

ROCKY MOUNTAIN SPOTTED FEVER

UNITED STATES OF AMERICA. — A provisional total of 1 067 cases of Rocky Mountain spotted fever (RMSF) were reported to the Center for Disease Control (CDC) for 1979. This is almost identical to the 1978 total of 1 063,¹ but 7.5% less than the 1977 high of 1 153. The overall incidence dropped slightly in 1979, from 0.49/100 000 to 0.48/100 000.

The South Atlantic states accounted for 600, or 56.2% of all reported cases. The incidence rate of RMSF was highest in North Carolina, which had 4.34/100 000 (243 cases), followed by South Carolina (2.73/100 000; 80 cases), Oklahoma (2.18/100 000; 63 cases), Maryland (1.81/100 000; 75 cases), Virginia (1.73/100 000; 90 cases), Tennessee (1.71/100 000; 75 cases), and Georgia 1.62/100 000; 83 cases).

States submitted case-report forms on 961 (90.1%) of all reported cases. Of these, 504 were confirmed by Weil-Felix agglutination, complement-fixation (CF), or microimmunofluorescent (MIF) techniques. The age distribution (58.1% < 20 years old), male/female ratio (1.63: 1), and race (86.2% white) changed little from 1978. However, the case-fatality rate dropped in 1979—from 3.7% to 3.1%. This decrease was most striking among those at highest risk, namely, persons 40 and older (10.0% to 5.1%) and blacks (16.4% to 7.0%).

Although cases occurred throughout the year, 89.9% had onset between the 15th and 36th weeks (early April through early September).

EDITORIAL NOTE: Reported cases and incidence of RMSF have leveled off over the past three years, after a sustained climb from a low of 0.11/100 000 in 1959.

Among reported cases, age/sex/race distribution is similar to 1978, suggesting that the decrease in mortality rates for blacks and those 40 and older is not a reporting artifact. This may be due to greater awareness and earlier treatment of illness or to greater access to health care. Despite these decreases, RMSF mortality rates, when calculated by race and age, continue to be highest among blacks and persons \geq 40, respectively. A rash is seen less frequently, and a laboratory diagnosis is made more frequently in these groups—suggesting that the clinical diagnosis is more difficult.

Further reduction in mortality will rely on early diagnosis of the presenting symptoms of fever, headache, rash, and myalgia in persons who have a history of possible tick exposure. Lack of known tick exposure, late onset of rash, and gastrointestinal complaints are more frequent in fatal cases. Serological confirmation of the clinical diagnosis, by the Weil-Felix agglutination test or, preferably, the more specific CF or MIF tests, is not possible until the 10th-14th day of illness.

Since ticks must be attached for several hours before infection can occur, the only preventive measure available for those persons, such as hikers, who are likely to be exposed to ticks is to check for them frequently. No vaccine is currently available, although one is in the early stages of development.

¹ See No. 37, 1979, pp. 285-286, No. 19, 1978, p. 138.

FIÈVRE POURPRÉE DES MONTAGNES ROCHEUSES

ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE. — En 1979, 1 067 cas de fièvre pourprée des Montagnes Rocheuses ont été notifiés au *Center for Disease Control*. Ce chiffre est presque identique au total de 1 063 enregistré en 1978,¹ mais inférieur de 7,5% aux 1 153 cas de 1977. L'incidence globale a légèrement baissé en 1979, passant de 0,49/100 000 à 0,48/100 000.

Les Etats du sud-est ont totalisé 600 cas (56,2% de l'ensemble des cas notifiés). Du point de vue de l'incidence, la Caroline du Nord se classe en tête avec un taux de 4,34/100 000 (243 cas), suivie par la Caroline du Sud (2,73/100 000; 80 cas), l'Oklahoma (2,18/100 000; 63 cas), le Maryland (1,81/100 000; 75 cas), la Virginie (1,73/100 000; 90 cas), le Tennessee (1,71/100 000; 75 cas) et la Géorgie (1,62/100 000; 83 cas).

Neuf cent soixante et une notifications (90,1% du total) ont été faites sur des formulaires officiels; 504 de ces 961 cas avaient été confirmés au moyen des techniques d'agglutination de Weil-Félix, de fixation du complément ou de microimmunofluorescence. La distribution des cas par âge (58,1% dans le groupe de moins de 20 ans), le rapport entre cas masculins et cas féminins (1,63 homme pour 1 femme) et la répartition par race (86,2% de Blancs) ont peu évolué par rapport à 1978. Toutefois, le taux de létalité a diminué en 1979, passant de 3,7 à 3,1%. Cette diminution a été la plus remarquable chez les personnes les plus exposées au risque, à savoir le groupe des 40 ans et plus (10,0 à 5,1%) et les Noirs (16,4 à 7,0%).

Bien que des cas se soient produits tout au long de l'année, 89,9% des malades ont été atteints entre la 15^e et la 36^e semaine (du début avril au début septembre).

NOTE DE LA RÉDACTION: Le nombre des cas notifiés de fièvre pourprée des Montagnes Rocheuses et l'incidence de cette maladie se sont stabilisés au cours des trois dernières années, après une progression soutenue partie du niveau faible de 0,11/100 000 en 1959.

Parmi les cas notifiés, la répartition par âge, sexe et race est analogue à celle de 1978, ce qui incite à penser que la diminution des taux de mortalité pour les Noirs et le groupe des 40 ans et plus n'est pas un artefact tenant à la notification. Elle peut être due à une plus grande sensibilisation à l'égard de la maladie et à un traitement plus précoce de celle-ci ou à un meilleur accès à la protection sanitaire. Malgré ces diminutions, les taux de mortalité de la fièvre pourprée des Montagnes Rocheuses, lorsqu'ils sont calculés par race et par âge, demeurent les plus élevés chez respectivement les Noirs et les personnes de 40 ans et plus. Dans ces deux groupes, on observe moins souvent une éruption mais, en revanche, on procède plus souvent à un diagnostic de laboratoire — ce qui incite à penser que le diagnostic clinique est plus difficile à poser.

Une nouvelle réduction de la mortalité reposera sur le diagnostic précoce des symptômes de fièvre, de céphalée, d'éruption et de myalgie chez des sujets ayant pu être exposés aux tiques. L'absence d'exposition connue aux tiques, l'apparition tardive de l'éruption et les douleurs gastro-intestinales sont plus fréquentes dans les cas mortels. La confirmation sérologique du diagnostic clinique, par l'épreuve d'agglutination de Weil-Félix ou, de préférence, l'épreuve plus spécifique de fixation du complément ou de microimmunofluorescence, n'est possible qu'à partir du 10^e au 14^e jour de la maladie.

Etant donné que les tiques doivent être posées sur la peau pendant plusieurs heures pour que l'infection puisse se transmettre, la seule mesure préventive que puissent prendre ceux qui, comme les randonneurs, sont susceptibles d'être exposés aux tiques, est de procéder fréquemment à un contrôle. Il n'existe actuellement aucun vaccin disponible bien que la mise au point de l'un d'eux en soit à ses premiers stades.

¹ Voir N° 37, 1979, pp. 285-286, N° 19, 1978, p. 138.

(Based on/D'après: *Morbidity and Mortality*, 1980, 29, No. 18; *US Center for Disease Control*.)