

## SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES

UNITED KINGDOM. — The main features of the data provided by returns from United Kingdom departments of genito-urinary medicine to the Department of Health in 1984 were a further overall rise in new clinic attendances of 4.2% to nearly 621 000 (Table 1), a decline in both syphilis and gonorrhoea with virtually no change in laboratory reports of  $\beta$ -lactamase-producing strains of *Neisseria gonorrhoeae*, and an increase in non-specific genital infection. Clinic returns of warts and herpes simplex infections also increased in number, particularly in females, and the national surveillance of the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) showed a rise in the number of cases presenting for medical advice.

## MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

ROYAUME-UNI. — Ce qui ressort essentiellement des données communiquées par les services de médecine génito-urinaire au Département de la Santé du Royaume-Uni, en 1984, c'est une nouvelle augmentation de 4,2% des cas nouveaux examinés par ces services, qui ont presque atteint le chiffre de 621 000 cas (Tableau 1), le déclin aussi bien de la syphilis que de la gonococcie, sans guère de changement dans les rapports de laboratoire concernant les souches de *Neisseria gonorrhoeae* productrices de  $\beta$ -lactamase, et la progression des infections génitales non spécifiques. Le nombre des cas signalés de condylomes et d'infections à *herpes simplex* a également progressé, en particulier chez les femmes, et le système national de surveillance du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) a permis de constater une augmentation du nombre des consultations médicales.

Table 1. Sexually transmitted diseases, reported new cases, United Kingdom, 1979-1984 (from clinic returns to health departments)

Tableau 1. Maladies sexuellement transmissibles, nouveaux cas signalés au Royaume-Uni, 1979-1984 (d'après les rapports des services de vénéréologie aux départements de la santé)

Diagnosis — Diagnostic	1979	1980	1981	1982	1983	1984*
Syphilis . . . . .	4 385	4 443	4 211	3 929	3 727	3 307
Gonorrhoea — Gonococcie . . . . .	61 616	60 850	58 301	58 778	54 859	53 802
Chancroid — Chancres mou . . . . .	49	65	100	137	81	44
Lymphogranuloma venereum — Lymphogranulome vénérien . . . . .	36	34	41	38	43	32
Granuloma inguinale — Granulome inguinal . . . . .	40	20	29	20	23	20
Non-specific genital infection — Infection génitale non spécifique . . . . .	113 138	125 476	132 391	142 072	148 616	155 075
Trichomoniasis — Trichomonase . . . . .	21 222	22 285	21 625	21 517	19 571	17 921
Candidiasis — Candidose . . . . .	42 667	48 060	50 954	56 124	62 199	64 173
Scabies — Gale . . . . .	2 391	2 599	2 434	2 304	2 477	2 253
Pubic lice — Pédiculose pubienne . . . . .	8 272	8 928	9 749	10 904	10 198	11 461
Herpes simplex — Herpès . . . . .	9 576	10 780	12 080	14 842	17 908	19 869
Warts — Condylomes . . . . .	27 654	31 780	33 480	37 341	42 790	49 884
Molluscum contagiosum . . . . .	1 030	1 228	1 305	1 467	1 700	2 074
Other treponemal disease — Autres tréponématoses . . . . .	1 103	934	884	843	746	669
Other conditions requiring treatment — Autres affections nécessitant un traitement . . . . .	55 408	65 991	73 817	85 315	98 230	109 242
Other conditions not requiring treatment — Autres affections ne nécessitant pas de traitement . . . . .	109 050	117 070	121 918	127 208	132 777	131 070
<b>Total new cases — Total des cas nouveaux . . . . .</b>	<b>457 637</b>	<b>500 543</b>	<b>523 319</b>	<b>562 839</b>	<b>595 945</b>	<b>620 896</b>

\* Provisional. — Chiffres provisoires.

### Syphilis and gonorrhoea

Clinic returns of syphilis and gonorrhoea in the United Kingdom rose during the 1940s to reach a peak in 1946 of 27 791 and 54 187 cases respectively and then declined to their lowest recorded levels in the mid-1950s; thereafter the trends in these infections differed (Fig. 1).

Syphilis in males remained steady between 2 000 and 3 000 cases per year until the 1970s, when the numbers rose to a peak of 3 765 in 1978 and then declined to 2 594 in 1984. Data on the age distribution of primary and secondary syphilis showed that the patterns were mainly determined by changes in men aged 20-24 years (Fig. 2). The decline in numbers in this age group and also in the age group  $\geq$  25 years was most evident after 1981 and was greater in clinics in the 4 Thames Regions than elsewhere in the country. The peak for syphilis in males in the mid-1970s has

### Syphilis et gonococcie

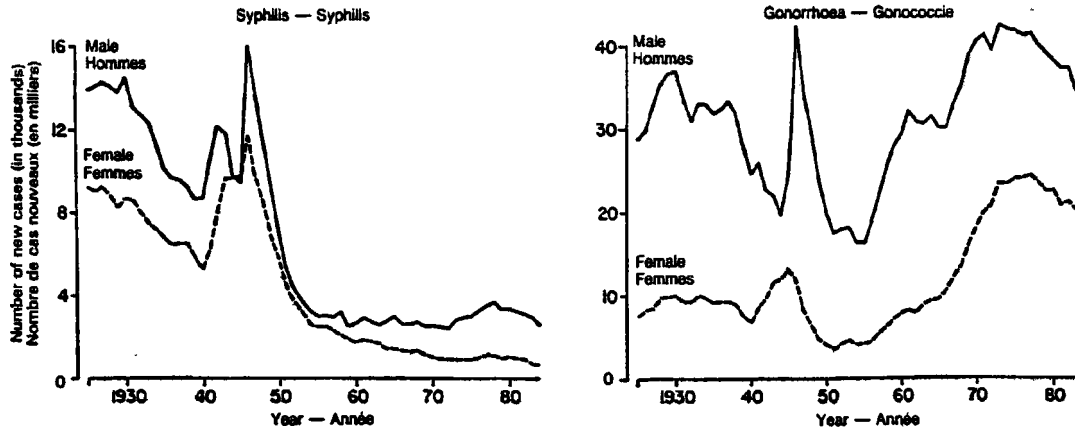
Selon les déclarations faites par les services de vénéréologie, la syphilis et la gonococcie ont progressé pendant les années 40 au Royaume-Uni jusqu'à culminer avec respectivement 27 791 et 54 187 cas en 1946; elles ont ensuite diminué et atteint, vers le milieu des années 50, le niveau le plus bas jamais enregistré. Les tendances en ce qui concerne ces infections ont, par la suite, divergé (Fig. 1).

La syphilis masculine qui était restée stable et se situait aux alentours de 2 000 à 3 000 cas par an jusqu'au début des années 70, a atteint le chiffre record de 3 765 cas en 1978, pour retomber à 2 594 cas en 1984. Les données concernant la distribution par âge de la syphilis primaire et secondaire ont montré que la structure de la morbidité était essentiellement déterminée par des changements survenus dans le groupe des hommes âgés de 20 à 24 ans (Fig. 2). La diminution du nombre des patients dans ce groupe d'âge, ainsi que dans le groupe d'âge des 25 ans et au-dessus, a été particulièrement évidente après 1981 et plus accentuée

been attributed to homosexual transmission and the recent sharp decline may be due to changes in the pattern of homosexual transmission.

dans les services de vénéréologie des 4 régions de la Tamise qu'en n'importe quelle autre région du pays. Le point culminant atteint par la syphilis masculine vers le milieu des années 70 a été attribué à la transmission homosexuelle et le net déclin récemment enregistré peut être dû à des changements survenus dans le mode de cette transmission homosexuelle.

**Fig. 1**  
**Syphilis and gonorrhoea, clinic returns, United Kingdom, 1925-1984<sup>a</sup>**  
**Syphilis et gonococcie, nombre de cas signalés par les services de vénéréologie, Royaume-Uni, 1925-1984<sup>a</sup>**

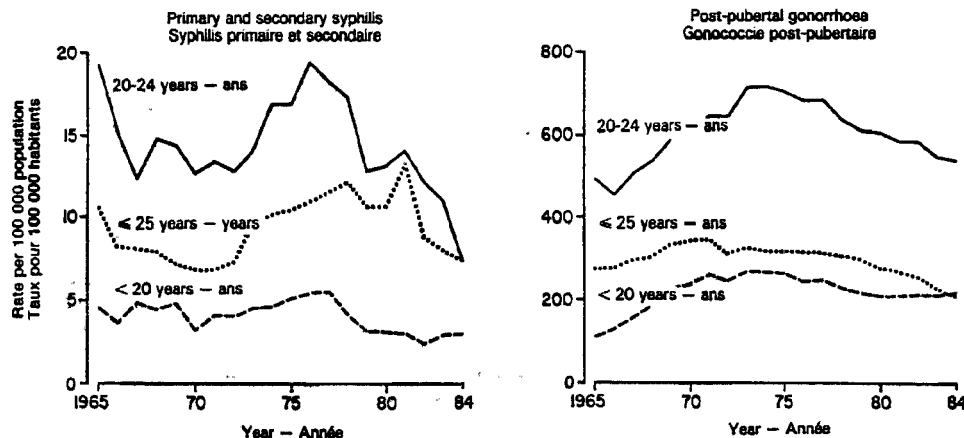


<sup>a</sup> Data not available for Northern Ireland before 1958. — Données non disponibles pour l'Irlande du Nord avant 1958.

Unlike syphilis, gonorrhoea increased rapidly in both males and females in the late 1950s and 1960s to reach a peak of 65 997 in 1973, over 10 000 more than the previously highest recorded figure in 1946, and then declined in both sexes to 53 802 in 1984 (Fig. 1). The trends were mainly due to changes in males aged 20-24 years (Fig. 2) and in females of the same age and in the age group < 20 years. Since 1982 there has been a significantly greater fall in numbers of males aged ≥ 25 years than in other males and in females, a trend resembling that seen in syphilis and which was also more evident in the Thames Region than elsewhere. This fall in male gonorrhoea was noted in 1983. A decline in rectal gonorrhoea reported in a London clinic was attributed to changing sexual behaviour in homosexuals following publicity about the mode of spread of AIDS. The decline in syphilis and gonorrhoea observed in clinic returns, particularly in the London area, may indicate a reduction in the number of sexual partners by homosexuals as a result of such publicity.

A la différence de la syphilis, la gonococcie a rapidement progressé chez les hommes comme chez les femmes vers la fin des années 50 et dans les années 60, jusqu'à culminer avec 65 997 cas en 1973, chiffre supérieur de plus de 10 000 au maximum précédemment enregistré (1946), puis elle a diminué et, en 1984, on ne comptait plus que 53 802 malades, hommes et femmes (Fig. 1). Les tendances étaient essentiellement attribuables aux changements survenus dans le groupe des hommes âgés de 20 à 24 ans (Fig. 2) et chez les femmes du même groupe d'âge ou plus jeunes. Depuis 1982, le nombre des cas a nettement plus diminué chez les hommes âgés de 25 ans ou davantage que chez les autres hommes et chez les femmes, tendance qui rappelle celle qui a été constatée pour la syphilis et qui est également plus accentuée dans les régions de la Tamise que nulle part ailleurs. Ce recul de la gonococcie masculine a été noté en 1983. La diminution de la gonococcie rectale, signalée par un dispensaire londonien, a été attribuée au changement de comportement des homosexuels après la publicité faite au mode de transmission du SIDA. Le déclin du nombre des cas de syphilis et de gonococcie signalés par les services de vénéréologie de la région londonienne en particulier, peut être le signe d'une réduction du nombre des partenaires des homosexuels à la suite de la diffusion de cette information.

**Fig 2**  
**Syphilis and gonorrhoea in males, clinic returns, United Kingdom, 1965-1984**  
**Syphilis et gonococcie masculines, nombre de cas signalés par les services de vénéréologie, Royaume-Uni, 1965-1984**



**Infections with  $\beta$ -lactamase-producing strains of *N. gonorrhoeae***

There were 1 227 laboratory-reported cases in the United Kingdom in 1984 compared with 1 223 in 1983; in both years about half of those whose place of infection was known were infected within the United Kingdom (Table 2). The male:female

**Infections à *N. gonorrhoeae* productrices de  $\beta$ -lactamase**

En 1984, il y a eu, au Royaume-Uni, 1 227 cas déclarés par les laboratoires contre 1 223 en 1983; la moitié environ des infections pour lesquelles le lieu de l'infection était connu, dans l'une comme dans l'autre année, avaient été contractées au Royaume-Uni (Tableau 2). Le rapport

ratio was 2:1, but as in previous years it was higher in those infected abroad (11:1). The age distribution of cases was also similar to previous years as were the proportions of cases acquiring the infection in various countries abroad; of the 280 cases, 96 were infected in the Far East, 79 in West Africa, 36 in other African countries, 37 in Europe and 32 in other parts of the world.

de masculinité s'établissait à 2:1 mais comme au cours des années précédentes, il était plus élevé dans le cas d'infections contractées à l'étranger (11 hommes pour 1 femme). La répartition des cas par âge était également analogue à celle des années précédentes, tout comme la proportion des cas ayant contracté l'infection dans divers pays étrangers; sur les 280 cas, 96 avaient été contaminés en Extrême-Orient, 79 en Afrique occidentale, 36 dans d'autres pays d'Afrique, 37 en Europe et 32 dans d'autres parties du monde.

Table 2. *Neisseria gonorrhoeae*  $\beta$ -lactamase-producing strains, laboratory reports, United Kingdom, 1977-1984  
Tableau 2. Souches de *Neisseria gonorrhoeae* productrices de  $\beta$ -lactamase, rapports des laboratoires, Royaume-Uni, 1977-1984

Place of infection - Lieu de l'infection	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
Patient infected overseas - Sujet infecté à l'étranger	7 (47)	18 (58)	55 (53)	110 (52)	168 (38)	237 (23)	256 (21)	280 (23)
Infected in UK by partner returning from overseas - Infecté au Royaume-Uni par un partenaire de retour de l'étranger	1 (7)	3 (10)	13 (13)	21 (10)	46 (10)	65 (6)	88 (7)	57 (5)
Infected in UK by partner who had not been overseas - Infecté au Royaume-Uni par un partenaire n'ayant pas voyagé à l'étranger	5 (33)	8 (26)	21 (20)	50 (24)	165 (37)	519 (50)	614 (50)	591 (48)
Not known - Non précisée	2 (13)	2 (6)	15 (14)	30 (14)	64 (14)	212 (21)	265 (22)	299 (24)
Total	15	31	104	211	443	1 033	1 223	1 227

Percentages in parentheses. - Pourcentages entre parenthèses.

The reason for the cessation of the rapid increase in reported cases in recent years is unknown. There may have been a fall in reporting or an increase in the use of new antibiotics obviating the need for reference of cultures for sensitivity testing. It is also possible that this trend is real and that the outbreak has reached its peak.

Non-specific genital infections

Since 1972 non-specific genital infections (previously non-gonococcal urethritis) in both male and female cases have been recorded throughout the United Kingdom; male cases included proctitis. Numbers of cases in males increased 1.6-fold to 111 520 and in females 2.9-fold to 43 555 in 1984. The etiology of cases was not recorded in the returns but studies suggest that up to 50% were caused by *Chlamydia trachomatis*. Laboratory reports of this organism increased. In 1981 a revised and simplified reporting system from laboratories for sexually transmitted infections was introduced; in that year 3 473 genital infections were recorded in females; this rose 3-fold to 11 035 in 1984. The increase may have been due to the wider availability of improved laboratory techniques, but the upward trend closely followed that of clinic reports of non-specific genital infection, suggesting that it was at least in part a real increase.

*C. trachomatis* infection has been associated with acute and chronic pelvic inflammatory disease (PID). An increase in hospital in-patients with PID took place in England and Wales between 1966 and 1976 and it was suggested that at least part of this was due to sexually transmitted infections. The increase continued after 1976 and the increase in clinic attendances for non-specific genital infection and in laboratory reports of genital isolates of *C. trachomatis* also rose at the same time as gonorrhoea declined. The concomitant rise in genital *C. trachomatis* infections suggest there may be an increasing incidence of PID due to this infection.

Viral infections

Another notable feature in recent years has been the increase in the viral infections, herpes simplex and warts. Clinic returns showed a nearly 4-fold rise in herpes simplex infections from 5 306 cases in 1973 to 19 869 in 1984 with a larger increase in females, nearly 6-fold, than in males (Fig. 3). Genital tract isolates of herpes simplex reported by laboratories rose from 1 944 in 1975 to 14 847 in 1984. These trends may in part have been due to publicity about the infection, to the availability of antiviral drugs leading to increased clinical recognition and reporting, and increased self-referral by patients to departments of genito-urinary medicine; nevertheless, the size of the increase and a steeper rise in females than males suggest that the incidence of the infection went up.

La raison de l'arrêt de l'accroissement rapide des cas déclarés ces dernières années est inconnue. Il se peut que les déclarations aient diminué ou que l'emploi plus fréquent de nouveaux antibiotiques ait rendu inutiles les cultures en laboratoire. Il est également possible que cette tendance soit réelle et que l'épidémie ait atteint son maximum.

Infections génitales non spécifiques

Depuis 1972, les infections génitales non spécifiques (autrefois désignées sous le nom d'urétrite non gonococcique) chez les hommes comme chez les femmes sont répertoriées sur tout le territoire du Royaume-Uni; chez les patients du sexe masculin, la proctite fait partie des infections ainsi enregistrées. Le nombre des cas, chez les hommes, a augmenté de 1,6 fois, passant à 111 520 cas et, chez les femmes, de 2,9 fois, passant à 43 555 cas en 1984. L'étiologie de ces cas n'était pas consignée dans les rapports, mais des études donnent à penser que, dans une proportion pouvant aller jusqu'à 50%, ces cas étaient dus à *Chlamydia trachomatis*. Les déclarations des laboratoires concernant cet organisme se sont multipliées. En 1981, un système révisé et simplifié de déclaration par les laboratoires des infections sexuellement transmissibles a été institué; dans cette même année, 3 473 infections génitales ont été signalées chez des femmes et leur nombre a ensuite triplé, passant à 11 035 en 1984. Cette augmentation pourrait s'expliquer par le progrès des techniques de laboratoire et par leur plus grande accessibilité, mais étant donné que la tendance à la hausse suit de près celle des déclarations concernant les infections génitales non spécifiques, on peut penser qu'en partie tout au moins, la progression est réelle.

On a fait le rapprochement entre les infections à *C. trachomatis* et les inflammations pelviennes chroniques et aiguës. Entre 1966 et 1976, une augmentation a été enregistrée en Angleterre et au pays de Galles dans le nombre des malades hospitalisés pour ce type de maladies qui ont semblé pouvoir être, en partie tout au moins, attribuables à des infections sexuellement transmissibles. Cette hausse a persisté après 1976 et le nombre des isolaments génitaux de *C. trachomatis* réalisés en laboratoire a également augmenté, tandis que diminuait le nombre de cas de gonococcie. La multiplication concomitante des infections génitales à *C. trachomatis* donne à penser que l'incidence des inflammations pelviennes dues à ce type d'infections est peut-être en progression.

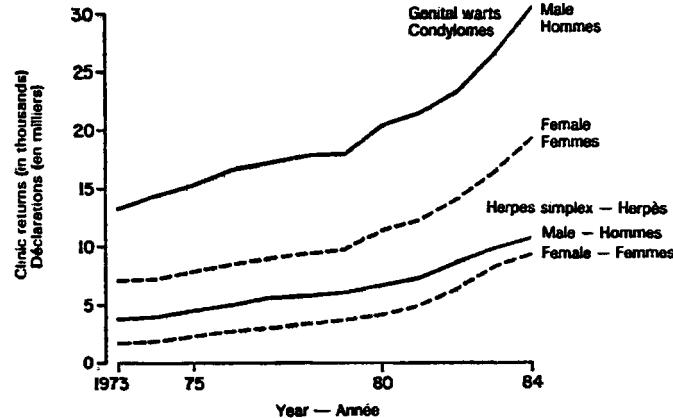
Infections virales

Ces dernières années ont également été marquées par l'augmentation des infections virales, herpès et condylomes. Dans les services spécialisés, les infections à *herpes simplex* ont presque quadruplé, passant de 5 306 cas en 1973 à 19 869 cas en 1984, la progression étant encore plus forte chez les femmes que chez les hommes; le nombre de ces maladies a été presque multiplié par 6 (Fig. 3). *Herpes simplex* été de plus en plus fréquemment isolé en laboratoire à partir de prélèvements opérés sur l'appareil génital et le nombre des résultats positifs est passé de 1 944 en 1975 à 14 847 en 1984. Cette évolution peut être partiellement attribuable à la diffusion d'informations concernant l'infection et à l'existence de médicaments antiviraux qui ont fait progresser le diagnostic clinique et la déclaration de la maladie, et à l'augmentation du nombre des patients venant spontanément consulter les services de médecine génito-urinaire; l'ampleur de la progression et l'augmentation plus rapide chez les femmes que chez les hommes donnent néanmoins à penser que l'incidence de l'infection s'est accrue.

A similar but less steep rise was seen in clinic attendances for genital warts from 20 334 in 1973 to 49 884 in 1984; again this was greater in females than in males and probably represents in part a real increase.

Une augmentation analogue quoique moins marquée, a été constatée dans les cas de condylomes dont le nombre est passé de 20 334 en 1973 à 49 884 en 1984 dans les services spécialisés; là encore, l'augmentation était plus forte chez les femmes que chez les hommes et correspond probablement en partie à une augmentation réelle.

Fig. 3  
Herpes simplex and genital warts, clinic returns, United Kingdom, 1973-1984  
Herpès et condylomes, nombre de cas signalés par les services de vénéréologie, Royaume-Uni, 1973-1984



This gives rise to particular concern because of the association between infection with human papillomavirus, the causative agent of genital warts, and carcinoma of the cervix. It has been pointed out that although the overall death rate from cancer of the cervix has declined, the death rate in younger age groups has increased, resembling the pattern of sexually transmitted diseases. Between 1968 and 1984 the overall death rate for cancer of the cervix fell from 12.53 per 100 000 to 9.10 per 100 000, but in those under 30 years it increased over 4-fold from 0.22 to 0.91 per 100 000, possibly associated with the rising incidence of genital warts in females. It has been predicted that further rises will take place in this younger age group causing a decrease in the rate of the overall downward trend in the next 10 years, unless a more effective intervention programme by cervical screening is possible. However, a change in sexual behaviour is probably needed to reduce the incidence of human papillomavirus infection and bring about the primary prevention of this disease.

La situation est particulièrement préoccupante du fait du lien qui existe entre les infections à papillomes, agents responsables des condylomes, et le cancer du col de l'utérus. On a fait remarquer que bien que le taux global de mortalité par cancer du col de l'utérus ait régressé, le taux de mortalité chez les plus jeunes a augmenté, tableau qui n'est pas sans analogies avec celui des maladies sexuellement transmissibles. Entre 1968 et 1984, le taux global de mortalité par cancer du col de l'utérus est tombé de 12,53 à 9,10 pour 100 000 mais, chez les moins de 30 ans, il a été multiplié par 4, passant de 0,22 à 0,91 pour 100 000, en association peut-être avec l'incidence grandissante du condylome chez les femmes. On prévoit une nouvelle augmentation chez les jeunes, ce qui freinera la tendance générale à la baisse dans les 10 années à venir, à moins qu'un programme plus efficace de dépistage de ce type de cancer ne puisse être mis en œuvre. Quoi qu'il en soit, un changement de comportement sexuel est probablement nécessaire pour réduire l'incidence des papillomes et pour permettre la prévention primaire de cette maladie.