite d'une nouvelle perte de poids puisque plusieurs mois se sont écoulés entre l'enquête et la saison de récolte potentielle.

Il se peut que cette évaluation de l'état sanitaire et nutritionnel ne constitue pas une évaluation exacte de la prévalence et de la gravité de la dénutrition chez tous les enfants dans les zones frappées par la sécheresse parce que les enquêteurs n'ont pas pu étudier les populations dans les régions rendues inaccessibles par les crues ou la destruction des routes. Le personnel des organismes publics et bénévoles avait signalé que beaucoup des lieux plus reculés et inaccessibles avaient davantage souffert de la sécheresse.

Les recommandations issues de l'enquête insistent sur la distribution rapide d'aliments, fournissant notamment assez de calories et de protéines pour éviter toute nouvelle aggravation de l'état nutritionnel. Les carences en vitamines sont aussi un sujet d'inquiétude. L'avitaminose A est la principale cause de cécité permanente chez les enfants d'âge préscolaire du monde en développement, alors que sa prévention par un appoint de vitamine A est facile. Dans une région, les symptômes d'avitaminose A signalés atteignaient un niveau qui, selon les directives de l'OMS, justifierait la prophylaxie et le traitement généralisés de la population au moyen de capsules de 200 000 UI de vitamine A.¹ Le dépistage du scorbut dans une région en grande partie agricole indique la possibilité de pénuries prononcées d'aliments riches en vitamine C. Le risque de carences en micronutriments augmentera si les sources locales de produits alimentaires diminuent et si la population devient de plus en plus tributaire d'une aide alimentaire composée en grande partie de céréales à faible teneur en vitamines A et C.

¹ Si l'on administre ce traitement prophylactique, il faut accorder la priorité aux enfants de moins de 5 ans et aux autres groupes à risque tels qu'ils ressortent des observations faites sur place.

(Based on/D'après: *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 37, No. 7, 1988; *US Centers for Disease Control*.)

INFLUENZA

CHILE (15 July 1988). —¹ The outbreak of influenza-like illness occurring in Santiago has been decreasing since the last week of June. Influenza A has been diagnosed by immunofluorescence in 9 children under 2 years of age; 6 of the cases were further confirmed as influenza A(H3N2) by virus isolation.

UNITED KINGDOM (22 July 1988). —² Influenza A(H3N2) virus was isolated from 2 cases during an outbreak among young men in a military unit in England in July.

¹ See No. 28, 1988, p. 214

² See No. 22, 1988, p. 167

GRIPPE

CHILI (15 juillet 1988). —¹ La poussée de syndrome grippal qui s'est produite à Santiago diminue depuis la dernière semaine de juin. Le virus grippal A a été diagnostiqué par immunofluorescence chez 9 enfants de moins de 2 ans; 6 de ces cas ont été confirmés comme étant de la grippe A(H3N2) par isolement du virus.

ROYAUME-UNI (22 juillet 1988). —² En juillet, le virus grippal A(H3N2) a été isolé en Angleterre chez 2 cas au cours d'une poussée parmi des jeunes gens dans une unité militaire.

¹ Voir N° 28, 1988, p. 214.

² Voir N° 22, 1988, p. 167.

CHOLERA

ANGOLA (22 July 1988). — Since the beginning of the current outbreak in April 1987,¹ a total of 32 573 cases (2 282 deaths) of cholera has been recorded.

Endemicity is low in the provinces of Huila, Uige, Zaire and Benguela, and in Luanda Province the number of cases continues to decline—for the period 19-22 July, a daily average of 11 cases was recorded.

¹ See No. 9, 1988, p. 72, and No. 20, 1988, p. 145

CHOLÉRA

ANGOLA (22 juillet 1988). — Depuis le début de la flambée actuelle en avril 1987,¹ un total de 32 573 cas de choléra (2 282 décès) a été enregistré.

Dans les provinces de Huila, Uige, Zaire et Benguela l'endémie est de faible intensité, et dans la province de Luanda, le nombre de cas continue de reculer — pour la période du 19 au 22 juillet on a enregistré une moyenne de 11 cas par jour.

¹ Voir N° 9, 1988, p. 72 et N° 20, 1988, p. 145.

Health administrations are reminded that the telegraphic address **Epidnations Geneva (Telex 27821)** should be used for all notifications to WHO of communicable diseases under international surveillance and other communications under the International Health Regulations. The use of this specially allocated telegraphic address will ensure that the information reaches the responsible Unit with minimum delay.

Il est rappelé aux administrations sanitaires que l'adresse **Epidnations Genève (Télex 27821)** doit être utilisée pour l'envoi à l'OMS de toute notification de maladies transmissibles sous surveillance internationale ainsi que toute autre communication concernant l'application du Règlement sanitaire international. L'utilisation de cette adresse, spécialement prévue à cet effet, permet au service responsable de recevoir les informations dans les plus brefs délais.

AUTOMATIC TELEX REPLY SERVICE
for
Latest Available Information on Communicable Diseases
Telex Number 28150 Geneva
Exchange identification codes and compose:
ZCZC ENGL (for reply in English)
ZCZC FRAN (for reply in French)

SERVICE AUTOMATIQUE DE RÉPONSE PAR TÉLÉX
pour
les dernières informations sur les maladies transmissibles
Numéro de télex 28150 Genève
Faire échange d'indicatifs et composer le code:
ZCZC ENGL (pour une réponse en anglais)
ZCZC FRAN (for une réponse en français)

DISEASES SUBJECT TO THE REGULATIONS - MALADIES SOUMISES AU RÈGLEMENT
Notifications received from 5 to 11 August 1988 — Notifications reçues du 5 au 11 août 1988

C Cases - Cas
D Deaths - Décès
P Port
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
ANGOLA ¹	1632	90
.....	1254	55
.....	826	30
.....	557	28
.....	211	1

¹ See note on page 255 — Voir note à la page 255

Asia - Asie

	C	D
MALAYSIA — MALAISIE	32	2

Europe

	C	D
GERMANY, FED. REP. OF ALLEMAGNE, RÉP. FÉD. D'	1	0
UNITED KINGDOM: ENGLAND & WALES ROYAUME-UNI: ANGLETERRE & GALLES	2	0

† 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.

There have been no notifications of newly infected areas or areas removed
Aucune notification de zones nouvellement infectées ou de zones supprimées n'a été reçue.

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

Annual subscription - Abonnement annuel Fr. s. 140.-