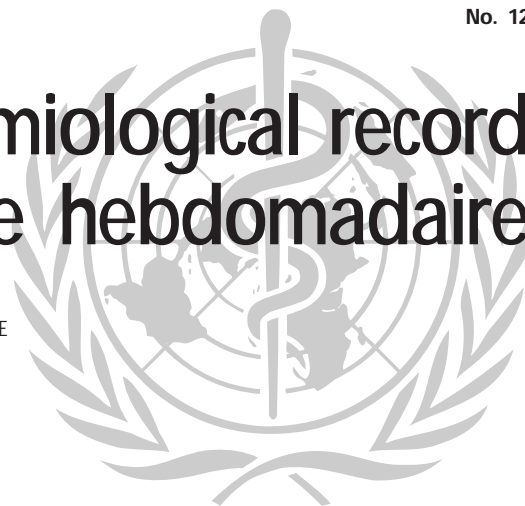


Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

21 MARCH 2003, 78th YEAR / 21 MARS 2003, 78^e ANNÉE

No. 12, 2003, 78, 81–88

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

Contents

- 81 Outbreak news
 - Severe acute respiratory syndrome (SARS)
- 84 Performance of acute flaccid paralysis (AFP) surveillance and incidence of poliomyelitis, 2002–2003
- 87 Influenza
- 88 International Health Regulations

Sommaire

- 81 Le point sur les épidémies
 - Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)
- 84 Fonctionnement de la surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) et incidence de la poliomyélite, 2002–2003
- 87 Grippe
- 88 Règlement sanitaire international

WORLD HEALTH
ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ
Genève

Annual subscription / Abonnement annuel
Sw. fr. / Fr. s. 334.–

6 500 3.2003
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

★ OUTBREAK NEWS

Severe acute respiratory syndrome (SARS)

The World Health Organization is currently coordinating a global response to reported outbreaks of severe acute respiratory syndrome (SARS), an atypical pneumonia of unknown etiology. Cases have been reported from eight countries since February 2003. As of 19 March 2003, 264 suspect and probable cases of SARS (including 9 deaths) have been reported to WHO. Local transmission of SARS has been confirmed in Canada, Hong Kong Special Administrative Region of China (Hong Kong SAR), Singapore, Taiwan (China) and Viet Nam. For latest epidemiological information: <http://www.who.int/csr/sars/en/>.

In response to requests for assistance, WHO Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN) field teams have been deployed in Viet Nam and Hong Kong SAR where they are helping local health authorities to investigate and control the outbreaks. WHO is working with Chinese health authorities to investigate an outbreak of atypical pneumonia that occurred in Guangdong province in November 2002 and peaked in February of this year. WHO is in discussion with health authorities in Singapore to explore whether international assistance is required.

WHO logistic bases have been established and supplies of protective and clinical equipment are being made available to affected countries. In addition, WHO published a travel advisory notice on the 15 March 2003, advising all individuals travelling to affected areas to be watchful for the development of symptoms for a period of 10 days after returning.

Clinical and epidemiological update

SARS was first recognized at the end of February 2003 in Hanoi, Viet Nam. The index

★ LE POINT SUR LES ÉPIDÉMIES

Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)

L'Organisation mondiale de la Santé s'occupe actuellement de coordonner la riposte internationale face aux flambées de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), une pneumonie atypique d'étiologie encore inconnue. Des cas ont été notifiés par 8 pays depuis février 2003. Au 19 mars 2003, 264 cas suspects ou probables de ce syndrome (dont 9 mortels) avaient été notifiés à l'OMS. La transmission locale du syndrome a été confirmée au Canada, à Hong Kong, Région administrative spéciale de la Chine (RAS), à Singapour, à Taiwan (Chine) et au Viet Nam. Les informations épidémiologiques les plus récentes peuvent être consultées sur: <http://www.who.int/csr/sars/en/>.

Afin de répondre aux demandes d'assistance, des équipes de terrain du Réseau mondial OMS d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN) ont été déployées au Viet Nam et à Hong Kong RAS pour aider les autorités sanitaires locales à mener les investigations nécessaires et à lutter contre les flambées. L'OMS enquête aussi avec les autorités chinoises sur une flambée de pneumonie atypique survenue en novembre 2002 dans la province de Guangdong, laquelle a atteint un pic en février de cette année. L'Organisation étudie actuellement avec les autorités sanitaires de Singapour la nécessité éventuelle d'une aide internationale.

L'OMS a installé des bases logistiques et mis à la disposition des pays affectés des stocks de matériel de protection et d'équipement clinique. Le 15 mars dernier, l'OMS a publié un avertissement aux voyageurs conseillant à toute personne se rendant dans les régions touchées d'être attentive à l'apparition de symptômes dans les 10 jours suivant son retour.

Mise à jour des données cliniques et épidémiologiques

Le syndrome a été reconnu pour la première fois en février 2003 à Hanoi, Viet Nam. Le cas indica-

case, a middle-aged man business man who has travelled extensively in South-East Asia before becoming unwell, was admitted to hospital in Hanoi on 26 February 2003 with a high fever, dry cough, myalgia and mild sore throat. Over the following 4 days he developed symptoms of adult respiratory distress syndrome, requiring ventilatory support, and severe thrombocytopenia. Despite intensive therapy he died on 13 March after being transferred to an isolation facility in Hong Kong SAR.

On the basis of data from the SARS foci in Hanoi and Hong Kong SAR, the incubation period has been estimated to be 2–7 days, but usually 3–5 days. Attack rates of >56% among health care workers caring for patients with SARS is consistent in both the Hong Kong and Hanoi foci.

Case definitions

Case definitions as of 16th March 2003 are given below. Please refer to link <http://www.who.int/csr/sars/en/> for daily information on affected areas.

Suspect case

A person presenting after 1 February 2003 with history of high fever (>38 °C)

AND one or more respiratory symptoms including cough, shortness of breath, difficulty breathing

AND one or more of the following:

- close contact,¹ within 10 days of onset of symptoms, with a person who has been diagnosed with SARS;
- history of travel, within 10 days of onset of symptoms, to an area in which there are reported foci of transmission of SARS.

Probable case

A suspect case with chest X-ray findings of pneumonia or respiratory distress syndrome

OR a suspect case with an unexplained respiratory illness resulting in death, with an autopsy examination demonstrating the pathology of respiratory distress syndrome without an identifiable cause.

Clinical features

The most common early symptoms in patients progressing to SARS have included fever (100%), malaise (100%), chills (97%), headache (84%), myalgia (81%), dizziness (61%), rigors (55%), cough (39%), sore throat (23%) and runny nose (23%). In many cases, patients often first presented with severe headache, dizziness and myalgia. Temperature persisted above baseline during disease progression. In some cases, there was rapid deterioration with low oxygen saturation and acute respiratory distress requiring ventilatory support. Approximately 10% of patients to date have required admission to intensive-care facilities

Chest X-ray (CXR) findings typically begin with a small, unilateral, patchy shadowing, and progress over 1–2 days to become bilateral and generalized, with interstitial/

¹ Close **contact** means having cared for, lived with, or had direct contact with respiratory secretions and body fluids of a person with SARS.

teur, un homme d'affaires d'âge moyen qui avait beaucoup voyagé en Asie du Sud-Est avant de se sentir mal, a été admis à l'hôpital de Hanoi le 26 février avec une forte fièvre, une toux sèche, des myalgies et une angine modérée. Au cours des 4 jours suivants, il a développé un syndrome de détresse respiratoire de l'adulte (SDRA) nécessitant de le placer sous respiration assistée, ainsi qu'une thrombopénie grave. En dépit des soins intensifs prodigués, il est décédé le 13 mars 2003, après avoir été transféré dans une unité d'isolement à Hong Kong RAS.

D'après les informations dont nous disposons sur les foyers de Hanoi et de Hong Kong RAS, la durée d'incubation irait de 2 à 7 jours, mais le plus couramment de 3 à 5 jours. Les observations faites pour les foyers de Hong Kong et de Hanoi correspondent à un taux d'atteinte de plus de 56 % pour le personnel de santé s'occupant des malades souffrant de ce syndrome.

Définitions de cas

Les définitions de cas établies au 16 mars 2003 sont détaillées ci-dessous. Des informations mises à jour quotidiennement peuvent être consultées sur <http://www.who.int/csr/sars/en/>

Cas suspect

A compter du 1^{er} février 2003, toute personne présentant une poussée fébrile (>38 °C)

ET un ou plusieurs symptômes respiratoires (toux, essoufflement, gêne respiratoire)

ET un ou plusieurs des éléments suivants:

- contact rapproché¹ dans les 10 jours précédant l'apparition des symptômes avec une personne chez qui le SRAS a été diagnostiqué;
- voyage dans les 10 jours précédant l'apparition des symptômes dans une zone où l'on a notifié des foyers de transmission du syndrome.

Cas probable

Cas suspect présentant des signes de pneumonie à la radiographie thoracique ou un syndrome de détresse respiratoire

OU tout cas suspect atteint d'une affection respiratoire inexplicée ayant entraîné la mort, l'autopsie ayant démontré un syndrome de détresse respiratoire sans cause identifiable.

Tableau clinique

Les symptômes précoces les plus courants chez les patients dont l'état évolue vers le SRAS sont les suivants: fièvre (100%), sensation de malaise (100%), frissons (97%), céphalées (84%), myalgies (81%), vertiges (61%), raideurs (55%), toux (39%), angine (23%), écoulement nasal (23%). Dans de nombreux cas, les patients se présentent tout d'abord avec de sévères céphalées, des vertiges et des myalgies. La température se maintient au-dessus de la normale pendant l'évolution de la maladie. Dans certains cas, on a observé une aggravation rapide de l'état général avec une faible saturation en oxygène et une détresse respiratoire aiguë imposant de placer le malade sous respiration assistée. Jusqu'à ce jour, environ 10% des patients ont dû être admis dans des services de soins intensifs.

Au début, le cliché thoracique typique met en évidence une petite opacité unilatérale en plages, évoluant en un à deux jours vers une atteinte bilatérale généralisée, avec des infiltrations interstitielles/

¹ Par contact rapproché, on entend le fait d'avoir donné des soins à une personne atteinte d'un syndrome respiratoire aigu sévère, cohabité avec elle ou eu un contact direct avec ses sécrétions respiratoires ou ses liquides biologiques.

confluent infiltrates. Patchy CXR changes are sometimes noted in the absence of chest symptoms. Adult respiratory distress syndrome has been observed in a number of patients in the end stages.

Patients may present with a normal blood picture. However, by day 3 or 4 of the illness, lymphopenia is commonly observed ($\geq 50\%$) and thrombocytopenia less commonly. Elevated liver enzymes and abnormal partial prothrombin are sometimes seen. Creatinine phosphokinase is raised in some cases as is C-reactive protein.

Treatment

Hospitalized patients have received multiple antibiotic therapy. Antibiotics used alone or in combination have included azithromycin, aminoglycosides, ceftriaxone, doxycycline and ciprofloxacin. No clinical improvement has been attributable to the use of antibiotics.

The antiviral agent ribavirin, given intravenously in combination with high-dose corticosteroids, may have been responsible for some clinical improvement observed in critically ill patients in Hong Kong SAR.

Intensive and good supportive care, with and without antiviral agents, have also improved prognosis. Although the number of patients who have been discharged from hospital is very low, a significant proportion of previously critically ill patients have now stabilized and no longer require intensive care. Respiratory protection and barrier nursing are advised for all health care workers and visitors in close contact with reported cases. For more information, please refer to <http://www.who.int/csr/sars>.

Laboratory findings

Preliminary investigations in two patients with SARS in Germany and Hong Kong SAR have demonstrated paramyxovirus-like particles under electron microscopy. Tests using the polymerase chain reaction technique on the same samples have also been positive. However, more samples need to be examined and further investigation undertaken before a definitive cause can be identified. Laboratories around the world are continuing to collaborate in the global effort to identify this causative agent. For information about sampling procedures please refer to <http://www.who.int/csr/sars/en/>.

Collection and sharing of information

- Suspect or probable cases should be reported to national authorities. Reports to WHO can be sent to outbreak@who.int and to WHO Country Offices.
- WHO calls upon all clinicians to participate in a global collaborative effort to share relevant clinical information relating to patients with SARS. Contributions should be sent to sarsetiology@who.int.

Updated epidemiological and clinical data, as well as information on the international global response that is being coordinated by WHO, are available at <http://www.who.int/csr/sars/en/>. ■

confluentes. Il arrive parfois d'observer des opacités en plages sur les clichés thoraciques en l'absence de symptômes thoraciques. Le syndrome de détresse respiratoire de l'adulte survient chez de nombreux patients dans les stades tardifs.

Il arrive que le bilan sanguin soit normal dans un premier temps. Toutefois, au bout de 3 à 4 jours de maladie, la lymphopénie est courante ($\geq 50\%$) et on note aussi, moins souvent, des thrombopénies. On observe parfois une augmentation des enzymes hépatiques et un temps de céphaline anormal. Il y a élévation de la créatinine phosphokinase et de la protéine C réactive dans certains cas.

Traitement

Les patients hospitalisés ont été placés sous antibiothérapie multiple. Les antibiotiques utilisés seuls ou en association ont été l'azithromycine, les aminoglycosides, la ceftriaxone, la doxycycline et la ciprofloxacine. On n'a encore observé aucune amélioration de l'état clinique avec l'antibiothérapie.

L'administration par voie intraveineuse de ribavirine, un antiviral, en association avec des corticoïdes à doses élevées peut, en revanche, être à l'origine d'une certaine amélioration clinique observée chez des patients dans un état critique à Hong Kong.

Les soins intensifs et un bon traitement symptomatique, avec ou sans agents antiviraux, ont également permis d'améliorer le pronostic. Bien que le nombre de patients ayant pu quitter l'hôpital soit très faible, une proportion significative des malades précédemment dans un état critique sont à présent dans un état stationnaire et ne nécessitent plus de soins intensifs. La protection des voies respiratoires et les techniques de soins en isolement sont recommandées pour le personnel soignant et les visiteurs en contact rapproché avec les cas signalés. Pour obtenir de plus amples informations, veuillez consulter <http://www.who.int/csr/sars>.

Résultats de laboratoire

Les premières investigations menées sur deux patients souffrant du syndrome, l'un en Allemagne et l'autre à Hong Kong SAR, ont mis en évidence des particules ressemblant à un paramyxovirus à la microscopie électronique. Des tests d'amplification génique effectués sur ces mêmes échantillons se sont également avérés positifs. Il faudra néanmoins examiner d'autres échantillons et entreprendre des investigations plus approfondies pour pouvoir identifier définitivement l'agent infectieux. Des laboratoires du monde entier continuent à participer à l'effort international pour parvenir à cette identification. Pour obtenir de plus amples informations au sujet des procédures d'échantillonnage, veuillez consulter <http://www.who.int/csr/sars/en/>.

Collecte et communication des informations

- Les cas suspects ou probables devraient être signalés aux pouvoirs publics. Toute information peut être envoyée à l'OMS par l'intermédiaire de: outbreak@who.int ou des Bureaux de pays de l'OMS.
- L'OMS appelle tous les cliniciens à participer à l'effort mondial et à communiquer toutes les informations cliniques intéressantes sur les patients atteints du SRAS. Ils doivent envoyer leurs observations à sarsetiology@who.int.

Des données cliniques et épidémiologiques actualisées ainsi que des informations sur la riposte internationale coordonnée par l'OMS sont disponibles sur le site <http://www.who.int/csr/sars/en/>. ■

PERFORMANCE OF ACUTE FLACCID PARALYSIS (AFP) SURVEILLANCE AND INCIDENCE OF POLIOMYELITIS, 2002–2003

(DATA RECEIVED IN WHO HEADQUARTERS AS OF 4 MARCH 2003)

FONCTIONNEMENT DE LA SURVEILLANCE DE LA PARALYSIE FLASQUE AIGUË (PFA) ET INCIDENCE DE LA POLIOMYÉLITE, 2002-2003

(DONNÉES REÇUES PAR LE SIÈGE DE L'OMS AU 4 MARS 2003)

Country/area Pays/territoire	Performance of AFP surveillance, 2003 Fonctionnement de la surveillance de la PFA, 2003			Polio cases Cas de poliomyélite	
	AFP cases reported ¹ Cas de PFA signalés ¹	Annualized non-poliomyelitis AFP rate ² Taux de PFA non poliomyélitique annuel ²	AFP cases with adequate specimens ³ Cas de PFA avec échantillons ³	2003 confirmed (wild poliovirus) ⁴ Confirmé en 2003 (virus sauvage) ⁴	2002 confirmed (wild poliovirus) ⁴ Confirmé en 2002 (virus sauvage) ⁴
Regional totals — Totaux régionaux					
AFR	221	0.90	93%	3 (3)	219 (206)
AMR	124	0.62	86%	0 (0)	0 (0)
EMR	549	1.83	88%	3 (3)	119 (119)
EUR	148	0.80	83%	0 (0)	0 (0)
SEAR	1201	0.55	86%	38 (38)	1599 (1599)
WPR	78	0.82	85%	0 (0)	0 (0)
Global total — Total mondial	2321	0.74	87%	44 (44)	1937 (1924)
African Region — Région africaine (AFR)					
Algeria — Algérie	9	0.47	100%	0 (0)	0 (0)
Angola	3	0.60	100%	0 (0)	0 (0)
Benin — Bénin	7	2.70	100%	0 (0)	0 (0)
Botswana	0	0.00	0%	0 (0)	0 (0)
Burkina Faso	0	0.00	0%	0 (0)	1 (1) ⁶
Burundi	13	5.00	85%	0 (0)	0 (0)
Cameroon — Cameroun	6	0.90	100%	0 (0)	0 (0)
Cape Verde — Cap-Vert	0	0.00	0%	0 (0)	0 (0)
Central African Republic — République centrafricaine	3	2.10	100%	0 (0)	0 (0)
Chad — Tchad	9	2.90	67%	0 (0)	0 (0)
Comoros — Comores	ND				
Congo	3	3.00	100%	0 (0)	0 (0)
Democratic Republic of the Congo — République démocratique du Congo	19	0.90	89%	0 (0)	0 (0)
Côte d'Ivoire	5	0.90	100%	0 (0)	0 (0)
Equatorial Guinea — Guinée équatoriale	0	0.00	0%	0 (0)	1 (0)
Eritrea — Érythrée	2	2.20	100%	0 (0)	0 (0)
Ethiopia — Éthiopie	13	0.50	92%	0 (0)	0 (0)
Gabon	0	0.00	0%	0 (0)	0 (0)
Gambia — Gambie	0	0.00	0%	0 (0)	0 (0)
Ghana	2	0.30	100%	0 (0)	0 (0)
Guinea — Guinée	0	0.00	0%	0 (0)	0 (0)
Guinea-Bissau — Guinée-Bissau	0	0.00	0%	0 (0)	0 (0)
Kenya	12	1.00	100%	0 (0)	0 (0)
Lesotho	2	2.20	100%	0 (0)	0 (0)
Liberia — Libéria	0	0.00	0%	0 (0)	0 (0)
Madagascar	1	0.20	100%	0 (0)	5 ⁵ (0)
Malawi	5	1.20	80%	0 (0)	0 (0)
Mali	0	0.00	0%	0 (0)	0 (0)
Mauritania — Mauritanie	0	0.00	0%	0 (0)	0 (0)
Mauritius — Maurice	ND				
Mozambique	0	0.00	0%	0 (0)	7 (0)
Namibia — Namibie	0	0.00	0%	0 (0)	0 (0)
Niger	0	0.00	0%	0 (0)	3 (3)
Nigeria — Nigéria	64	1.60	97%	3 (3)	200 (200)
Réunion	ND				
Rwanda	1	0.30	100%	0 (0)	0 (0)
Saint Helena — Sainte-Hélène	ND				
Sao Tome and Principe — Sao Tomé-et-Principe	ND				
Senegal — Sénégal	0	0.00	0%	0 (0)	0 (0)
Seychelles	ND				
Sierra Leone	0	0.00	0%	0 (0)	0 (0)
South Africa — Afrique du Sud	6	0.50	83%	0 (0)	0 (0)
Swaziland	0	0.00	0%	0 (0)	0 (0)
Togo	0	0.00	0%	0 (0)	0 (0)
Uganda — Ouganda	19	2.20	100%	0 (0)	0 (0)
United Republic of Tanzania — République-Unie de Tanzanie	6	0.50	83%	0 (0)	0 (0)
Zambia — Zambie	5	1.10	100%	0 (0)	2 (2) ⁶
Zimbabwe	6	1.10	83%	0 (0)	0 (0)
Region of the Americas — Région des Amériques (AMR)					
Argentina — Argentine	11	0.65	100%	0 (0)	0 (0)
Bolivia — Bolivie	4	0.77	100%	0 (0)	0 (0)
Brazil — Brésil	0	0.00	0%	0 (0)	0 (0)

Country/area Pays/territoire	Performance of AFP surveillance, 2003 Fonctionnement de la surveillance de la PFA, 2003			Polio cases Cas de poliomyélite			
	AFP cases reported ¹ Cas de PFA signalés ¹	Annualized non-poliomyelitis AFP rate ² Taux de PFA non poliomyéлитique annuel ²	AFP cases with adequate specimens ³ Cas de PFA avec échantillons ³	2003 confirmed (wild poliovirus) ⁴ Confirmé en 2003 (virus sauvage) ⁴		2002 confirmed (wild poliovirus) ⁴ Confirmé en 2002 (virus sauvage) ⁴	
Canada	ND						
Caribbean Epidemiology Center* — Centre d'Epidémiologie des Caraïbes*	4	1.18	0%	0	(0)	0	(0)
Chile — Chili	11	1.66	100%	0	(0)	0	(0)
Colombia — Colombie	14	0.65	100%	0	(0)	0	(0)
Costa Rica	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Cuba	3	0.44	100%	0	(0)	0	(0)
Dominican Republic — République dominicaine	3	0.58	100%	0	(0)	0	(0)
Ecuador — Equateur	3	0.45	100%	0	(0)	0	(0)
El Salvador	8	2.26	100%	0	(0)	0	(0)
Guatemala	6	0.86	100%	0	(0)	0	(0)
Haiti — Haïti	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Honduras	3	0.73	100%	0	(0)	0	(0)
Mexico — Mexique	35	0.70	71%	0	(0)	0	(0)
Nicaragua	6	0.71	100%	0	(0)	0	(0)
Panama	1	0.69	0%	0	(0)	0	(0)
Paraguay	1	0.29	100%	0	(0)	0	(0)
Peru — Pérou	2	0.15	100%	0	(0)	0	(0)
Uruguay	1	0.79	100%	0	(0)	0	(0)
United States of America — Etats-Unis d'Amérique	ND						
Venezuela	8	0.68	75%	0	(0)	0	(0)

* These countries have been grouped together for reporting purposes. — Ces pays ont été regroupés aux fins de la déclaration.

Eastern Mediterranean Region — Région de la Méditerranée orientale (EMR)

Afghanistan	53	3.01	89%	0	(0)	11	(11)
Bahrain — Bahreïn	1	3.29	0%	0	(0)	0	(0)
Cyprus — Chypre	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Djibouti	1	2.68	0%	0	(0)	0	(0)
Egypt — Egypte	82	2.34	77%	0	(0)	7	(7)
Iran (Islamic Republic of) — Iran (République islamique d')	43	1.08	93%	0	(0)	0	(0)
Iraq	36	2.01	97%	0	(0)	0	(0)
Jordan — Jordanie	4	1.36	100%	0	(0)	0	(0)
Kuwait — Koweït	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Lebanon — Liban	4	3.09	75%	0	(0)	0	(0)
Libyan Arab Jamahiriya — Jamahiriya arabe libyenne	6	1.89	100%	0	(0)	0	(0)
Morocco — Maroc	19	1.33	95%	0	(0)	0	(0)
Oman	3	2.41	33%	0	(0)	0	(0)
Pakistan	215	2.30	90%	3	(3)	98	(98)
Qatar	1	4.15	100%	0	(0)	0	(0)
Saudi Arabia — Arabie saoudite	22	1.94	91%	0	(0)	0	(0)
Somalia — Somalie	2	0.40	100%	0	(0)	3	(3)
Sudan — Soudan	28	1.33	89%	0	(0)	0	(0)
Syrian Arab Republic — République arabe syrienne	19	1.77	95%	0	(0)	0	(0)
Tunisia — Tunisie	4	0.90	75%	0	(0)	0	(0)
United Arab Emirates — Emirats arabes unis	2	1.77	100%	0	(0)	0	(0)
West Bank and Gaza Strip — Cisjordanie et bande de Gaza	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Yemen — Yémen	4	0.29	75%	0	(0)	0	(0)

European Region — Région européenne (EUR)

Albania — Albanie	2	1.44	100%	0	(0)	0	(0)
Andorra — Andorre	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Armenia — Arménie	3	2.54	100%	0	(0)	0	(0)
Austria — Autriche	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Azerbaijan — Azerbaïdjan	2	0.62	100%	0	(0)	0	(0)
Belarus — Bélarus	6	2.34	100%	0	(0)	0	(0)
Belgium — Belgique	ND						
Bosnia and Herzegovina — Bosnie-Herzégovine	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Bulgaria — Bulgarie	2	1.17	100%	0	(0)	0	(0)
Croatia — Croatie	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Czech Republic — République tchèque	2	0.83	100%	0	(0)	0	(0)
Denmark — Danemark	ND						
Estonia — Estonie	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Finland — Finlande	ND						
France	ND						
Georgia — Géorgie	4	2.70	100%	0	(0)	0	(0)
Germany — Allemagne	5	0.27	20%	0	(0)	0	(0)
Greece — Grèce	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)

Performance of AFP surveillance, 2003
Fonctionnement de la surveillance de la PFA, 2003

Polio cases
Cas de poliomyélite

Country/area Pays/territoire	AFP cases reported ¹ Cas de PFA signalés ¹	Annualized non-poliomyelitis AFP rate ² Taux de PFA non poliomyélique annuel ²	AFP cases with adequate specimens ³ Cas de PFA avec échantillons ³	2003 confirmed (wild poliovirus) ⁴ Confirmé en 2003 (virus sauvage) ⁴	2002 confirmed (wild poliovirus) ⁴ Confirmé en 2002 (virus sauvage) ⁴
Hungary — Hongrie	3	1.23	33%	0 (0)	0 (0)
Iceland — Islande	ND				
Ireland — Irlande	0	0.00	0%	0 (0)	0 (0)
Israel — Israël	0	0.00	0%	0 (0)	0 (0)
Italy — Italie	17	1.38	59%	0 (0)	0 (0)
Kazakhstan	10	1.64	100%	0 (0)	0 (0)
Kyrgyzstan — Kirghizistan	2	0.81	100%	0 (0)	0 (0)
Latvia — Lettonie	0	0.00	0%	0 (0)	0 (0)
Lithuania — Lituanie	1	1.01	100%	0 (0)	0 (0)
Luxembourg	ND				
Malta — Malte	0	0.00	0%	0 (0)	0 (0)
Monaco	ND				
Netherlands — Pays-Bas	ND				
Norway — Norvège	2	1.48	50%	0 (0)	0 (0)
Poland — Pologne	8	0.78	50%	0 (0)	0 (0)
Portugal	0	0.00	0%	0 (0)	0 (0)
Republic of Moldova — République de Moldova	1	0.74	100%	0 (0)	0 (0)
Romania — Roumanie	6	1.06	100%	0 (0)	0 (0)
Russian Federation — Fédération de Russie	28	0.81	93%	0 (0)	0 (0)
San Marino — Saint-Marin	ND				
Serbia and Montenegro — Serbie et Montenegro	1	0.33	0%	0 (0)	0 (0)
Slovakia — Slovaquie	2	1.34	0%	0 (0)	0 (0)
Slovenia — Slovénie	ND				
Spain — Espagne	2	0.23	50%	0 (0)	0 (0)
Sweden — Suède	ND				
Switzerland — Suisse	0	0.00	0%	0 (0)	0 (0)
Tajikistan — Tadjikistan	3	0.87	100%	0 (0)	0 (0)
The Former Yugoslav Republic of Macedonia — Ex-République yougoslave de Macédoine	1	1.50	100%	0 (0)	0 (0)
Turkey — Turquie	15	0.47	93%	0 (0)	0 (0)
Turkmenistan — Turkménistan	0	0.00	0%	0 (0)	0 (0)
Ukraine	13	1.10	100%	0 (0)	0 (0)
United Kingdom — Royaume-Uni	ND				
Uzbekistan — Ouzbékistan	7	0.53	100%	0 (0)	0 (0)
South-East Asia — Asie du Sud-Est (SEAR)					
Bangladesh	161	1.07	89%	0 (0)	0 (0)
Bhutan — Bhoutan	0	0.00	0%	0 (0)	0 (0)
Democratic People's Republic of Korea – République populaire démocratique de Corée	5	0.00	100%	0 (0)	0 (0)
India — Inde	892	0.52	84%	38 (38)	1599 (1599)
Indonesia — Indonésie	67	0.49	91%	0 (0)	0 (0)
Maldives	0	0.00	0%	0 (0)	0 (0)
Myanmar	11	0.10	100%	0 (0)	0 (0)
Nepal — Népal	25	0.23	88%	0 (0)	0 (0)
Sri Lanka	18	0.83	89%	0 (0)	0 (0)
Thailand — Thaïlande	22	0.56	95%	0 (0)	0 (0)
Western Pacific — Pacifique occidental (WPR)					
Australia — Australie	1	0.16	0%	0 (0)	0 (0)
Brunei Darussalam — Brunéi Darussalam	1	5.66	100%	0 (0)	0 (0)
Cambodia — Cambodge	14	1.67	100%	0 (0)	0 (0)
China — Chine	0	0.00	0%	0 (0)	0 (0)
Hong Kong Special Administrative Region of China — Hong Kong, Région administrative spéciale de la Chine	0	0.00	0%	0 (0)	0 (0)
Japan — Japon	ND				
Lao People's Democratic Republic — République démocratique populaire lao	0	0.00	0%	0 (0)	0 (0)
Macao Special Administrative Region of China — Macao, Région administrative spéciale de la Chine	0	0.00	0%	0 (0)	0 (0)
Malaysia — Malaisie	1	0.08	0%	0 (0)	0 (0)
Mongolia — Mongolie	2	1.47	100%	0 (0)	0 (0)
New Zealand — Nouvelle-Zélande	1	0.76	100%	0 (0)	0 (0)
Pacific islands [†] — Iles du Pacifique [†]	1	0.63	0%	0 (0)	0 (0)
Papua New Guinea — Papouasie-Nouvelle-Guinée	0	0.00	0%	0 (0)	0 (0)
Philippines	53	1.08	91%	0 (0)	0 (0)
Republic of Korea — République de Corée	4	0.27	100%	0 (0)	0 (0)
Singapore — Singapour	0	0.00	0%	0 (0)	0 (0)
Viet Nam	0	0.00	0%	0 (0)	0 (0)

* These countries have been grouped together for reporting purposes. — Ces pays ont été regroupés aux fins de la déclaration.

¹ The regions of the Eastern Mediterranean, Europe, South-East Asia and the Western Pacific report by date of onset. The other 2 regions report by date of notification. — Les régions d'Asie du Sud-Est, d'Europe, de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental rapportent selon la date d'apparition de la paralysie. Les 2 autres régions rapportent selon la date de notification.

² Annualized non-polio myelitis AFP rate for 100 000 persons aged < 15. — Taux annualisé de PFA non poliomyélitique pour 100 000 personnes âgées de < 15 ans.

³ Two stool specimens collected within 14 days of onset of paralysis, 24-48 hours apart, except for the Region of the Americas where only 1 specimen is collected. — Deux échantillons de selles recueillis à 24-48 heures d'intervalle dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie, à l'exception de la Région des Amériques, où 1 seul échantillon est recueilli.

⁴ Figures in brackets indicate the number of laboratory-confirmed cases. — Les chiffres entre parenthèses indiquent le nombre de cas confirmés en laboratoire.

⁵ Vaccine-derived poliovirus (VDPV). — Poliovirus dérivé du vaccin (PVDV).

⁶ Imported virus. In 2002, in Madagascar, there were 4 VDPVs and 1 polio case. — Virus importé. En 2002, à Madagascar, il y a eu 4 PVDV et 1 cas de polio.

ND Country is not reporting AFP data. — Pays ne signalant pas de cas de PAF.

Influenza

Denmark (1 March 2003).¹ Influenza rose just above the expected frequency during the first week of February and has remained just below the epidemic threshold since then. Both influenza A(H3N2) and B viruses have been isolated and are similar to the current vaccine strains.

France (1 March 2003).² Influenza epidemic continued to cause outbreaks in southern regions while activity in the north of the country remained localized. Influenza B virus continued to predominate during the outbreaks.

Greece (7 March 2003). The number of cases of influenza-like illness started to increase during the first week of March. One case was positive for influenza B. No influenza virus was identified between October 2002 and January 2003.

Italy (1 March 2003).³ Influenza activity associated with influenza A(H3N2) virus has been widespread since the third week of February. Influenza B viruses were isolated from sporadic cases. Influenza A(H1N1) was also isolated from two cases during the outbreaks – the only reports of this subtype since the start of the season. Children and young adults have been the most affected.

Latvia (1 March 2003).⁴ Outbreaks of influenza were first detected in schools during the third week of February. Activity increased the following week; the incidence of influenza-like illness reached 166.8 cases per 100 000 population, exceeding the national epidemic threshold of 100 per 100 000. Peak activity was registered in the central and eastern parts of the country; other regions remained below the epidemic threshold.

Romania (1 March 2003).¹ The first local outbreaks of influenza B for this season were detected in the cities of Bucharest and Sibiu. No influenza activity had been reported before the first week of February, when influenza B was initially isolated.

Slovakia (1 March 2003).⁵ Influenza became widespread during the last week of February. Compared with the previous week, the total incidence of influenza-like illness increased significantly. The most affected age group is primary schoolchildren, particularly in eastern and central Slovakia, where many local outbreaks in schools have been

Grippe

Danemark (1^{er} mars 2003).¹ L'activité grippale a commencé à dépasser la fréquence attendue au cours de la première semaine de février et s'est maintenue juste au-dessous du seuil épidémique depuis lors. Les virus grippaux A(H3N2) et B ont tous deux été isolés et sont analogues aux souches vaccinales actuelles.

France (1^{er} mars 2003).² L'épidémie de grippe a continué à causer des flambées dans les régions du sud alors que l'activité dans le nord du pays est restée localisée. Le virus grippal B a continué à prédominer au cours des flambées.

Grèce (7 mars 2003). Le nombre de cas de syndromes grippaux a commencé à augmenter au cours de la première semaine de mars. Un cas s'est avéré positif à la grippe B. Aucun virus n'a été identifié entre octobre 2002 et janvier 2003.

Italie (1^{er} mars 2003).³ L'activité grippale, associée au virus grippal A(H3N2), est générale depuis la troisième semaine de février. Des virus grippaux de type B ont été isolés chez des cas sporadiques. Deux virus grippaux A(H1N1) ont également été isolés pendant les flambées et ce sont les seuls virus de ce sous-type signalés depuis le début de la saison. Les enfants et les jeunes adultes font partie du groupe d'âge le plus touché.

Lettonie (1^{er} mars 2003).⁴ Les flambées ont tout d'abord été détectées dans des écoles au cours de la troisième semaine de février. L'activité a augmenté la semaine suivante lorsque l'incidence des syndromes grippaux a dépassé le seuil épidémique de 166,8 cas pour 100 000 habitants, dépassant ainsi le seuil épidémique de 100 pour 100 000. On a enregistré des pointes de l'activité au centre et à l'est du pays alors qu'elle s'est maintenue au-dessous du seuil épidémique dans les autres régions.

Roumanie (1^{er} mars 2003).¹ Les premières flambées locales de grippe B de la saison ont eu lieu dans les villes de Bucarest et de Sibiu. Aucune activité grippale n'a été signalée avant la première semaine de février, lorsque la grippe B a été isolée pour la première fois.

Slovaquie (1^{er} mars 2003).⁵ L'activité grippale est générale depuis la dernière semaine de février. Comparée à la semaine précédente, l'incidence totale des syndromes grippaux a augmenté de façon significative. Les écoliers de primaire font partie du groupe d'âge le plus touché, notamment à l'est et au centre du pays, où l'on a enregistré de nombreuses flambées dans les écoles. Les virus

¹ See No. 6, 2003, pp. 39–40.

² See No. 8, 2003, p. 54.

³ See No. 4, 2003, p. 24.

⁴ See No. 3, 2003, p. 16.

⁵ See No. 10, 2003, pp. 71–72.

¹ Voir N° 6, 2003, pp. 39-40.

² Voir N° 8, 2003, p. 54.

³ Voir N° 4, 2003, p. 24.

⁴ Voir N° 3, 2003, p. 16.

⁵ Voir N° 10, 2003, pp. 71-72.

recorded. Influenza A(H1N1) and A(H3N2) viruses have been isolated and are to be closely related to the current vaccine strains.

Switzerland (1 March 2003).⁶ Medical consultations and isolation of influenza viruses isolated have increased since the third week of February. Influenza A and B viruses co-circulate but influenza A continues to predominate. Only influenza A(H3N2) virus subtype has been identified so far. All the viruses characterized to date are antigenically related to the 2002–2003 vaccine strains

Ukraine (1 March 2003).⁵ Influenza activity has been widespread since the second week of February, affecting most regions of the country. Influenza A(H1N1), A(H3N2) and B viruses were isolated during the outbreaks, but A(H3N2) virus predominated. During the last week of the month, 20 (80%) of the 24 viruses isolated were influenza A(H1N1) and 4 were A(H3N2). Ten of the A(H1N1) viruses were identified as A/New Caledonia/20/99 (H1N1)-like strains.

United Kingdom (8 March 2003).¹ All clinical indicators of acute respiratory infection continued to remain at low levels. During the first week of March, influenza A(H1N1), A(H3N2) and B viruses were isolated, mainly from sporadic cases. ■

⁶ See No. 9, 2003, p. 64.

grippaux A(H1N1) et A(H3N2) ont été isolés et se sont avérés être étroitement apparentés aux souches de vaccin actuelles.

Suisse (1^{er} mars 2003).⁶ On a observé un nombre croissant de consultations médicales et de virus grippaux depuis la troisième semaine de février. Les virus grippaux A et B co-circulent mais le virus A reste prédominant. Seul un virus grippal de sous-type A(H3N2) a été identifié jusqu'à présent. Tous les virus caractérisés à ce jour sont antigéniquement liés aux souches vaccinales 2002–2003.

Ukraine (1^{er} mars 2003).⁵ L'activité grippale a été générale depuis la deuxième semaine de février, affectant la plupart des régions du pays. Les virus grippaux A(H1N1), A(H3N2) et B ont été isolés pendant les flambées mais le virus A(H3N2) a prédominé. Au cours de la dernière semaine du mois, 20 (80%) des 24 virus isolés étaient de type A(H1N1) et 4 de type A(H3N2). Dix des virus A(H1N1) ont été identifiés comme étant de souche analogue à A/New Caledonia/20/99 (H1N1).

Royaume-Uni (8 mars 2003).¹ Tous les indicateurs cliniques concernant les maladies respiratoires aiguës ont continué à rester faibles. Les virus grippaux A(H1N1), A(H3N2) et B ont été isolés pendant la première semaine de mars, principalement chez des cas sporadiques. ■

⁶ Voir N° 9, 2003, p. 64.

Wild poliovirus type 2 – reference strains isolated in India

Wild poliovirus type 2 (wP2) circulation has not been detected globally since October 1999. In mid-December 2002, wP2 isolation was reported from a stool specimen collected on 24 November from an acute flaccid paralysis (AFP) case in Western Uttar Pradesh (WUP), India. Since then, an additional 4 wP2 were reported from AFP cases in WUP and one from Gujarat. Laboratory tests determined that all viruses reported are closely related to widely-available reference strains of wP2 (MEF-1)¹, and unrelated to wP2 found in any part of the world over the past two decades. A joint Government of India and WHO investigation has been initiated to determine the source of the MEF-1-related viruses in the specimens. Concurrent with this investigation, plans will be developed to assess and strengthen laboratory–containment procedures in India. Already planned large-scale immunization rounds in northern India will be carried out in April and June, following the national immunization rounds in January and February, as part of polio eradication activities in India.

¹ MEF-1 (wild poliovirus type 2) reference strain is used widely in laboratories and in inactivated vaccine (IPV) manufacturing sites.

Poliovirus sauvage type 2: isolement en Inde de souches de référence

La circulation du poliovirus sauvage type 2 (wP2) n'avait plus été observée dans le monde depuis octobre 1999. A la mi-décembre 2002, un isolement de wP2 a toutefois été signalé dans un échantillon de selles recueilli le 24 novembre chez un cas de paralysie flasque aiguë (PFA) survenu dans l'ouest de l'Uttar Pradesh en Inde. Depuis, quatre autres isolements de wP2 ont été signalés chez des cas de PFA de l'ouest de l'Uttar Pradesh et un autre provenant du Gujarat. Les analyses ont montré que tous les virus signalés sont étroitement apparentés à des souches de référence courantes de wP2 (MEF-1)¹ et sans parenté avec les wP2 observés ailleurs dans le monde au cours des deux dernières décennies. Une investigation commune du Gouvernement indien et de l'OMS a été entreprise pour déterminer la source des virus apparentés à MEF-1 observés dans les prélèvements. Parallèlement à cette investigation, des plans seront élaborés pour évaluer et renforcer les méthodes de confinement en laboratoire en Inde. Des tournées de vaccination antipoliomyélitique à grande échelle déjà prévues dans le nord du pays seront effectuées en avril et en juin, après celles de janvier et février, dans le cadre des activités indiennes en vue de l'éradication.

¹ La souche de référence MEF-1 (poliovirus sauvage type 2) est très utilisée dans les laboratoires et sur les sites de fabrication du vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI).

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Notifications of diseases received from 14 to 20 March 2003 / Notifications de maladies reçues du 14 au 20 mars 2003

Cholera / Choléra	Cases / Deaths Cas / Décès	Cases / Deaths Cas / Décès
Africa / Afrique		
Democratic Republic of the Congo/ République démocratique du Congo	1.II-9.III. 3576	Malawi 4.I-15.II 1331
	143	15