

Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

3 FEBRUARY 2006, 81st YEAR / 3 FÉVRIER 2006, 81^e ANNÉE

No. 5, 2006, 81, 41–48

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

Contents

- 41 Outbreak news
 - Avian influenza, China – update
 - Avian influenza, Iraq
 - Avian influenza, Turkey – update
 - Meningococcal disease, Uganda
- 43 International standards for tuberculosis care
- 47 Influenza
- 48 International Health Regulations

Sommaire

- 41 Le point sur les épidémies
 - Grippe aviaire, Chine – mise à jour
 - Grippe aviaire, Iraq
 - Grippe aviaire, Turquie – mise à jour
 - Méningococcie, Ouganda
- 43 Normes internationales applicables au traitement de la tuberculose
- 47 Grippe
- 48 Règlement sanitaire international

WORLD HEALTH ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
Genève

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

02.2006
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

★ OUTBREAK NEWS

Avian influenza, China – update¹

On 25 January 2006, the Ministry of Health in China confirmed the country's tenth case of human infection with the H5N1 avian influenza virus.

The case, a 29-year-old woman from Chengdu City (south-central province of Sichuan), developed fever on 12 January and was hospitalized with symptoms of pneumonia. Authorities say her condition deteriorated rapidly and she died on 23 January.

Information provided to WHO indicates that she was self-employed in a shop selling dry goods. No information on possible exposure to diseased birds as the source of her infection is presently available, but an investigation is under way. Close contacts have been placed under medical observation.

This is the second human case reported this year in China, both from Sichuan Province. Both cases occurred in different prefectures located around 150 km apart. A confirmed outbreak of H5N1 in poultry began in late December in another part of the province. No outbreaks have been confirmed in the areas where the 2 human cases resided.

During 2005, Chinese agricultural authorities reported 32 outbreaks in poultry in 12 provinces, resulting in the culling of more than 24 million birds. The appearance of human cases in areas without reported poultry outbreaks is a cause for concern. WHO recommends that, in China, testing for possible H5N1 infection should be undertaken in all cases of severe respiratory disease having no alternative diagnosis, even when no poul-

¹ See No. 4, 2006, p. 33.

★ LE POINT SUR LES ÉPIDÉMIES

Grippe aviaire, Chine – mise à jour¹

Le 25 janvier 2006, le Ministère de la Santé chinois a confirmé le dixième cas humain d'infection par le virus H5N1 de la grippe aviaire en Chine.

La patiente était une jeune femme de 29 ans, de la ville de Chengdu, dans la province du Sichuan, au centre sud du pays. Une fièvre est apparue le 12 janvier et elle a été hospitalisée avec des symptômes de pneumonie. Selon les autorités, son état s'est rapidement aggravé et elle est décédée le 23 janvier.

D'après les informations communiquées à l'OMS, elle tenait une boutique de produits séchés. Pour l'instant, on ignore si l'exposition à des oiseaux malades peut avoir été à l'origine de l'infection, mais une enquête est en cours. Les proches contacts ont été placés en observation.

C'est le deuxième cas humain notifié par la Chine cette année. Les 2 cas se sont produits dans la province du Sichuan, mais dans 2 préfectures distantes de 150 km. Un foyer aviaire confirmé s'est développé à partir de fin décembre dans une autre partie de cette province. Aucune flambée n'a été confirmée là où les 2 cas résidaient.

En 2005, les autorités agricoles chinoises ont fait état de 32 flambées affectant les volailles de 12 provinces, ce qui a entraîné l'abattage de plus de 24 millions d'oiseaux. L'apparition de cas humains dans des zones où aucun foyer aviaire n'avait été signalé est un motif d'inquiétude. L'OMS recommande à la Chine de rechercher une éventuelle infection à virus H5N1 dans tous les cas de pneumopathie sévère et en l'absence de tout autre diagnostic, même lorsque aucune

¹ Voir N° 4, 2006, p. 33.

try outbreak has been reported in the patient's area of residence.

The newly confirmed case brings the total number of cases in China to 10, of which 7 have been fatal. The cases occurred in 7 provinces and regions: Anhui, Fujian, Guangxi, Hunan, Jiangxi, Liaoning and Sichuan. No poultry outbreaks have been officially reported in 2 of these provinces.

Avian influenza, Iraq

On 30 January 2006, the Ministry of Health in Iraq confirmed the country's first case of human infection with the H5N1 avian influenza virus. The case, a 15-year-old girl, died on 17 January following a severe respiratory illness. Her symptoms were compatible with a diagnosis of H5N1 avian influenza.

Preliminary laboratory confirmation was provided by a United States naval medical research unit located in Cairo, Egypt.

The girl's 39-year-old uncle, who cared for her during her illness, developed symptoms on 24 January and died of a severe respiratory disease on 27 January.

Both patients resided in the town of Raniya near Sulaimaniyah in the northern part of the country, close to the border with Turkey. Poultry deaths were recently reported in their neighbourhood, but H5N1 avian influenza has not yet been confirmed in birds in any part of the country. Poultry samples have been sent for testing at an external laboratory.

A history of exposure to diseased birds has been found for the girl. The uncle's source of infection is under investigation.

The Ministry of Health has further informed WHO of a third human case of respiratory illness that is under investigation for possible H5N1 infection. The patient, a 54-year-old woman from the same area, was hospitalized on 18 January.

Samples from all 3 patients have been sent to a WHO collaborating laboratory in the United Kingdom for diagnostic confirmation and further analysis.

An international team, including representatives of other United States agencies, is being assembled to assist the Ministry of Health in its investigation of the situation and its planning of an appropriate public health response. WHO staff within Iraq have been directly supporting the government's operational response, which was launched shortly after the girl's death.

Iraq is the seventh country to report human H5N1 infection in the current outbreak. The first human case occurred in Viet Nam in December 2003.

Avian influenza, Turkey – update¹

On 30 January 2006, a WHO collaborating laboratory in the United Kingdom confirmed 12 of the 21 cases of H5N1

¹ See No. 3, 2006, pp. 22–24.

flambée aviaire n'a été signalée dans la zone où résident les patients.

Sur les 10 cas confirmés en Chine, 7 ont été mortels. Ils se sont produits dans 7 provinces et régions: Anhui, Fujian, Guangxi, Hunan, Jiangxi, Liaoning et Sichuan. Aucune flambée affectant les volailles n'a été officiellement signalée dans 2 de ces provinces.

Grippe aviaire, Iraq

Le 30 janvier 2006, le Ministère de la Santé iraquien a confirmé le premier cas d'infection humaine par le virus H5N1 de la grippe aviaire. Il s'agissait d'une adolescente de 15 ans décédée le 17 janvier à la suite d'une pathologie respiratoire grave. Les symptômes étaient compatibles avec le diagnostic de la grippe aviaire à H5N1.

Une confirmation préliminaire au laboratoire a été fournie par une unité de recherche médicale des forces navales des Etats-Unis, basée au Caire, Egypte.

Des symptômes sont apparus le 24 janvier chez l'oncle de la jeune fille, âgé de 39 ans, qui s'était occupé d'elle pendant sa maladie; lui aussi est décédé à la suite d'une pathologie respiratoire grave, le 27 janvier.

Tous deux vivaient dans la ville de Raniya près de Souleimaniyé, au nord du pays, à proximité de la frontière turque. Des décès de volailles ont récemment été signalés dans le voisinage, mais la grippe aviaire à H5N1 chez les oiseaux n'a jusqu'ici fait l'objet d'aucune confirmation en Iraq. Des échantillons de volailles ont été envoyés à un laboratoire étranger pour examen.

Il est avéré que l'adolescente a été en contact avec des oiseaux malades; l'enquête se poursuit concernant la source de l'infection de son oncle.

Le Ministère de la Santé a également informé l'OMS d'un troisième cas humain de pathologie respiratoire et des recherches sont en cours pour déterminer si le virus H5N1 est en cause. La patiente, une femme de 54 ans originaire de la même région, a été hospitalisée le 18 janvier.

Des échantillons provenant des 3 patients ont été envoyés à un laboratoire collaborateur de l'OMS au Royaume-Uni pour confirmer le diagnostic et réaliser des analyses plus poussées.

Une équipe internationale regroupant des représentants d'autres institutions du système des Nations Unies est en train d'être mise sur pied pour aider le Ministère de la Santé à examiner la situation et à planifier une action de santé publique appropriée. Le personnel de l'OMS en Iraq soutient directement l'action opérationnelle des autorités qui a commencé peu après le décès de l'adolescente.

L'Iraq est le septième pays à signaler des cas humains d'infection à H5N1 au cours de la flambée actuelle, le premier cas humain étant survenu au Viet Nam en décembre 2003.

Grippe aviaire, Turquie – mise à jour¹

Le 30 janvier 2006, un centre collaborateur de l'OMS au Royaume-Uni a confirmé 12 des 21 cas de grippe aviaire à H5N1 précédem-

¹ Voir N° 3, 2006, pp. 22–24.

avian influenza previously announced by the Turkish Ministry of Health. All 4 fatalities are among the 12 confirmed cases.

Samples from the remaining 9 patients, confirmed as H5 positive in the Ankara laboratory, are undergoing further joint investigation by laboratories in Ankara and the United Kingdom.

Testing for H5N1 infection is technically challenging, particularly under the conditions of an outbreak where large numbers of samples are submitted for testing and rapid results are needed to guide clinical decisions. Additional testing in a WHO collaborating laboratory may produce inconclusive or only weakly positive results. In such cases, clinical data about the patient are used to make a final assessment.

Meningococcal disease, Uganda

From 28 December 2005 to 23 January 2006, 163 suspected cases of meningococcal disease have been reported from the district of Nakapiripirit in north-eastern Uganda. Four cerebral spinal fluid specimens were positive for *Neisseria meningitidis* serogroup A by latex test. Two of these were also confirmed by culture at the Central Public Health Laboratory, Uganda.

The Ministry of Health established a national task force, including Médecins Sans Frontières, UNICEF and WHO, to plan and coordinate the response. WHO is also supporting the Ministry of Health in their field investigations in affected and surrounding districts (Kitgum and Moroto) and in strengthening surveillance. ■

ment annoncés par le Ministère turc de la Santé. Les 4 personnes décédées figurent parmi les 12 cas confirmés.

Les échantillons provenant des 9 autres patients, confirmés comme étant H5 positifs par le laboratoire d'Ankara, font encore l'objet d'autres analyses dans les laboratoires d'Ankara et du Royaume-Uni.

Les tests nécessaires pour confirmer l'infection par le virus H5N1 sont techniquement délicats, surtout en cas de flambée, lorsqu'il faut traiter rapidement un grand nombre d'échantillons pour orienter les décisions cliniques. Un test supplémentaire dans un centre collaborateur de l'OMS peut donner des résultats qui ne sont pas franchement concluants ou qui ne sont que faiblement positifs. On utilise alors les données cliniques concernant le patient pour l'évaluation finale.

Méningococcie, Ouganda

Du 28 décembre 2005 au 23 janvier 2006, 163 cas suspects ont été signalés dans le district de Nakapiripirit, au nord-est du pays. Quatre échantillons de liquide céphalo-rachidien ont donné un test au latex positif pour le sérotype A de *Neisseria meningitidis*. Deux ont été confirmés par culture au Laboratoire central de la santé publique de l'Ouganda.

Avec Médecins Sans Frontières, l'UNICEF et l'OMS, le Ministère de la Santé a formé un groupe spécial pour planifier et coordonner l'action. L'OMS aide par ailleurs le Ministère de la Santé afin de mener les enquêtes sur le terrain dans le district affecté et les districts voisins (Kitgum et Moroto) et de renforcer la surveillance. ■

International standards for tuberculosis care¹

Summary

The purpose of the *International standards for tuberculosis care* (the standards) is to describe a widely accepted level of care that all practitioners, public and private, should seek to achieve in managing patients who have, or are suspected of having, tuberculosis. The standards are intended to facilitate the effective engagement of all care providers in delivering high-quality care for patients of all ages, including those with smear-positive, smear-negative and extrapulmonary tuberculosis, tuberculosis caused by drug-resistant *Mycobacterium tuberculosis* complex (*M. tuberculosis*) organisms and tuberculosis combined with HIV infection.

The basic principles of care for people with, or suspected of having, tuberculosis are the same worldwide: a diagnosis should be established promptly and accurately; standardized treatment regimens of proven efficacy should be used, together with appropriate treatment support and

Normes internationales applicables au traitement de la tuberculose¹

Résumé

Les *Normes internationales applicables au traitement de la tuberculose* (les normes) ont pour objet de décrire un niveau de soins généralement accepté que devraient s'efforcer d'atteindre tous les praticiens, des secteurs public et privé, appelés à prendre en charge des malades atteints, ou présumés atteints, de tuberculose. Les normes visent à aider tous les personnels soignants à dispenser un traitement de qualité aux malades, quel que soit leur âge, et notamment à ceux qui présentent une tuberculose à frottis positif, à frottis négatif ou extrapulmonaire, une tuberculose due à des microorganismes pharmacorésistants du complexe *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*) ou une co-infection tuberculose – VIH.

Les mêmes principes de base s'appliquent partout dans le monde pour le traitement des personnes atteintes, ou présumées atteintes, de tuberculose: le diagnostic doit être posé rapidement et avec exactitude; des traitements normalisés dont l'efficacité est avérée doivent être utilisés, et un soutien et un encadrement appropriés

¹ Tuberculosis Coalition for Technical Assistance (TBCTA). *International standards for tuberculosis care*. The Hague, TBCTA, 2005. The Tuberculosis Coalition for Technical Assistance consists of 5 partners: American Thoracic Society; Centers for Disease Control and Prevention (CDC, Atlanta, United States); International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (Paris, France); Royal Netherlands Tuberculosis Foundation (The Hague, Netherlands); the World Health Organization (Geneva, Switzerland).

¹ Coalition pour l'assistance technique en matière de lutte antituberculeuse. *International standards for tuberculosis care*. La Haye, 2005. Document disponible en anglais seulement. La Coalition pour l'assistance technique en matière de lutte antituberculeuse se compose de 5 partenaires: l'*American Thoracic Society*, les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC, Atlanta, États-Unis), l'Organisation mondiale de la Santé (Genève, Suisse), la *Royal Netherlands Tuberculosis Association* (La Haye, Pays-Bas) et l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires (Paris, France).

supervision; the response to treatment should be monitored; and the essential public health responsibilities must be carried out. Prompt, accurate diagnosis and effective treatment are not only essential for good patient care; they are also the key elements in the public health response to tuberculosis and are the cornerstone of tuberculosis control. **Thus, all providers who undertake evaluation and treatment of patients with tuberculosis must recognize that not only are they delivering care to an individual; they are also assuming an important public health function that entails a high level of responsibility to the community as well as to the individual patient.**

Although government programme providers are not exempt from adherence to the standards, non-programme providers are the main target audience. It should be emphasized, however, that national and local tuberculosis control programmes may need to develop policies and procedures that enable non-programme providers to adhere to the standards. Such accommodations may be necessary, for example, to facilitate treatment supervision and contact investigations.

In addition to health-care providers and government tuberculosis control programmes, both patients and communities are part of the intended audience. Patients are increasingly aware of, and expect that their care will measure up to, a high standard. Having generally agreed-upon standards will empower patients to evaluate the quality of care they are receiving. Good care for individuals with tuberculosis is also in the best interests of the community.

The standards are intended to be complementary to local and national tuberculosis control policies that are consistent with WHO recommendations. They are not intended to replace local guidelines and were written to accommodate local differences in practice. They focus on the contribution that good clinical care of individual patients with or suspected of having tuberculosis makes to population-based tuberculosis control. A balanced approach emphasizing both individual patient care and public health principles of disease control is essential to reduce the suffering and economic losses from tuberculosis.

The standards should be viewed as a living document that will be revised as technology, resources and circumstances change. As written, they are presented within a context of what is generally considered to be feasible now or in the near future.

The standards are also intended to serve as a companion to and support for the *Patients' charter tuberculosis care*. This charter specifies patients' rights and responsibilities and will serve as a set of standards from the point of view of the patient, defining what the patient should expect from the provider and what the provider should expect from the patient.

Standards for diagnosis

Standard 1. All people with otherwise unexplained productive cough lasting 2–3 weeks or more should be evaluated for tuberculosis.

Standard 2. All patients (adults, adolescents and children who are capable of producing sputum) suspected of having

assurés; la réponse au traitement doit être surveillée; et les responsabilités essentielles vis-à-vis de la santé publique doivent être assumées. Un diagnostic rapide et exact et un traitement efficace font partie intégrante de soins de qualité. Ils constituent en outre les éléments clefs de l'action de la santé publique contre la tuberculose et la pierre angulaire de la lutte antituberculeuse. **Aussi, tous les prestataires qui entreprennent l'évaluation et le traitement de malades atteints de tuberculose doivent-ils reconnaître que leur travail ne se limite pas à soigner des malades pris individuellement, mais qu'ils s'acquittent en même temps d'une importante fonction de santé publique pour laquelle ils assument une grande responsabilité vis-à-vis de la communauté et de chaque malade.**

Si les prestataires des programmes gouvernementaux ne sont pas dispensés d'appliquer les normes, c'est principalement aux prestataires indépendants que s'adressent ces normes. Les programmes nationaux et locaux de lutte antituberculeuse pourront toutefois être appelés à formuler des politiques et des procédures qui permettront aux prestataires indépendants d'appliquer les normes. De telles dispositions pourront être nécessaires, par exemple, pour faciliter l'encadrement du traitement et les investigations concernant les contacts.

Outre les personnels soignants et les programmes nationaux de lutte antituberculeuse, les normes sont également destinées aux malades et à la communauté. Les malades, de mieux en mieux sensibilisés, attendent des soins de haut niveau. Des normes généralement acceptées fourniront aux malades les moyens d'évaluer la qualité des soins qui leur sont dispensés. Il est aussi dans l'intérêt de la communauté que les soins aux personnes atteintes de tuberculose soient de qualité.

Les normes sont destinées à compléter les politiques locales et nationales de lutte antituberculeuse qui sont conformes aux recommandations de l'OMS. Elles n'ont pas pour objet de remplacer les directives locales et elles ont été rédigées pour pallier les écarts entre les pratiques locales. Elles sont axées sur le rôle que joue l'administration de soins cliniques de qualité aux malades atteints ou présumés atteints de tuberculose en faveur de la lutte antituberculeuse centrée sur la population. La réduction des souffrances et des pertes économiques dues à la tuberculose passe par une approche équilibrée privilégiant à la fois les soins au malade et les principes de la lutte contre la maladie relevant de la santé publique.

Les normes devraient être perçues comme un document dynamique qui sera révisé au fur et à mesure de l'évolution de la technologie, des ressources et des circonstances. Ainsi rédigées, elles sont présentées dans la perspective de mesures jugées réalisables maintenant ou dans un avenir proche.

Il est également prévu que les normes accompagneront et soutiendront une charte des malades. Cette charte précise les droits et les responsabilités des malades et les normes qui la constituent représenteront le point de vue du malade, définissant ce que le malade doit attendre du soignant et ce que le soignant doit attendre du malade.

Normes applicables au diagnostic

Norme 1. Pour toute personne présentant depuis 2-3 semaines ou plus une toux productive par ailleurs inexpliquée, une tuberculose doit être évoquée.

Norme 2. Tous les malades (adultes, adolescents ou enfants capables de produire des expectorations) présumés atteints de tuber-

pulmonary tuberculosis should have at least 2, and preferably 3, sputum specimens obtained for microscopic examination. When possible, at least 1 early morning specimen should be obtained.

Standard 3. For all patients (adults, adolescent and children) suspected of having extrapulmonary tuberculosis, appropriate specimens from the suspected sites of involvement should be obtained for microscopy and, where facilities and resources are available, for culture and histopathological examination.

Standard 4. All people with chest radiography findings suggestive of tuberculosis should have sputum specimens submitted for microbiological examination.

Standard 5. The diagnosis of sputum smear-negative pulmonary tuberculosis should be based on the following criteria: at least 3 negative sputum smears (including at least 1 early morning specimen); chest radiography findings consistent with tuberculosis; and lack of response to a trial of broad-spectrum antimicrobial agents. (NOTE. Because the fluoroquinolones are active against *M. tuberculosis* complex and thus may cause transient improvement in people with tuberculosis, they should be avoided). For such patients, if facilities for culture are available, sputum cultures should be obtained. In people with known or suspected HIV infection, the diagnostic evaluation should be expedited.

Standard 6. The diagnosis of intrathoracic (i.e. pulmonary, pleural and mediastinal or hilar lymph node) tuberculosis in symptomatic children with negative sputum smears should be based on the finding of chest radiography abnormalities consistent with tuberculosis, and either a history of exposure to an infectious case or evidence of tuberculosis infection (positive tuberculin skin test or interferon gamma release assay). For such patients, if facilities for culture are available, sputum specimens should be obtained (by expectoration, gastric washings or induced sputum) for culture.

Standards for treatment

Standard 7. Any practitioner treating a patient for tuberculosis is assuming an important public health responsibility. To fulfill this responsibility, the practitioner must not only prescribe an appropriate regimen but also be capable of assessing the adherence of the patient to the regimen and addressing poor adherence when it occurs. By so doing, the provider will be able to ensure adherence to the regimen until treatment is completed.

Standard 8. All patients (including those with HIV infection) who have not been treated previously should receive an internationally accepted first-line treatment regimen using drugs of known bioavailability. The initial phase should consist of 2 months of isoniazid, rifampicin, pyrazinamide and ethambutol. The preferred continuation phase consists of isoniazid and rifampicin given for 4 months. Isoniazid and ethambutol given for 6 months is an alternative continuation-phase regimen that may be used when adherence cannot be assessed but is associated with a higher rate of failure and relapse, especially in patients with HIV infection. The doses of antituberculosis drugs used should conform to international recommendations. Fixed-dose combinations of 2 (isoniazid and rifampicin), 3 (isoniazid,

culose pulmonaire devront donner au minimum 2, de préférence 3, échantillons pour un examen microscopique des expectorations. Un échantillon devra être obtenu si possible tôt le matin.

Norme 3. Pour tous les malades (adultes, adolescents et enfants) présumés atteints de tuberculose extrapulmonaire, on devra obtenir des échantillons appropriés provenant des sites suspects pour un examen microscopique et, là où les installations et les ressources nécessaires sont disponibles, pour une mise en culture et un examen histopathologique.

Norme 4. Toute personne dont la radiographie thoracique évoque une tuberculose devra fournir des échantillons d'expectoration pour un examen microbiologique.

Norme 5. Le diagnostic de tuberculose pulmonaire à frottis négatif doit reposer sur les critères suivants : au moins 3 frottis d'expectoration négatifs (dont 1 au moins prélevé tôt le matin); des radiographies thoraciques évocatrices de la tuberculose; et absence de réponse aux antimicrobiens à large spectre administrés à titre d'essai. (NOTE. Eviter les fluoroquinolones, efficaces contre le complexe *M. tuberculosis* et donc capables de susciter une amélioration passagère chez les malades atteints de tuberculose). Pour ces malades, si les moyens nécessaires sont disponibles, obtenir des cultures d'expectoration. Dans le cas de personnes infectées ou présumées infectées par le VIH, le diagnostic devra être posé très rapidement.

Norme 6. Le diagnostic de tuberculose intrathoracique (pulmonaire, pleurale et médiastinale ou ganglionnaire hilare) chez des enfants symptomatiques à frottis négatifs doit reposer sur une radiographie thoracique avec anomalies évocatrices d'une tuberculose et soit des antécédents d'exposition à un cas infectieux soit des signes d'infection tuberculeuse (test tuberculique cutané positif ou mesure de la production d'interféron gamma). Pour ces malades, si les moyens nécessaires sont disponibles, obtenir des échantillons (expectorations, lavage gastrique ou expectorations provoquées) et les mettre en culture.

Normes applicables au traitement

Norme 7. Un praticien qui soigne un malade atteint de tuberculose assume une grande responsabilité vis-à-vis de la santé publique. Pour s'acquitter de cette responsabilité, il doit non seulement prescrire un traitement approprié mais aussi être capable d'évaluer l'observance du traitement par le malade et prendre les mesures voulues, le cas échéant, lorsque le traitement n'est pas convenablement suivi. Ainsi, le soignant assurera l'observance du traitement jusqu'à son terme.

Norme 8. Tous les malades (et notamment les personnes infectées par le VIH) qui n'ont pas encore été soignés doivent bénéficier d'un traitement de première intention accepté au niveau international, faisant appel à des médicaments de biodisponibilité connue. La phase initiale de 2 mois doit reposer sur l'administration d'isoniazide, de rifampicine, de pyrazinamide et d'ethambutol. Elle est suivie de préférence par une phase d'entretien de 4 mois reposant sur l'isoniazide et la rifampicine. On peut aussi recourir à une phase d'entretien de 6 mois basée sur l'isoniazide et l'ethambutol lorsqu'on n'a pas la possibilité d'évaluer l'observance mais les échecs et les rechutes sont alors plus nombreux, en particulier chez les malades infectés par le VIH. Les doses d'antituberculeux utilisées doivent être conformes aux recommandations internationales. Les associations à doses fixes de 2 (isoniazide et rifampicine),

rifampicin and pyrazinamide) and 4 (isoniazid, rifampicin, pyrazinamide and ethambutol) drugs are highly recommended, especially when ingestion of medication is not observed.

Standard 9. To foster and assess adherence, a patient-centered approach to administration of drug treatment, based on the patient's needs and mutual respect between the patient and the provider, should be developed for all patients. Supervision and support should be gender-sensitive and age-specific and should draw on the full range of recommended interventions and available support services, including patient counselling and education. A central element of the patient-centered strategy is the use of measures to assess and promote adherence to the treatment regimen and to address poor adherence when it occurs. These measures should be tailored to the individual patient's circumstances and be mutually acceptable to the patient and the provider. Such measures may include direct observation of medication ingestion (directly observed therapy – DOT) by a treatment supporter who is acceptable and accountable to the patient and to the health system.

Standard 10. All patients should be monitored for response to therapy, which is best judged in patients with pulmonary tuberculosis by follow-up sputum microscopy (2 specimens) at least at the time of completion of the initial phase of treatment (2 months), at 5 months and at the end of treatment. Patients who have positive smears during month 5 of treatment should be considered as treatment failures and have their therapy modified appropriately (see standards 14 and 15). In patients with extrapulmonary tuberculosis and in children, the response to treatment is best assessed clinically. Follow-up radiographic examinations are usually unnecessary and may be misleading.

Standard 11. A written record of all medications given, bacteriological response and adverse reactions should be maintained for all patients.

Standard 12. In areas with a high prevalence of HIV infection in the general population where tuberculosis and HIV infection are likely to coexist, HIV counselling and testing is indicated for all tuberculosis patients as part of their routine management. In areas with lower prevalence rates of HIV, HIV counselling and testing is indicated for tuberculosis patients with symptoms and/or signs of HIV-related conditions, and in tuberculosis patients having a history suggestive of high risk of HIV exposure.

Standard 13. All patients with tuberculosis and HIV infection should be evaluated to determine if antiretroviral therapy is indicated during the course of treatment for tuberculosis. Appropriate arrangements for access to antiretroviral drugs should be made for patients who meet indications for treatment. Given the complexity of co-administration of antituberculosis treatment and antiretroviral therapy, consultation with a physician who is expert in this area is recommended before initiation of concurrent treatment for tuberculosis and HIV infection, regardless of which disease appeared first. However, initiation of treatment for tuberculosis should not be delayed. Patients with tuberculosis and HIV infection should also receive co-trimoxazole as prophylaxis for other infections.

3 (isoniazide, rifampicine et pyrazinamide) et 4 (isoniazide, rifampicine, pyrazinamide et ethambutol) médicaments sont hautement recommandés, en particulier lorsque la prise des médicaments n'est pas surveillée.

Norme 9. Pour encourager et évaluer l'observance, il conviendrait d'élaborer pour tous les malades une approche de l'administration du traitement pharmaceutique axée sur le malade, qui tienne compte des besoins du malade et repose sur le respect mutuel entre le malade et le soignant. La supervision et le soutien doivent tenir compte du sexe et de l'âge du malade et s'appuyer sur tout l'éventail des interventions recommandées et des services de soutien disponibles, et notamment le conseil et l'éducation des malades. Un élément clef de la stratégie axée sur le malade est le recours à des mesures servant à évaluer et promouvoir l'observance du traitement et à combattre le défaut d'observance, le cas échéant. Ces mesures doivent être adaptées à la situation de chaque malade et être acceptables à la fois pour le malade et le soignant. Elles pourront inclure la prise des médicaments sous observation directe (DOTS) en présence d'une personne acceptable par le malade et le système de santé et qui leur rende compte.

Norme 10. La réponse au traitement doit faire l'objet d'un suivi chez tous les malades. La meilleure façon d'en juger chez les malades présentant une tuberculose pulmonaire consiste à faire un examen microscopique ultérieur de frottis d'expectoration (2 échantillons), au minimum à la fin de la phase initiale (2 mois), au bout de 5 mois et au terme du traitement. Les malades dont les frottis sont positifs au cinquième mois de traitement doivent être considérés comme des échecs thérapeutiques et leur traitement doit être modifié en conséquence (voir les normes 14 et 15). Chez les malades présentant une tuberculose extrapulmonaire et chez les enfants, l'examen clinique est le meilleur moyen d'évaluer la réponse au traitement. Les radiographies de suivi sont généralement inutiles et peuvent être trompeuses.

Norme 11. Un registre de tous les médicaments administrés, de la réponse bactériologique et des réactions indésirables devra être tenu pour tous les malades.

Norme 12. Là où l'infection à VIH est très répandue dans la population générale, et où la tuberculose et l'infection à VIH sont susceptibles de coexister, le conseil et le dépistage du VIH sont indiqués pour tous les malades atteints de tuberculose dans le cadre de leur prise en charge systématique. Dans les régions où les taux de prévalence du VIH sont moindres, le conseil et le dépistage du VIH sont indiqués pour les tuberculeux présentant des symptômes et/ou des signes de pathologies liées au VIH, et chez les malades atteints de tuberculose dont les antécédents sont évocateurs d'un haut risque d'exposition à VIH.

Norme 13. Pour tous les cas de co-infection tuberculose-VIH, il faudra déterminer si un traitement antirétroviral est indiqué pendant le traitement antituberculeux. Des dispositions devront être prises pour que les personnes justiciables d'un traitement puissent en bénéficier. Vu la complexité de l'administration simultanée du traitement antituberculeux et du traitement antirétroviral, la consultation d'un médecin spécialisé dans ce domaine est recommandée avant la mise en route de ces deux traitements, quelle que soit la maladie qui s'est déclarée la première. Le commencement du traitement antituberculeux ne doit toutefois pas être différé. Les malades présentant une co-infection tuberculose-VIH doivent également être placés sous cotrimoxazole pour prévenir d'autres infections.

Standard 14. An assessment of the likelihood of drug resistance, based on the history of previous treatment, exposure to a possible source case having drug-resistant organisms and the community prevalence of drug resistance, should be obtained for all patients. Patients who fail treatment and chronic cases should always be assessed for possible drug resistance. For patients in whom drug resistance is considered to be likely, culture and drug susceptibility testing for isoniazid, rifampicin and ethambutol should be performed promptly.

Standard 15. Patients with tuberculosis caused by drug-resistant (especially multidrug-resistant) organisms should be treated with specialized regimens containing second-line antituberculosis drugs. At least 4 drugs to which the organisms are known or presumed to be susceptible should be used, and treatment should be given for at least 18 months. Patient-centred measures are required to ensure adherence. Consultation with a provider experienced in treatment of patients with multidrug-resistant tuberculosis should be obtained.

Standards for public health responsibilities

Standard 16. All providers of care for patients with tuberculosis should ensure that people (especially children aged under 5 years and people with HIV infection) who are in close contact with patients who have infectious tuberculosis are evaluated and managed in line with international recommendations. Children aged under 5 years and people with HIV infection who have been in contact with an infectious case should be evaluated both for latent infection with *M. tuberculosis* and for active tuberculosis.

Standard 17. All providers must report both new and retreatment tuberculosis cases and their treatment outcomes to local public health authorities, in conformance with applicable legal requirements and policies.

As part of the process of developing the standards, several key areas that require additional research were identified. Systematic reviews and research studies (some of which are currently under way) in these areas are critical to generate evidence to support rational and evidence-based care and control of tuberculosis. Research in these operational and clinical areas serves to complement ongoing efforts focused on developing new tools for tuberculosis control. ■

Influenza

During weeks 2–3 2006, widespread influenza activity was reported in a few states/provinces in Canada, Japan and the United States, while activity remained low in the rest of the world.

Canada.¹ The consultation rate of influenza-like illness (ILI) was below the epidemic threshold during weeks 2–3. Widespread influenza activity was reported in part of

Norme 14. Le risque de pharmacorésistance devra être déterminé pour tous les malades, sur la base des antécédents thérapeutiques, d'une exposition à un cas pouvant être contaminé par des microorganismes pharmacorésistants et de la prévalence de la pharmacorésistance dans la communauté. Pour les échecs thérapeutiques et les cas chroniques, il faudra toujours évoquer une éventuelle pharmacorésistance. Lorsque la pharmacorésistance est jugée probable, une culture et des tests de sensibilité à l'isoniazide, à la rifampicine et à l'ethambutol devront être effectués rapidement.

Norme 15. Les malades présentant une tuberculose due à des microorganismes pharmacorésistants (en particulier polypharmacorésistants) devront bénéficier de traitements spécialisés incluant des antituberculeux de deuxième intention. Au moins 4 médicaments auxquels les microorganismes sont avérés ou présumés sensibles devront être utilisés et le traitement devra s'étendre sur 18 mois au minimum. Des mesures axées sur le malade doivent être prises pour assurer l'observance du traitement. Une consultation avec un soignant ayant l'expérience du traitement de malades présentant une tuberculose polypharmacorésistante doit être obtenue.

Normes concernant les responsabilités vis-à-vis de la santé publique

Norme 16. Tous les prestataires de soins aux malades atteints de tuberculose doivent s'assurer que les personnes (et notamment les enfants de moins de 5 ans et les personnes infectées par le VIH) qui sont en contact étroit avec des malades présentant une tuberculose infectieuse sont examinées et prises en charge conformément aux recommandations internationales. Dans le cas d'enfants de moins de 5 ans et de personnes infectées par le VIH ayant été en contact avec un cas infectieux, une infection latente à *M. tuberculosis* et une tuberculose évolutive devront être évoquées.

Norme 17. Tous les dispensateurs de soins doivent signaler les cas nouveaux de tuberculose et les cas de retraitement et l'issue de leur traitement aux autorités locales de la santé publique, conformément aux dispositions législatives et aux politiques locales en vigueur.

Des recherches supplémentaires dans plusieurs domaines clés se sont révélées nécessaires au fil de l'élaboration des normes. Des études et des recherches systématiques (dont certaines sont en cours) dans ces domaines s'imposent pour fournir les données qui étayeront les activités rationnelles et factuelles de lutte antituberculeuse et de traitement. Ces recherches opérationnelles et cliniques compléteront les mesures actuellement destinées à élaborer de nouveaux instruments de lutte antituberculeuse. ■

Grippe

Au cours des semaines 2 et 3 de 2006, une activité grippale généralisée a été signalée dans quelques états et provinces du Canada, des États-Unis et du Japon, alors qu'elle est restée faible dans le reste du monde.

Canada.¹ Le taux de consultations pour syndromes grippaux s'est maintenu au-dessous du seuil épidémique au cours des semaines 2 et 3. Une activité grippale généralisée a été signalée en Colombie

¹ See No. 3, 2006, p. 32.

¹ Voir N° 3, 2006, p. 32.

British Columbia during week 3, while activity was low in the rest of Canada.

Hong Kong Special Administrative Region of China.¹ A slight increase in influenza A(H1) and B activity continued to be observed during weeks 2–3. Overall activity was low.

Japan.¹ Widespread influenza A(H3N2) activity continued to be reported.

Madagascar.¹ Localized influenza A(H1) activity remained in week 2.

Tunisia.¹ Regional influenza A(H1) activity continued to be reported during weeks 2–3.

United States.¹ Influenza activity continued at approximately the same level as in recent weeks. Overall activity was reported as localized in week 3, while 5 states reported widespread activity and 23 states regional activity. The ILI consultation rate was above the national baseline during week 3. Since week 40, 96.8% of viruses reported were influenza A and 3.2% influenza B. Of the viruses subtyped, 99.5% were influenza A(H3N2) and 0.5% influenza A(H1N1).

During weeks 2–3, low influenza activity was detected in Chile (A),¹ Denmark (B),¹ France (H1, A and B),¹ Israel (H1 and H3), Italy (H3 and A),¹ Latvia (H3 and A),¹ Mexico (A),¹ Norway (H1, A and B),¹ Portugal (B),¹ Sweden (H3, A and B),¹ Switzerland (H3, A and B),¹ Ukraine¹ and in the United Kingdom (H1, H3 and B).¹ Argentina,¹ Croatia,¹ Germany,¹ Greece,¹ Poland,¹ Romania,¹ the Russian Federation¹ and Spain¹ reported no influenza activity. ■

Britannique pendant la semaine 3 alors que l'activité grippale restait faible dans le reste du pays.

Hong Kong, Région administrative spéciale de la Chine.¹ On a continué à observer une légère augmentation de l'activité grippale des virus A(H1) et B au cours des semaines 2 et 3 et d'une façon générale, l'activité grippale est restée faible.

Japon.¹ On a continué à signaler une activité grippale généralisée du virus A(H3N2).

Madagascar.¹ Une activité grippale localisée de type A(H1) s'est maintenue au cours de la semaine 2.

Tunisie.¹ Au cours des semaines 2 et 3, on a continué à signaler une activité grippale de type A(H1) au niveau régional.

Etats-Unis.¹ L'activité grippale est restée approximativement au même niveau qu'au cours des semaines précédentes. L'activité générale a été signalée comme étant généralisée au cours de la semaine 3, alors que 5 états ont signalé une activité généralisée et 23 autres, une activité localisée. Le taux de consultations pour syndromes grippaux s'est maintenu au-dessus du niveau de base national au cours de la semaine 3. Depuis la semaine 40, 96.8% des virus grippaux signalés sont de type A et 3.2% de type B. Sur tous les virus grippaux sous-typés, 99.5% étaient de type A(H3N2) et 0.5% de type A(H1N1).

Au cours des semaines 2 et 3, une faible activité grippale a été signalée au Chili (A),¹ au Danemark (B),¹ en France (H1, A et B),¹ en Israël, en Italie (H3 et A),¹ en Lettonie (H3 et A),¹ au Mexique (A),¹ en Norvège (H1, A et B),¹ au Portugal (B),¹ au Royaume-Uni (H1, H3 et B),¹ en Suède (H3, A et B),¹ en Suisse (H3, A et B)¹ et en Ukraine.¹ L'Allemagne,¹ l'Argentine,¹ la Croatie,¹ l'Espagne,¹ la Fédération de Russie,¹ la Grèce,¹ la Pologne¹ et la Roumanie¹ n'ont signalé aucune activité grippale. ■

How to obtain the WER through the Internet

- (1) WHO WWW SERVER: Use WWW navigation software to connect to the WER pages at the following address: <http://www.who.int/wer/>
- (2) An e-mail subscription service exists, which provides by electronic mail the table of contents of the WER, together with other short epidemiological bulletins. To subscribe, send a message to listserv@who.int. The subject field should be left blank and the body of the message should contain only the line: subscribe wer-reh. A request for confirmation will be sent in reply.

Comment accéder au REH sur Internet

- 1) Par le serveur Web de l'OMS: A l'aide de votre logiciel de navigation WWW, connectez-vous à la page d'accueil du REH à l'adresse suivante: <http://www.who.int/wer/>
- 2) Il existe également un service d'abonnement permettant de recevoir chaque semaine par courrier électronique la table des matières du REH ainsi que d'autres bulletins épidémiologiques. Pour vous abonner, merci d'envoyer un message à listserv@who.int en laissant vide le champ du sujet. Le texte lui-même ne devra contenir que la phrase suivante: subscribe wer-reh.

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Notifications of diseases received from 27 January to 2 February 2006 / Notifications de maladies reçues du 27 janvier au 2 février 2006

Cholera / Choléra

Africa / Afrique	Cases / Deaths Cas / Décès		Cases / Deaths Cas / Décès		Cases / Deaths Cas / Décès
Malawi	01-23.I.2006	Rwanda	01-13.I.2006	Togo	06.VIII-27.XI.2005
.....	446	.....	364	.....	841
Mozambique	01-31.I.2006	Sao Tome and Principe/ Sao Tomé-et-Príncipe	01-20.I.2006	United Republic of Tanzania/ République-Unie de Tanzanie	02-22.I.2006
.....	642	.....	440	.....	527
	9		4	Zambia/Zambie	01-18.I.2006
	1			.....	1337
					11
					8