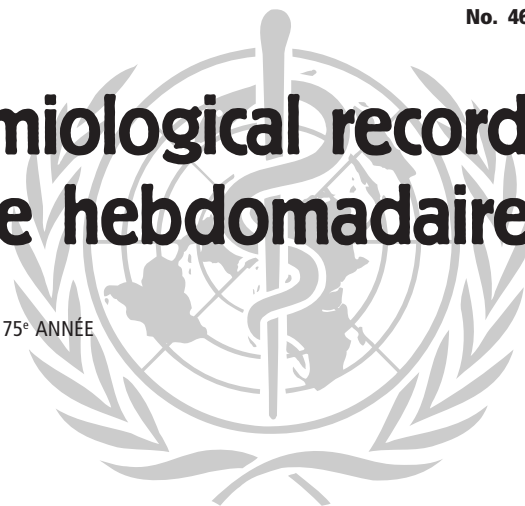


Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

17 NOVEMBER 2000, 75th YEAR / 17 NOVEMBRE 2000, 75^e ANNÉE

No. 46, 2000, 75, 369–376

<http://www.who.int/wer>

Contents

- 369 Outbreak news
- 370 Rift Valley fever, Saudi Arabia, August-October 2000
- 371 Progress towards poliomyelitis eradication, WHO Eastern Mediterranean Region
- 376 Influenza
- 376 International Health Regulations

Sommaire

- 369 Le point sur les épidémies
- 370 Fièvre de la vallée du Rift, Arabie saoudite, août-octobre 2000
- 371 Progrès dans l'éradication de la poliomyélite – Région OMS de la Méditerranée orientale
- 376 Grippe
- 376 Règlement sanitaire international

WORLD HEALTH ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
Genève

Annual subscription / Abonnement annuel
Sw. fr. / Fr. s. 230.–

6.500 1.2000
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

★ OUTBREAK NEWS

Ebola, Uganda (update).¹ As of 12 November, the Ministry of Health has reported cumulative figures for Gulu district of 320 cases, including 104 deaths.

All 3 laboratory-confirmed cases in Mbarara district have died. The 2 most recent cases had contact with the initial case. No other confirmed cases have been reported in contacts who are being intensively followed up and monitored.

Four cases (1 confirmed and 3 suspected), all from the same family and all of whom have died, have been reported in Masindi district, bordering Gulu district.

The number of new cases has declined sharply. Between 8-11 November inclusive, only 5 laboratory-confirmed cases have been recognized in Gulu. The cases in Mbarara and Masindi districts have resulted from persons infected in Gulu district. Once the EHF cases were recognized, control measures were implemented promptly to limit further spread in these districts. Surveillance is ongoing throughout the country.

The Ministry of Health has changed its reporting system in order to reflect more accurately the current situation of the outbreak. Cumulative figures will continue to be provided, but as of 14 November, only new cases that are laboratory-confirmed will be reported. Deaths will be reported as they occur.

Cholera, South Africa (update).² As of 9 November, the Kwazulu-Natal Department of Health has reported 4 583 cases and 33 deaths since the start of the outbreak in mid-August 2000. There has been 1 new death since 3 November, and the number of new cases each day has been decreasing. ■

★ LE POINT SUR LES ÉPIDÉMIES

Ebola, Ouganda (mise à jour).¹ Au 12 novembre, le Ministère de la santé avait signalé un total cumulé de 320 cas, dont 104 décès, pour le district de Gulu.

Les 3 cas qui se sont produits dans le district de Mbarara et qui ont été confirmés en laboratoire sont tous décédés. Les 2 cas les plus récents avaient eu des contacts avec le premier cas. Aucun autre cas confirmé n'a été signalé chez les contacts, qui sont intensivement suivis et surveillés.

Quatre cas (1 confirmé et 3 présumés), tous de la même famille et tous décédés, ont été signalés dans le district de Masindi, limitrophe du district de Gulu.

Le nombre de nouveaux cas a chuté brusquement. Entre le 8 et le 11 novembre inclus, seulement 5 cas confirmés en laboratoire ont été reconnus à Gulu. Les cas des districts de Mbarara et Masindi se sont tous produits suite à l'infection de personnes dans le district de Gulu. Une fois les cas de fièvre Ebola reconnus, des mesures de lutte ont été mises en œuvre rapidement pour enrayer la propagation dans ces districts. La surveillance se poursuit dans l'ensemble du pays.

Le Ministère de la santé a changé son système de notification afin de refléter avec plus de précision la situation courante de la flambée. Des chiffres cumulés seront encore fournis, mais à partir du 14 novembre, seuls les nouveaux cas qui ont été confirmés en laboratoire seront signalés. Les décès seront signalés au fur et à mesure.

Choléra, Afrique du Sud (mise à jour).² Au 9 novembre, les autorités sanitaires du Kwazulu-Natal ont signalé 4 583 cas et 33 décès depuis le début de la flambée mi-août 2000. Il y a eu 1 décès supplémentaire depuis le 3 novembre, et le nombre quotidien de nouveaux cas est en recul. ■

¹ See No. 45, 2000, p. 361.

² See No. 42, 2000, p. 338.

¹ Voir N° 45, 2000, p. 361.

² Voir N° 42, 2000, p. 338.

Rift Valley fever, Saudi Arabia, August-October 2000¹

Beginning on 10 September 2000, the ministries of health of Saudi Arabia, and then Yemen, began receiving reports of unexplained haemorrhagic fever, with associated animal deaths and abortions, from the border region between the two countries. These cases have been confirmed as the first identification of Rift Valley fever (RVF) on the Arabian peninsula. This article updates the findings of the Ministry of Health of Saudi Arabia, in collaboration with the Centers for Disease Control and Prevention (United States) and the National Institute of Virology (South Africa).

As of 26 October, 453 persons with severe suspected RVF requiring hospitalization have been reported from Saudi Arabia. Case reports are actively solicited from all district and tertiary-care hospitals in the outbreak area. Suspect cases are identified through an elaborate pre-existing system of primary health care centres which refer acutely ill persons (after excluding malaria and other etiologies) to district hospitals for assessment of hepatitis and other criteria for admission as RVF cases. Of these, 140 have been laboratory-confirmed by either viral antigen or IgM antibody testing; this represents 95% of 148 appropriate samples submitted on suspect patients. Among suspect cases, the case-fatality is 19% with a median age of 47 years (range: 1-95); the youngest confirmed patient is 15 years old. Of these cases, 78% are male; 81% are Saudi citizens and 18% are Yemeni citizens. Although the largest number of cases are still from the south-western province of Jizan (77%), the region to the immediate north-east – Asir – has been reporting an increasing percentage of cases (17%). With the exception of 1 case in Al Quenfadah, to the north-west of Jizan, all other cases reported from other regions have travelled recently to either Jizan or Asir.

Among the 180 persons who have completed case-report forms, 76% of all cases reported close contact with animals, especially sheep and goats; 64% reported a history of exposure to dead and/or aborting animals. Nearly all cases reported having had mosquito bites and that the mosquitos were present at their place of residence.

Entomological studies found large numbers of 2 species of mosquitos, *Culex tritaeniorhynchus* and *Aedes caspius*, in the flood irrigation farming areas at the foot of the mountains and in the foothills of Al Ardah district, the epicentre of the outbreak where the first human cases were reported. Preliminary laboratory studies have already yielded isolates of RVF virus from both of these species. A regional survey for RVF antibody prevalence in domestic ungulates, primarily goats and sheep, was conducted in Jizan and Asir provinces. Rift Valley fever antibody prevalence $\geq 90\%$ was found in Al Ardah district.

Editorial note. Rift Valley fever is a mosquito-borne zoonotic disease affecting domestic ungulates (especially sheep and goats), characterized by large epizootics during periods of heavy rainfall with associated outbreaks in humans. Most human infection is associated with an uncom-

Fièvre de la vallée du Rift, Arabie saoudite, août-octobre 2000¹

A partir du 10 septembre 2000, les ministères de la santé d'Arabie saoudite, puis du Yémen, ont commencé de recevoir des rapports concernant une fièvre hémorragique inexpliquée, associée à des morts et des avortements parmi des animaux, en provenance de la région frontalière entre les deux pays. Il est désormais confirmé que ces cas constituaient la première identification de fièvre de la vallée du Rift sur la péninsule arabique. Cet article est une mise à jour suite aux plus récents résultats fournis par le Ministère de la santé d'Arabie saoudite en collaboration avec les *Centers for Disease Control and Prevention* (Etats-Unis) et l'Institut national de virologie (Afrique du Sud).

Au 26 octobre, on avait signalé en Arabie saoudite 453 personnes gravement atteintes de fièvre de la vallée du Rift présumée et hospitalisées. Des rapports sur les cas sont activement recherchés dans tous les hôpitaux de district et du secteur tertiaire dans la zone de la flambée. Les cas présumés sont identifiés grâce à un système complexe déjà existant de centres de soins primaires qui envoient dans les hôpitaux de district les personnes gravement malades (une fois écartés le paludisme et autres étiologies) pour une évaluation d'hépatite et autres critères permettant de les admettre en tant que cas de fièvre de la vallée du Rift. Parmi ceux-ci, 140 ont été confirmés en laboratoire par épreuve antigénique virale ou par test IgM; cela représente 95% des 148 échantillons utilisables qui ont été soumis pour des malades présumés. Parmi les cas présumés, le taux de létalité est de 19%, l'âge moyen étant de 47 ans (écart: 1-95); le plus jeune patient confirmé était âgé de 15 ans. Parmi ces cas, 78% étaient des hommes; 81% des ressortissants d'Arabie saoudite et 18% du Yémen. Bien que le plus grand nombre de cas provienne encore de la province sud-ouest de Jizan, la région située immédiatement au nord-est – Asir – a aussi signalé un pourcentage croissant des cas (17%). A l'exception de 1 cas à Al Quenfadah, au nord-ouest de Jizan, tous les autres cas signalés dans d'autres régions s'étaient récemment rendus à Jizan ou Asir.

Parmi les 180 personnes pour lesquelles il existe des rapports de cas, 76% du nombre total des cas ont signalé un contact rapproché avec des animaux, et notamment des moutons et des chèvres; 64% ont signalé qu'ils avaient été exposés à des animaux morts et/ou à des animaux qui avortaient. Presque tous les cas ont indiqué qu'ils avaient été piqués par des moustiques, et que des moustiques se trouvaient à leur domicile.

Des études entomologiques ont trouvé de vastes quantités de 2 espèces de moustiques, *Culex tritaeniorhynchus* et *Aedes caspius*, dans les zones agricoles irriguées par les crues au pied des montagnes ou dans les contreforts du district de Al Ardah, l'épicentre de la flambée où les premiers cas humains ont été signalés. Les études de laboratoire préliminaires ont déjà révélé des isollements de virus de fièvre de la vallée du Rift provenant des 2 espèces en question. Une étude régionale visant à établir la prévalence des anticorps contre la fièvre de la vallée du Rift chez les animaux ongulés domestiques, notamment les chèvres et les moutons, a été menée dans les provinces de Jizan et d'Asir. On a trouvé une prévalence de ces anticorps de $\geq 90\%$ dans le district de Al Ardah.

Note de la rédaction. La fièvre de la vallée du Rift est une zoonose transmise par les moustiques qui touche les animaux ongulés domestiques (notamment les moutons et les chèvres), caractérisée par de vastes épizooties pendant des périodes de forte pluie et associée à des flambées humaines. La plupart des infections humai-

¹ See No. 38, 2000, pp. 305-306; No. 39, 2000, pp. 313-314; No. 40, 2000, p. 321; No. 41, 2000, pp. 329-330.

¹ Voir N° 38, 2000, pp. 305-306; N° 39, 2000, pp.313-314; N° 40, 2000, p. 321; N° 41, 2000, pp. 329-330.

plicated febrile illness or is inapparent. More severe complications include retinitis, hepatitis, renal failure, haemorrhagic fever, encephalitis and death. The current outbreak extends the geographical borders of known infection outside Africa, and reasserts the risk that this virus may establish itself almost anywhere in the world, based on the availability of potential permissive vectors.

Official reports from Yemen suggest ongoing transmission over a large area, whereas the outbreak was more circumscribed and is abating in Saudi Arabia. However, the differing case definitions and surveillance methodologies currently preclude a direct comparison of the outbreaks in Saudi Arabia and Yemen. Nevertheless, combined, these outbreaks demonstrate disease transmission in an area approximately 600 km extending from the Hodediah governorate in Yemen to the Al Quendafah health region in Saudi Arabia. The almost simultaneous, extensive and multi-centric nature of the outbreaks argues against radiation of disease from a single focus in Saudi Arabia or Yemen.

Control and prevention measures are ongoing in these countries, as are preparations for studies to better define risk factors for infection and severe disease, examine the risk of nosocomial infection, gauge the magnitude of the outbreak, molecularly characterize viral sequences and isolates, test the efficacy of intravenous ribavirin, and determine the prevalence of infection among captured vector species. The abundance of *A. caspius* breeding in the flooded agricultural fields suggests that this species can act as both an interepidemic (reservoir) host for the virus as well as an epidemic vector when circumstances are right, following heavy rains which allow mosquito population explosions to occur, while *C. tritaeniorrhynchus* is probably an epidemic vector. Continued surveillance will be necessary to determine whether the presence of these infected "floodwater" *Aedes*, the major vector for persistence of the virus in Africa due to transovarial transmission, translates into establishment of Rift Valley fever on the Arabian peninsula. ■

nes se manifestent par une fièvre simple ou ne sont pas apparentes. Les complications plus graves comprennent rétinite, hépatite, insuffisance rénale, fièvre hémorragique, encéphalite et décès. La flambée actuelle a élargi l'étendue connue de l'infection au-delà de l'Afrique, et rappelle le risque de l'établissement de ce virus presque partout dans le monde, si l'on se base sur l'existence de vecteurs potentiels pouvant permettre cette propagation.

Les rapports officiels du Yémen suggèrent que la transmission se poursuit sur une vaste zone, alors que la flambée a été plus circonscrite et est en recul en Arabie saoudite. Cependant, les différences de définition des cas et de méthodes de surveillance actuelles ne permettent pas de comparaison entre les flambées en Arabie saoudite et au Yémen. Néanmoins, ces flambées combinées révèlent une transmission de la maladie sur une zone d'environ 600 km, allant du gouvernerat de Hodediah au Yémen à la région sanitaire de Al Quendafah en Arabie saoudite. La nature quasi simultanée, vaste et multicentrique des flambées ne soutient pas l'hypothèse du rayonnement de la maladie à partir d'un seul foyer en Arabie saoudite ou au Yémen.

Des mesures de lutte et de prévention sont en cours dans ces pays, ainsi que des préparatifs d'études pour mieux cerner les facteurs de risque pour l'infection et la maladie grave, examiner le risque d'infection nosocomiale, évaluer l'étendue de la flambée, caractériser les séquences virales et les isolaments, tester l'efficacité de la ribavirine intraveineuse, et déterminer la prévalence de l'infection chez les espèces de vecteurs capturés. La prolifération de *A. caspius* qui se reproduit dans les terres agricoles inondées suggère que cette espèce peut servir d'hôte (réservoir) du virus entre les épidémies ainsi que de vecteur épidémique lorsque les circonstances s'y prêtent, suite à de fortes pluies qui permettent l'explosion des populations de moustiques, tandis que *C. tritaeniorrhynchus* est probablement un vecteur d'épidémie. Une surveillance continue sera nécessaire afin de savoir si la présence de ces *Aedes* infectés dans les eaux de crues, qui sont le vecteur principal assurant la pérennité du virus en Afrique suite à la transmission transovarienne, va avoir pour effet l'établissement de la fièvre de la vallée du Rift sur la péninsule arabe. ■

Progress towards poliomyelitis eradication, WHO Eastern Mediterranean Region

1 January 1999-30 September 2000

In 1988, the Regional Committee for the WHO Eastern Mediterranean Region¹ adopted a resolution to eradicate poliomyelitis from the region by the year 2000. Based on increasingly reliable surveillance results, it appears that 19 of the 23 countries/areas of the region have interrupted poliovirus transmission. This article summarizes progress towards polio eradication in these countries/areas between 1 January 1999 and 30 September 2000.

Routine vaccination coverage

In 1999, the regional reported infant coverage with at least 3 doses of oral polio vaccine (OPV3) was 83% (range between countries: 18%-100%) compared with 82% in 1998. OPV3 coverage of $\geq 90\%$ was reported from 14 countries/

Progrès dans l'éradication de la poliomyélite, Région OMS de la Méditerranée orientale

1^{er} janvier 1999-30 septembre 2000

En 1988, le Comité régional pour la Région OMS de la Méditerranée orientale¹ a adopté une résolution pour que la poliomyélite ait été éradiquée dans la région en 2000. En se fondant sur les résultats de plus en plus fiables de la surveillance, il semble que 19 des 23 pays et territoires de la région aient interrompu la transmission du poliovirus. Le présent article fait un résumé des progrès dans l'éradication de la polio dans ces pays et territoires entre le 1^{er} janvier 1999 et le 30 septembre 2000.

Couverture de la vaccination de routine

En 1999, la couverture régionale des nourrissons par au moins 3 doses de vaccin antipoliomyélique oral (VPO3) était de 83% (écart entre les pays: 18%-100%), contre 82% en 1998. Quatorze pays/territoires ont signalé une couverture du VPO3 $\geq 90\%$. Des

¹ The 23 countries/areas are: Djibouti, Egypt, Libyan Arab Jamahiriya, Morocco, Somalia, Sudan and Tunisia in northern and eastern Africa; Bahrain, Kuwait, Oman, Qatar, Saudi Arabia, United Arab Emirates and Yemen in the Arabian peninsula; Iraq, Jordan, Lebanon, Syrian Arab Republic and West Bank and Gaza Strip in the Middle East; Afghanistan, Islamic Republic of Iran and Pakistan in Asia; and Cyprus.

¹ Les 23 pays et territoires sont: Djibouti, Egypte, Jamahiriya arabe libyenne, Maroc, Somalie, Soudan et Tunisie en Afrique du Nord et de l'Est; Arabie saoudite, Bahreïn, Emirats arabes unis, Koweït, Oman, Qatar et Yémen dans la péninsule arabique; Iraq, Jordanie, Liban, République arabe syrienne, Cisjordanie et la bande de Gaza au Moyen-Orient; Afghanistan, Pakistan et République islamique d'Iran en Asie; et Chypre.

areas. Coverage levels of $\leq 80\%$ were reported from Afghanistan (32%), Djibouti (27%), Pakistan (80%), Somalia (18%, only northern regions reporting), Sudan (77%) and Yemen (72%). Countries/areas reporting $\leq 80\%$ coverage rates represent more than half of the total regional population. Compared with reported coverage data, coverage surveys in some of these countries have identified lower coverage rates.

Supplementary immunization activities

During 1999, national immunization days (NIDs)² were conducted in 20 of the 23 countries/areas of the region. The Islamic Republic of Iran and Tunisia conducted targeted subnational campaigns in provinces at risk of poliovirus importation and/or with suboptimal immunization coverage, and NIDs have not been considered necessary in Cyprus. In 2000, several countries that have been polio-free have scaled down the scope of supplementary immunization activities from NIDs to subnational or local campaigns. During 1999 and 2000, NIDs and other supplementary immunization activities have been intensified in countries with persistent poliovirus circulation (Afghanistan, Egypt, Iraq, Pakistan, Somalia and Sudan). In 1999, each of these countries either conducted 2 pairs (4 rounds) of NIDs (Afghanistan, Egypt, Iraq) or 1 pair of NIDs and 1 pair of large-scale subnational campaigns (Pakistan, Somalia, Sudan). During 2000, each of these 6 countries will conduct 2 pairs of NIDs and additional mop-up or subnational campaigns. The quality of campaigns in these remaining endemic countries has been improved substantially through use of house-to-house vaccination, greater emphasis on high-risk areas, improved planning and supervision, additional financial resources, and increased technical support.

Immunization campaigns are coordinated among groups of contiguous countries within the region. Successful coordination with countries of the WHO European Region has led to elimination of the poliovirus reservoir in the border areas of the Islamic Republic of Iran, Iraq, Syrian Arab Republic and Turkey. Cross-border coordination will continue between Afghanistan, the Islamic Republic of Iran and Pakistan. Increasing attention is being focused on collaboration with the WHO Regional Office for Africa, to coordinate eradication activities among countries of the Horn of Africa and countries that border the western and southern states of Sudan.

Surveillance

All Member countries of the region have established acute flaccid paralysis (AFP) surveillance. During 1999, 14 countries/areas (Bahrain, Egypt, Islamic Republic of Iran, Iraq, Jordan, Lebanon, Libyan Arab Jamahiriya, Oman, Pakistan, Qatar, Saudi Arabia, Syrian Arab Republic, Tunisia, West Bank and Gaza Strip) achieved or exceeded the WHO-established minimum AFP reporting rate indicative of a sensitive surveillance system (≥ 1 non-polio AFP case per 100 000 children aged <15 years, *Table 1*). Among the 9 remaining countries/areas, the annualized non-polio AFP reporting rates during 2000 have exceeded 1 in Afghanistan, Djibouti, Kuwait, Somalia, Sudan and Yemen. The regional average reporting rates for non-polio AFP in 1999 and 2000 (annualized) are 1.1 and 1.3, respectively. During 1999 and 2000, 2 adequate³ stool samples have been

couvertures $\leq 80\%$ ont été rapportées par l'Afghanistan (32%), Djibouti (27%), le Pakistan (80%), la Somalie (18%, données fournies par les régions septentrionales seulement), le Soudan (77%) et le Yémen (72%). Les pays/territoires signalant une couverture $\leq 80\%$ représentent plus de la moitié de la population totale de la région. Les enquêtes effectuées sur la couverture dans certains d'entre eux ont révélé des taux inférieurs à ceux notifiés.

Vaccinations supplémentaires

En 1999, 20 des 23 pays et territoires de la région ont organisé des journées nationales de vaccination (JNV)². La République islamique d'Iran et la Tunisie ont mené de grandes campagnes ciblées sur les provinces exposées au risque d'importation du virus ou ne bénéficiant pas d'une couverture vaccinale optimale. Chypre n'a pas considéré que des JNV y étaient nécessaires. En 2000, plusieurs pays exempts de poliomyélite ont réduit l'ampleur de leurs activités en matière de vaccination supplémentaire en passant des JNV à des campagnes régionales ou locales. En 1999 et 2000, les JNV et d'autres activités supplémentaires ont été intensifiées dans les pays où le poliovirus continue de circuler (Afghanistan, Egypte, Iraq, Pakistan, Somalie et Soudan). En 1999, chacun de ces pays a soit organisé 2 séries de 2 tournées de JNV (Afghanistan, Egypte, Iraq), soit 1 série de 2 tournées de JNV et 1 série de 2 campagnes à grande échelle à un niveau infranational (Pakistan, Somalie, Soudan). En 2000, chacun de ces pays a organisé 2 paires de JNV et des campagnes supplémentaires de rattrapage ou à un niveau infranational. La qualité des campagnes dans ces pays où l'endémie persiste s'est beaucoup améliorée grâce à la vaccination porte-à-porte, en mettant davantage l'accent sur les zones à haut risque, en améliorant la planification et l'encadrement, en affectant des fonds supplémentaires et en renforçant l'appui technique.

Des groupes de pays voisins au sein de la région coordonnent leurs campagnes de vaccination. La réussite de la coordination avec les pays de la Région OMS de l'Europe a permis d'éliminer le réservoir de poliovirus dans les régions frontalières de l'Iraq, de la République arabe syrienne, de la République islamique d'Iran et de la Turquie. Cette coordination transfrontalière se poursuivra entre l'Afghanistan, le Pakistan et la République islamique d'Iran. C'est la collaboration avec le Bureau régional OMS de l'Afrique qui fait désormais l'objet d'une attention de plus en plus soutenue afin de coordonner les actions d'éradication entre les pays de la Corne de l'Afrique et ceux qui se trouvent le long des frontières occidentale et méridionale du Soudan.

Surveillance

Tous les Etats Membres de la région ont établi une surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA). En 1999, 14 pays/territoires (Arabie saoudite, Bahreïn, Cisjordanie et bande de Gaza, Egypte, Iraq, Jamaïriya arabe libyenne, Jordanie, Liban, Oman, Pakistan, Qatar, République arabe syrienne, République islamique d'Iran, Tunisie) ont atteint ou dépassé le taux minimal de notification de la PFA fixé par l'OMS et indiquant la sensibilité du système de surveillance (≥ 1 cas de PFA non poliomyélique pour 100 000 enfants âgés de < 15 ans, *Tableau 1*). Dans les 9 pays et territoires restants, les taux annualisés de notification des cas de PFA non poliomyélique en 2000 ont dépassé 1 en Afghanistan, à Djibouti, au Koweït, en Somalie, au Soudan et au Yémen. La moyenne régionale des taux de notification des cas de PFA non poliomyélique pour 1999 et 2000 (annualisés) est respectivement de 1,1 et 1,3. En 1999 et 2000, des échantillons valables de selles³ ont été recueillis respectivement

² Mass campaigns over a short period (days) in which 2 doses of OPV are administered to all children in the target age group (usually <5 years) regardless of previous immunization history, with an interval of 4-6 weeks between doses.

³ Collected at an interval of at least 24 hours within 14 days of onset of paralysis and adequately shipped to the laboratory.

² Campagnes de masse sur une courte période (quelques jours), au cours desquelles 2 doses de VPO, séparées par un intervalle de 4-6 semaines, sont administrées à tous les enfants dans la tranche d'âge ciblée (en général les < 5 ans), quels que soient leurs antécédents vaccinaux.

³ Recueillis à un intervalle d'au moins 24 heures dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie puis convenablement expédiés au laboratoire.

Table 1. **Number of reported cases of acute flaccid paralysis (AFP) and confirmed poliomyelitis^a and key surveillance indicators, by country, WHO Eastern Mediterranean Region, 1 January 1999-30 September 2000**

Tableau 1. **Nombre de cas notifiés de paralysie flasque aiguë (PFA) et de poliomyélite confirmée^a et indicateurs clés pour la surveillance, par pays, Région OMS de la Méditerranée orientale, 1^{er} janvier 1999-30 septembre 2000**

Country/area / Pays/territoire	1999				2000			
	Number of AFP cases / Nombre de cas de PFA	Number of confirmed cases (wild virus) / Nombre de cas confirmés (virus sauvage)	Non-polio AFP rate ^b / Taux de PFA non poliomyé-litique ^b	AFP cases with 2 stool specimens ^c / Cas de PFA avec 2 échantillons de selles ^c (%)	Number of AFP cases / Nombre de cas de PFA	Number of confirmed cases (wild virus) / Nombre de cas confirmés (virus sauvage)	Non-polio AFP rate ^d / Taux de PFA non poliomyé-litique ^d	AFP cases with 2 stool specimens / Cas de PFA avec 2 échantillons de selles (%)
Afghanistan	230	150 (63)	0.67	53	190	77 (14)	1.20	47.4
Bahrain – Bahreïn	4	0	1.95	100	2	0	1.30	100
Cyprus – Chypre	1	0	0.62	100	0	0	0	–
Djibouti	1	1 (0)	0	0	2	0	1.06	0
Egypt – Egypte	276	9 (9)	1.26	78.6	204	3 (3)	1.26	89.2
Iran (Islamic Republic of) – Iran (République islamique d')	293	3 (3)	1.14	77.2	211	0	1.12	76.3
Iraq	271	88 (67)	1.66	79.7	197	8 (4)	2.26	83.2
Jordan – Jordanie	29	0	1.56	82.8	21	0	1.50	90.5
Kuwait – Koweït	4	0	0.75	100	5	0	1.26	100
Lebanon – Liban	14	0	1.60	21.4	11	0	1.67	90.9
Libyan Arab Jamahiriya – Jamahiriya arabe libyenne	23	0	1.26	69.6	12	0	0.88	83.3
Morocco – Maroc	75	0	0.78	48	49	0	0.67	36.7
Oman	21	0	2.50	90.5	10	0	1.59	90
Pakistan	1329	558 (324)	1.22	70.3	726	109 (109)	1.32	77.1
Qatar	8	0	5.56	25	1	0	0.93	0
Saudi Arabia – Arabie saoudite	81	0	1.06	75.9	69	0	1.20	82.6
Somalia – Somalie	40	19 (2)	0.71	35	118	59 (38)	2.43	46.6
Sudan – Soudan	121	60 (10)	0.42	37.2	174	57 (3)	1.10	44.3
Syrian Arab Republic – République arabe syrienne	92	1 (1)	1.27	81.5	85	0	1.51	80
Tunisia – Tunisie	38	0	1.22	86.8	31	0	1.32	80.6
United Arab Emirates – Emirats arabes unis	6	0	0.90	33.3	3	0	0.40	0
West Bank and Gaza Strip – Cisjordanie et bande de Gaza	13	0	1	92.3	9	0	0.92	100
Yemen – Yémen	109	25 (0)	0.99	56.9	92	1 (0)	1.32	65.2
Total	3 079	914 (479)	1.10	67.1	2 222	314 (171)	1.29	71.2

^a A confirmed case of polio is defined as AFP and at least 1 of the following: (1) laboratory-confirmed wild poliovirus infection; or (2) inadequate stool specimens and residual paralysis at 60 days, death, or no follow-up investigation at 60 days. Numbers in parentheses indicate laboratory-confirmed cases. – Un cas confirmé de polio se définit par la PFA et au moins l'un des éléments suivants: 1) infection à poliovirus sauvage confirmée en laboratoire; 2) échantillons de selles ne convenant pas, paralysie résiduelle à 60 jours, décès ou pas d'examen de contrôle à 60 jours. Les nombres entre parenthèses indiquent les cas confirmés.

^b Number of AFP cases per 100 000 population aged < 15 years. Minimum expected rate is 1 case of non-polio AFP per 100 000 per year. – Nombre de cas de PFA pour 100 000 habitants de < 15 ans. Le taux minimal attendu est de 1 cas de PFA non poliomyé-litique pour 100 000 par an.

^c Two stool specimens collected at an interval of at least 24 hours within 14 days of paralysis onset from AFP cases. – Deux échantillons de selles recueillis à au moins 24 heures d'intervalle dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie pour les cas de PFA.

^d Annualized non-polio AFP rate. – Taux annualisé de PFA non poliomyé-litique.

collected from 67% and 71% of the reported AFP cases in the region, respectively. During 1999, 9 countries/areas (Bahrain, Cyprus, Iraq, Jordan, Kuwait, Oman, Syrian Arab Republic, Tunisia, West Bank and Gaza Strip) achieved the WHO-recommended target of collecting 2 adequate stool specimens from at least 80% of AFP cases. During 2000, an additional 4 countries (Egypt, Lebanon, Libyan Arab Jamahiriya and Saudi Arabia) achieved this target.

Regional laboratory network

The regional laboratory network consists of 12 laboratories (8 national and 4 regional reference laboratories). All

dans 67% et 71% des cas de PFA notifiés dans la région. En 1999, 9 pays/territoires (Bahreïn, Cisjordanie et bande de Gaza, Chypre, Iraq, Jordanie, Koweït, Oman, République arabe syrienne et Tunisie) ont atteint l'objectif recommandé par l'OMS de recueillir 2 échantillons valables de selles dans au moins 80% des cas de PFA. En 2000, 4 pays supplémentaires (Arabie saoudite, Egypte, Jamahiriya arabe libyenne et Liban) ont aussi atteint cet objectif.

Réseau régional de laboratoires

Il se compose de 12 laboratoires (8 laboratoires nationaux et 4 laboratoires régionaux de référence). Chacun d'eux a été agréé

network laboratories have been fully or provisionally accredited by WHO. Up to September 2000, the regional laboratory network tested 4 129 stool specimens obtained from 1 947 (96%) of 2 028 reported AFP cases (or their contacts) from 21 countries of the region. Specimens from an additional 142 AFP cases reported from Somalia and southern Sudan were tested in the laboratory network of the WHO African Region. Laboratory results were reported on time (within 28 days of receipt of specimen) for more than 80% of stool specimens during 1999 and 2000.

Genetic sequence analyses are routinely performed on all wild poliovirus isolates in the region. Recent sequence data have identified virus reservoirs shared between Pakistan and Afghanistan and between Chad and Sudan. With improvements in surveillance, independent and unique transmission chains of poliovirus types 1 and 3 have been identified in Afghanistan, Somalia and Sudan. Communities with persistent foci of virus transmission have been better delineated in Egypt. Sequencing of a recent wild poliovirus isolate obtained in the Syrian Arab Republic confirmed that the strain was recently imported from southern Asia.

Incidence of polio

Compared to the same period in 1999, the number of confirmed cases of poliomyelitis reported through September 2000 in the countries of the WHO Eastern Mediterranean Region has decreased by nearly 50%, from 619 to 314, despite substantial improvements in AFP surveillance. During 2000 to date, 16 countries/areas continue to report zero cases, compared with 13 countries/areas of the region in 1999. Since 1996, only 6 countries (Afghanistan, Egypt, Iraq, Pakistan, Sudan and Somalia) have reported cases with indigenous strains of wild poliovirus. In 1999, the Islamic Republic of Iran and the Syrian Arab Republic reported cases associated with imported poliovirus strains. Intensive control measures, including multiple NID rounds and mop-up campaigns, have stopped the poliomyelitis outbreak in Iraq. The last virologically-confirmed case in Iraq had paralysis onset in January 2000.

Since late 1999, wild poliovirus transmission in Egypt has been localized to a few districts in 4 governorates. The latest virologically-confirmed case of poliomyelitis in Egypt had onset of paralysis in late May 2000. Expansion of surveillance in southern and central Somalia has led to identification of an outbreak of poliomyelitis caused by wild poliovirus types 1 and 3 in Mogadishu, where 38 cases of virologically-confirmed poliomyelitis have been identified since January 2000. During 1999 and 2000, Pakistan continued to report the largest number of cases and has contributed more than 60% of the total number of virologically-confirmed cases in the region. However, from January through September 2000, the total number of virologically-confirmed cases has declined by 46% in Pakistan compared with the same period in 1999. The distribution of wild poliovirus types in the region during 2000 is shown in *Map 1*.

The Regional Commission for Certification of Poliomyelitis Eradication has reviewed national documentation of polio-free status from 9 countries with high-quality AFP surveillance, which have not reported cases of poliomyelitis for several years. The commission has favourably re-

complètement ou provisoirement par l'OMS. Au mois de septembre 2000, le réseau régional avait testé 4 129 échantillons de selles prélevés pour 1 947 (96%) des 2 028 cas de PFA notifiés (ou leurs contacts) dans 21 pays de la région. Les échantillons de 142 cas supplémentaires de PFA notifiés en Somalie et au Soudan méridional ont été analysés par le réseau de laboratoires de la Région OMS de l'Afrique. Les résultats des analyses ont été notifiés à temps (c'est-à-dire dans les 28 jours suivant la réception de l'échantillon) pour plus de 80% des échantillons en 1999 et 2000.

Les poliovirus sauvages isolés dans la région sont régulièrement soumis au séquençage génétique. Les dernières séquences analysées ont déterminé que des réservoirs de virus se partageaient, d'une part, entre le Pakistan et l'Afghanistan et, d'autre part, entre le Soudan et le Tchad. Avec l'amélioration de la surveillance, des chaînes uniques et indépendantes de transmission des poliovirus de types 1 et 3 ont été identifiées en Afghanistan, en Somalie et au Soudan. Les communautés avec des foyers persistants de transmission du virus ont été mieux délimitées en Egypte. Le séquençage d'un poliovirus sauvage isolé dernièrement en République arabe syrienne a permis de confirmer que la souche avait été récemment importée de l'Asie méridionale.

Incidence de la poliomyélite

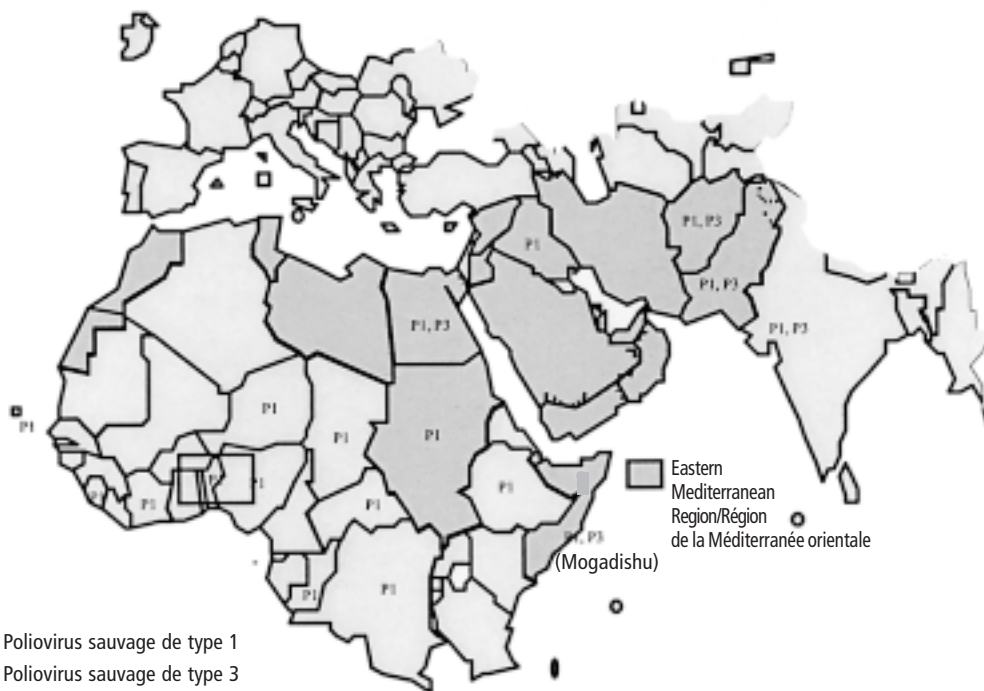
Par rapport à la même période en 1999, le nombre de cas confirmés de poliomyélite notifiés jusqu'à fin septembre 2000 par les pays dans la Région OMS de la Méditerranée orientale a diminué de près de 50% (de 619 à 314), malgré une amélioration importante de la surveillance de la PFA. Jusqu'à maintenant en 2000, 16 pays/territoires notifient toujours zéro cas, contre 13 en 1999. Depuis 1996, seuls 6 pays (Afghanistan, Egypte, Iraq, Pakistan, Soudan et Somalie) ont notifié des cas imputables à des souches indigènes de poliovirus sauvage. En 1999, la République arabe syrienne et la République islamique d'Iran ont notifié des cas associés à des souches de poliovirus importées. Des mesures de lutte intensive, comprenant de multiples tournées de JNV et des campagnes de rattrapage, ont permis d'interrompre la flambée de poliomyélite en Iraq. Le dernier cas de paralysie virologiquement confirmé en Iraq est apparu en janvier 2000.

Depuis fin 1999, on a localisé la transmission de poliovirus sauvages en Egypte dans quelques districts de 4 gouvernorats. Le dernier cas de paralysie virologiquement confirmé est apparu à la fin du mois de mai 2000. Le développement de la surveillance dans le sud et le centre de la Somalie a permis d'identifier une flambée de poliomyélite imputable à des poliovirus sauvages de types 1 et 3 à Mogadishu, où 38 cas virologiquement confirmés ont été identifiés depuis janvier 2000. En 1999 et 2000, le Pakistan a continué de notifier le plus grand nombre de cas et représente plus de 60% du nombre total de cas virologiquement confirmés dans la région. Toutefois, de janvier à fin septembre 2000, le nombre total de ces cas a diminué de 46% par rapport à la même période de l'année précédente. La *Carte 1* montre la répartition des types de poliovirus sauvages dans la région en 2000.

La Commission régionale de certification de l'éradication de la poliomyélite a examiné la documentation nationale concernant l'éradication dans 9 pays disposant d'une surveillance de la PFA de grande qualité et qui n'ont pas notifié de cas depuis plusieurs années. Elle a abouti à une conclusion favorable pour les rapports de

Map1 Isolation of poliovirus serotypes from AFP cases reported in countries of the WHO Eastern Mediterranean Region, 2000

Carte 1 Sérotypes de poliovirus isolés à partir des cas de PFA notifiés dans les pays de la Région OMS de la Méditerranée orientale, 2000



P1 Wild poliovirus type 1 / Poliovirus sauvage de type 1
P3 Wild poliovirus type 2 / Poliovirus sauvage de type 3

The designations employed and the presentation of material on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries.

Les désignations utilisées sur cette carte et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de l'Organisation mondiale de la Santé, aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières.

viewed reports from Bahrain, Islamic Republic of Iran, Jordan, Kuwait, Oman, Saudi Arabia, Syrian Arab Republic and Tunisia.

Editorial note. Remarkable progress towards polio eradication has occurred in the Member States of the WHO Eastern Mediterranean Region since 1988. It is likely that poliovirus transmission will have been interrupted in all but 4 countries of the region by the end of 2000. Improved local-level planning and supervision, house-to-house vaccination, community mobilization and heightened political commitment have enabled vaccination of an increasing number of children, especially among hard-to-reach and high-risk populations. AFP surveillance in the region is increasingly guiding planning, coordination and targeting of immunization activities, and has recently identified virus reservoirs shared between countries, or previously unknown foci of virus transmission.

Despite the progress, gaps remain in the quality of supplementary immunization activities and in geographical representation of AFP surveillance in areas of conflict. Countries with armed conflict and/or high population density, poor sanitation, low OPV3 coverage and weak or absent health infrastructure have posed formidable obstacles to the interruption of virus transmission.⁴ Maintenance of high OPV3 coverage and targeted supplementary immunization activities will be necessary to minimize the spread of any poliovirus importation.

⁴ See No. 30, 1999, pp. 246-252; No. 38, 1999, pp. 316-320; No. 34, 2000, pp. 274-277.

l'Arabie saoudite, de Bahreïn, de la Jordanie, du Koweït, d'Oman, de la République arabe syrienne, de la République islamique d'Iran et de la Tunisie.

Note de la rédaction. Les Etats Membres de la Région OMS de la Méditerranée orientale ont accompli depuis 1998 des progrès remarquables dans l'éradication de la poliomyélite. Il est probable que la transmission aura été interrompue dans tous les pays de la région sauf 4 d'ici la fin de l'année 2000. L'amélioration de la planification et de la supervision au niveau local, les vaccinations porte-à-porte, la mobilisation des communautés et un engagement politique plus ferme ont permis de vacciner un nombre croissant d'enfants, notamment dans les populations à haut risque et difficiles à atteindre. La surveillance de la PFA dans la région orientale de plus en plus la planification, la coordination et le ciblage des actions de vaccination et elle a permis d'identifier récemment des réservoirs de virus partagés par plusieurs pays ou des foyers de transmission inconnus jusque-là.

Malgré les progrès, il reste des lacunes dans la qualité des actions supplémentaires de vaccination et la surveillance de la PFA dans les zones de conflit. Les pays en proie à des conflits armés et/ou connaissant une forte densité de la population, de mauvaises conditions d'assainissement, une faible couverture du VPO3 et des infrastructures insuffisantes ou inexistantes ont représenté un énorme obstacle à l'interruption de la transmission virale.⁴ Le maintien d'une couverture élevée par le VPO3 et des campagnes supplémentaires ciblées de vaccination seront nécessaires pour minimiser la propagation pouvant résulter de l'importation éventuelle de poliovirus.

⁴ Voir N° 30, 1999, pp. 246-252 ; N° 38, 1999, pp. 316-320 ; N°34, 2000, pp. 274-277.

Eradication programmes in the remaining endemic countries have been substantially intensified to accelerate interruption of virus transmission under extremely challenging conditions. Increasing the number and quality of supplementary immunization activities, shifting to a house-to-house vaccination strategy and expanding AFP surveillance have required the mobilization of substantial additional financial and human resources, as well as the development of improved local administrative capacity. In southern Sudan or Somalia, for example, a large number of international experts and hundreds of locally-recruited staff have been deployed to ensure adequate planning, implementation and supervision of immunization and surveillance activities.

Polio eradication in the WHO Eastern Mediterranean Region has entered its final phase, for which the following activities will have highest priority: (1) rapid completion of programme intensification and expansion in the remaining endemic countries to ensure interruption of poliovirus transmission in the region by end-2001 or soon thereafter; (2) rapid geographical expansion of AFP surveillance in countries affected by conflict and where access to populations is difficult; (3) maintaining high-quality surveillance in polio-free countries; (4) containment of poliovirus stocks and potentially infectious material in laboratories throughout the region; (5) documentation of polio-free status by each country for review by the Regional Commission and certification of polio eradication in the region by the end of 2004; (6) an increasing focus towards strengthening routine immunization programmes and vaccine-preventable disease surveillance. Implementing these high-priority activities to achieve polio eradication and its certification will require the continued support of national governments and partner agencies.⁵ ■

⁵ Support to the polio eradication activities in the WHO Eastern Mediterranean Region is mainly provided by governments within Member States and by Rotary International, Centers for Disease Control and Prevention (United States), the government of the United Kingdom through DFID, the government of Japan through JICA, the government of Canada through CIDA, the government of Denmark through DANIDA, Oman, the governments of Norway and Italy, the United Nations Foundation and USAID.

Les programmes d'éradication dans les pays où l'endémie persiste ont été beaucoup intensifiés pour accélérer l'interruption de la transmission dans des situations extrêmement difficiles. L'accroissement du nombre et de la qualité des actions de vaccination supplémentaires, le passage à une stratégie de vaccination porte-à-porte et le développement de la surveillance de la PFA ont imposé de mobiliser beaucoup plus de ressources humaines et financières, ainsi que d'améliorer les moyens administratifs locaux. Dans le sud du Soudan ou en Somalie par exemple, un grand nombre d'experts internationaux et des centaines de personnes recrutées localement ont été déployés pour veiller à bien planifier, exécuter et encadrer les activités de surveillance et de vaccination.

L'éradication de la poliomyélite dans la Région OMS de la Méditerranée orientale est entrée dans sa phase finale, au cours de laquelle les actions suivantes sont prioritaires: 1) intensification et extension rapides du programme dans les pays où l'endémie persiste pour garantir l'interruption de la transmission du poliovirus dans la région d'ici la fin 2001 ou peu après; 2) extension géographique rapide de la surveillance de la PFA dans les pays en proie aux conflits ou ayant des populations d'accès difficile; 3) maintien d'une surveillance de grande qualité dans les pays exempts de poliomyélite; 4) confinement des stocks de poliovirus et du matériel potentiellement infectieux dans les laboratoires de la région; 5) documentation de l'éradication à fournir par chaque pays à la Commission régionale de certification de l'éradication de la poliomyélite et certification de l'éradication dans la région d'ici la fin de 2004; 6) attention croissante portée au renforcement des programmes de vaccination de routine et à la surveillance des maladies évitables par la vaccination. La mise en œuvre de ces activités hautement prioritaires pour obtenir l'éradication de la polio et la certification impose l'appui continu des gouvernements nationaux et des organismes partenaires.⁵ ■

⁵ L'appui à l'éradication de la poliomyélite dans la Région OMS de la Méditerranée orientale vient essentiellement des gouvernements des Etats Membres, du Rotary International, des *Centers for Disease Control and Prevention* (Etats-Unis), du gouvernement du Royaume-Uni par le DFID, du gouvernement du Japon par l'AJCI, du gouvernement du Canada par l'ACDI, du gouvernement du Danemark par DANIDA, d'Oman, des gouvernements de l'Italie et de la Norvège, de la Fondation des Nations Unies et de l'USAID.

Influenza

Czech Republic (25 October 2000). Two cases of influenza B were detected by serology. One case was a baby from north Bohemia and the other was a 68-year-old man from Prague. Both were hospitalized for bronchitis.

Other reports. As of the last week of October, influenza activity was sporadic in: Australia,¹ Denmark¹ and Hong Kong Special Administrative Region of China.¹ ■

¹ See No. 44, 2000, p. 360.

Grippe

République tchèque (25 octobre 2000). Deux cas de grippe B ont été dépistés par sérologie. Il s'agit d'un bébé du nord de la Bohême et d'un homme de Prague, âgé de 68 ans. Tous deux ont été hospitalisés pour bronchite.

Autres rapports. Au cours de la dernière semaine d'octobre, l'activité grippale a été sporadique en Australie,¹ Danemark¹ et à Hong Kong, région administrative spéciale de la Chine.¹ ■

¹ Voir N° 44, 2000, p. 360.

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Notifications of diseases received from 10 to 16 November 2000 / Notifications de maladies reçues du 10 au 16 novembre 2000

No notifications received this week / Aucune notification reçue cette semaine.

WWW access • <http://www.who.int/wer>

E-mail • send message [subscribe_wer-reh](mailto:subscribe_wer-reh@who.int) to majordomo@who.int

Fax: (+41-22) 791 48 21/791 42 85

Editor: vallanjonm@who.int

Accès WWW • <http://www.who.int/wer>

Courrier électronique • envoyer message [subscribe_wer-reh](mailto:subscribe_wer-reh@who.int) à majordomo@who.int

Fax: (+41-22) 791 48 21/791 42 85

Rédactrice: vallanjonm@who.int